

La matrona y el cuidado postparto de la mujer gestante

The midwife and postpartum care of the pregnant

Antonio Márquez Díaz

Matrón. Hospital Materno-Infantil de Málaga

RESUMEN

Antecedentes: Una etapa de gran cambio como supone el parto y el periodo postparto, tanto par la mujer como para le núcleo familiar, requiere de personal cualificado relacionado con los posibles cambios fisiológicos y patológicos tanto del recién nacido como de su madre.

Objetivo: evaluar los beneficios aporta la matrona como principal agente cuidador durante la estancia hospitalaria de la mujer gestante durante el postparto.

Metodología: se trata de una revisión de literatura, cuya información ha sido obtenida mediante búsqueda (en inglés y español) realizada en las bases de datos siguientes: Gerión, biblioteca Cochrane plus, SciELO, CUIDEN, PubMed y Ed. Panamericana.

Conclusiones: analizando la evidencia científica más actual se puede determinar que la matrona es el profesional más adecuado para la atención de la mujer gestante, no sólo durante el parto, si no también durante el posparto.

PALABRAS CLAVE

cuidados postparto; puerperio; matrona; hemorragia postparto; problemas de lactancia; mastitis; infección puerperal; depresión postparto

ABSTRACT

Background: A stage of great change such as childbirth and the postpartum period, both for the woman and for the family unit, requires qualified personnel related to the possible physiological and pathological changes of both the newborn and the mother.

Objective: To evaluate the benefits of the midwife's work as the main caregiver throughout the woman's entire hospital stay during postpartum.

Methodology: This is a literature review, with information obtained through searches (in English and Spanish) conducted in the following databases: Gerión, Cochrane Plus Library, SciELO, CUIDEN, PubMed, and Ed. Panamericana.

Conclusions: Analyzing the most current scientific evidence, it can be determined that the midwife is the most suitable professional for women's care, not only during childbirth but also during the postpartum period.

KEYWORDS

postnatal care; puerperium; midwifery; postpartum hemorrhage; lactation disorders; mastitis; puerperal infection; postpartum depression

INTRODUCCIÓN

Etapas puerperal

El puerperio es el proceso fisiológico que tiene lugar desde la finalización del parto hasta la primera menstruación (alrededor de 42 días postparto). Esta etapa se caracteriza por la aparición de numerosos cambios, todos orientados a la involución orgánica hacia el estado anterior al embarazo de la mujer y establecimiento de la lactancia materna¹.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)² se divide en:

- Puerperio inmediato: primeras 24h postparto. Caracterizado por la hemostasia uterina.
- Puerperio precoz (o clínico): desde las 24h del parto hasta el 7º día postparto (contiene el alta hospitalaria de la mujer).
- Puerperio tardío: desde el 7º día hasta la aparición de la primera menstruación (42 días).

Los profesionales encargados del cuidado durante estas fases deben aportar un abordaje bio-psico-social ya que es una etapa de gran cambio tanto para las mujeres como para la familia y es muy importante conocer las características que corresponden a un puerperio fisiológico de un puerperio patológico y las necesidades de cada uno de ellos³.

Un estudio realizado en Cataluña aporta que los principales motivos por los que una puérpera acude a consulta en el periodo puerperal fueron por tristeza puerperal, dolor perineal, sangrado (loquios) y problemas relacionados con lactancia materna: mastitis, dolor, presencia de grietas, ingurgitación mamaria..., además se realiza la figura de la matrona en la satisfacción de las mujeres con la atención recibida en consulta y la resolución de dichos motivos de consulta⁴.

FECHA DE RECEPCIÓN: 2/06/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 21/06/2024

Correspondencia: Antonio Márquez Díaz
Correo electrónico: amarquez7@hotmail.com

Tabla 1. Términos y palabras clave, operadores lógicos y limitadores de búsqueda.

Términos y palabras clave (en español e inglés)	Operadores lógicos	Limitadores de búsqueda
postnatal care, puerperium, midwifery, postpartum hemorrhage, lactation disorders, mastitis, puerperal infection, postpartum depression	AND, OR, NOT	Full text available, inglés y español

Papel de la matrona en el puerperio

En algunos centros el alta tras un parto de bajo riesgo ocurre a las 24h, lo que se denomina alta precoz, en otros a las 48h⁵. En la mayor parte de hospitales los cuidados a dichas mujeres en su estancia en la planta de puerperio suelen ser a cargo de enfermeras generalistas o por matronas en casos de excepción.

Quien valora la posible alta materna según su estado es el Facultativo especialista en Ginecología y Obstetricia: ellos visitan a las mujeres en la planta, las exploran y entrevistan a cerca de signos de alarma que puedan necesitar atención urgente. Además, aportan información y consejos sobre necesidad de acudir a urgencias una vez estén en casa ante cualquier aparición de ciertas complicaciones.

En cuanto a los cuidados proporcionados por enfermería en planta, van dirigidos a generar un entorno idóneo para las madres, parejas y neonatos para conseguir que puedan expresar sus dudas y necesidades⁶. Una vez se identifican dichas necesidades, aportar Educación para la salud (EpS) para una correcta adaptación en el domicilio.

Estudios encontrados sobre este tema aportan que las recientes mamás poseen conocimientos básicos en relación a su autocuidado, pero no los suficientes en relación a signos y síntomas de alarmas, suyos o de sus bebés y que requieran acudir a urgencias⁷. Se considera necesario la necesidad de cubrir el déficit de conocimientos sobre autocuidado en el periodo puerperal de las madres durante su estancia en atención hospitalaria, de hecho en un estudio realizado por Gómez-Ortiz et al⁸ con una muestra de 183 mujeres que fueron captados en la visita puerperal de atención primaria, se detectó dicha falta de conocimientos sobre el autocuidado, sobre todo en mujeres inmigrantes y mujeres que no habían acudido a educación Maternal en Atención Primaria.

El objetivo de estudio es evaluar los beneficios aporta la matrona como principal agente cuidador durante la estancia hospitalaria de la mujer gestante durante el postparto.

METODOLOGÍA

En la revisión de la literatura de la evidencia se consultaron las fuentes de datos bibliográficas realizada en las bases de datos electrónicas: Gerión, biblioteca Cochrane plus, SciELO, CUIDEN, CINAHL, PubMed y Ed. Panamericana. De todas las fuentes de datos bibliográficas consultadas, tan sólo se han obtenido artículos relacionados con el objetivo y a texto completo en Cochrane y PubMed. Los términos y palabras clave, operadores lógicos y limitadores de búsqueda se presentan en la tabla 1.

La elección de los artículos se realizó a través de: lectura del título y posterior lectura del resumen del mismo que hacían referencia al objetivo de la presente revisión, escritos en inglés, o en su minoría, en español. Los artículos seleccionados fueron revisados a texto completo. Se detall, según la cadena de búsqueda Postpartum or postnatal care and midwife, el resultado de búsqueda mediante Diagrama Prisma (Figura 1).

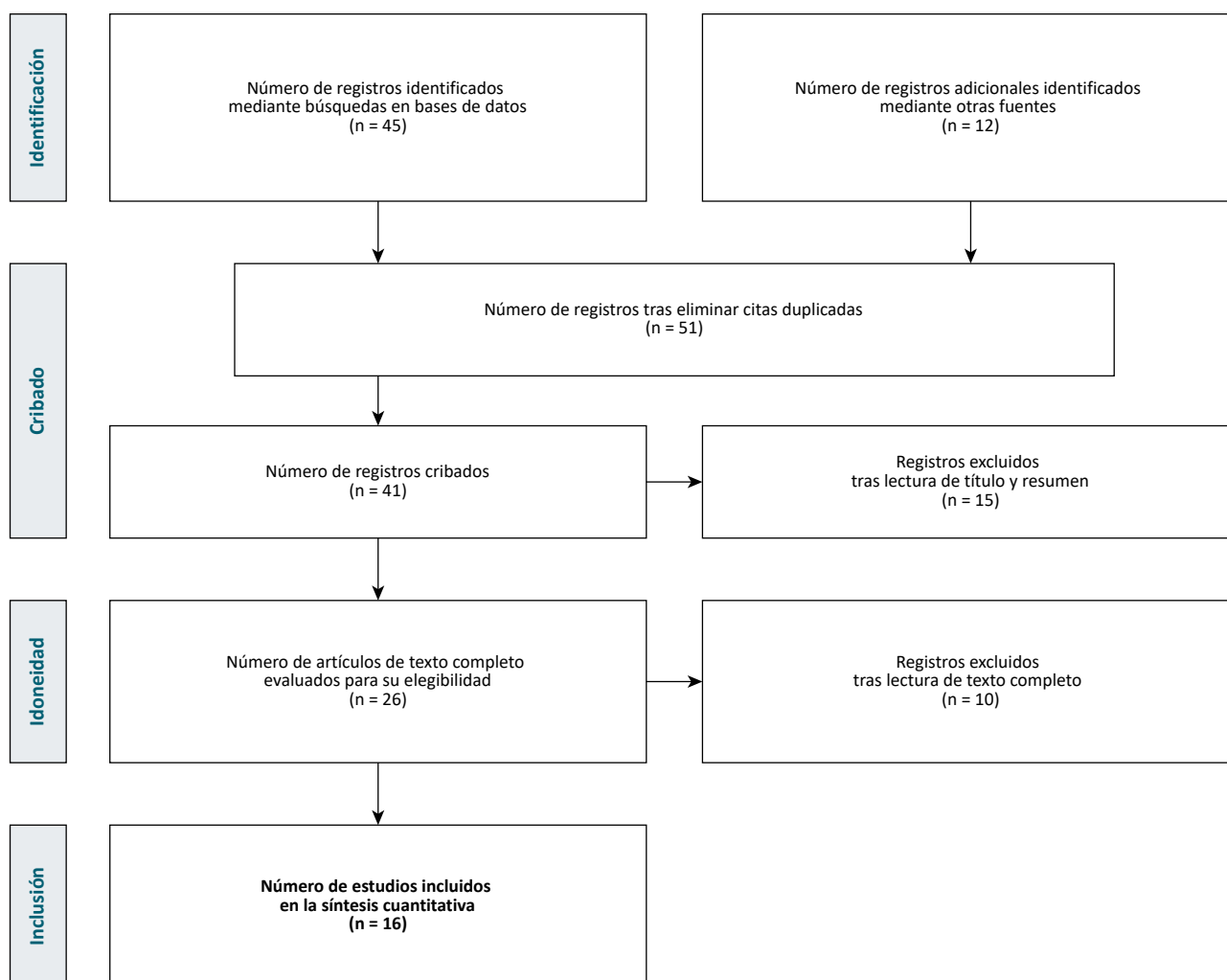
RESULTADOS

Primero, en cuanto al parto, ya ha sido estudiado y publicado el beneficio que supone el cuidado integral de la matrona para la mamá como para su futuro hijo, de hecho en Cataluña se ha llevado a cabo una investigación, encabezada por el matrn y Doctor Ramón Escuriet, el cual junto con su equipo establece que la atención de la matrona durante el parto disminuye la tasa de analgesia epidural y la probabilidad de cesárea, de desgarro de III y IV grado y aumenta la probabilidad de un inicio temprano de la lactancia materna, respecto a la atención llevada a cabo por el Obstetra^{9,10}. También se debe tener en cuenta que la continuidad de la atención dirigida por matronas se asocia con una disminución de la tasa de cesáreas, aumento de la tasa de lactancia materna dentro de las primeras 24h, mayor satisfacción postparto, menor ansiedad y aumento del autocontrol y mayor bienestar postparto¹¹.

Por otro lado, Poškienė I. et al establece que la presencia de hemorragia posparto entre los partos dirigidos por médicos y los dirigidos por parteras fueron significativamente diferentes (169,9 ml vs 152,4ml de media), lo mismo para la duración de la estancia hospitalaria (3,4 vs 3,1 día de media) y la tasa de lactancia materna al alta (89,7 vs 95,1)¹². Esta teoría también se apoyó en el estudio de Zhang Y, en 2021 donde se estudió que la continuidad de cuidados llevado a cabo por matronas puede reducir el uso de analgésicos postparto (diferencia de 22 puntos porcentuales), aliviar los niveles de ansiedad durante el parto y el postparto, reducir las hemorragias posparto, mejorar eficazmente los resultados del parto (83% eutócicos vs 60%), mejorar la calidad de los recién nacidos y mejorar los niveles de las mujeres postparto por lo que es digno de promoción y aplicación clínica¹³.

Ya el Ministerio, en 2014, en su GPC sobre atención al embarazo, parto y postparto propone a la matrona como el profesional idóneo para la atención durante el puerperio, con una recomendación fuerte según evidencia. Recomienda que durante el puerperio hospitalario la atención y cuidados a las madres y sus bebés sean coordinados y prestados por una matrona, identificando aquellos casos que puedan requerir cuidados adicionales o atención especializada¹⁴.

Figura 1. Flujograma.



Fuente: Elaboración propia.

En varios hospitales de España, como el Vall de Hebron en Barcelona, el Hospital Costa del Sol en Marbella o el Hospital Universitario de Fuenlabrada, la matrona tiene más competencias tanto a la hora de dar altas en urgencias como en puerperio. Según el estudio realizado en 2017 en este último hospital (donde se ha realizado un programa en el que se crea la figura de la matrona en la unidad de puerperio) se logró una disminución de la estancia media en un 50% (de 2,4 a 1,2 días), favoreciendo la autonomía de las matronas. La efectividad del programa se monitorizó mediante indicadores de seguridad, productividad, adecuación y continuidad asistencial. Con el alta precoz llevada a cabo por matronas disminuyó el número de días de estancia hospitalaria hasta el alta, aumentó el número de púerperas que acude a consulta programada postparto (el 100% de las mujeres), mejorando la continuidad de cuidados y la seguridad clínica al disminuir el número de reingresos (sólo el 1,1%) y atención en urgencias en las primeras 96h postparto (2% de este estudio)¹⁵.

En cuanto a estudios de impacto realizado en otros países recientemente sobre cómo influye la atención de la matrona en las consecuencias o cuidados postparto destacó el elaborado

en Grecia en 2021, donde Truva et al. llevaron a cabo un análisis en el que se evaluó la intervención educativa de la matrona tanto antes como después del parto sobre lactancia materna y en él se concluye que la educación individualizada estructurada sobre la lactancia materna por parte de una matrona mejoró la frecuencia de la lactancia materna en las mujeres con embarazo de bajo riesgo ya que reduce la probabilidad de dejar de amamantar y además aumenta el conocimiento, las habilidades y la confianza de las mujeres en la lactancia materna¹⁶. En este estudio la lactancia materna exclusiva fue significativamente mayor en el grupo de intervención de matronas en bajo riesgo a los cuatro meses (46% vs. 20%) y seis meses (38% vs. 4%) en comparación con el grupo de control de atención tradicional.

En este sentido, la lactancia materna exclusiva tiene múltiples beneficios para la madre (favorece la involución uterina, reduce la depresión posparto, reduce el estrés y la ansiedad, disminuye la probabilidad de cáncer de mama, ovario y endometrio, disminuye la probabilidad de diabetes, osteoporosis...) ¹⁷ y para el recién nacido (mejor vínculo materno-fetal, disminuye la probabilidad de diarrea, infección respiratoria y fiebre...) ¹⁸.

También se estudió que un mayor apoyo dirigido por matronas a las madres se correlaciona con una mayor probabilidad de lactancia materna exclusiva al final del sexto mes después del parto¹⁹. En este estudio por cada sesión psicoterapéutica dirigida por matronas la probabilidad de lactancia materna al final del 6 mes postparto aumentaba en un 4%.

En un estudio de Dagla et al. se demuestra que la no presencia de lactancia materna exclusiva y la menor duración de esta se relacionaba con una peor salud mental de la madre. Según este estudio para cada unidad de puntuación adicional de la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) a la sexta semana después del parto, la probabilidad de lactancia materna exclusiva al final del sexto mes después del parto pareció disminuir en un 6,7%. Teniendo en cuenta que las madres que obtengan una puntuación de 10 puntos o más, o una puntuación distinta a 0 en la pregunta nº 10, es probable que estén sufriendo un episodio depresivo y necesidad de cuidados adicionales en la esfera psicosocial. Además, por cada sesión psicoterapéutica adicional necesaria prenatalmente, la probabilidad de lactancia materna exclusiva al final del sexto mes posparto parecía disminuir en un 3,5 %. Por último, la necesidad de iniciar sesiones psicoterapéuticas en el período posparto pareció disminuir la lactancia materna exclusiva al final del sexto mes posparto en un 48,7 %²⁰.

Por otro lado, la posibilidad de complicaciones en lactancia materna puede ser generada o relacionada con aparición de alteraciones en la salud mental. De hecho, en otro estudio de Dagla et al. se reconoce la asociación entre la mala salud mental de las mujeres y la aparición de mastitis. Este estudio destaca el importante papel de la detección temprana y oportuna de los trastornos de salud mental perinatal. Así, el aumento de una unidad en la puntuación de la escala EPDS a las 6 semanas postparto estaba asociado con un aumento del 8% en los casos de Mastitis. Aquellas pacientes que tuvieron que tener contacto con un especialista en salud mental tenían el doble de probabilidad de contraer Mastitis²¹.

Muy importante en este sentido el papel de la matrona como generadora de confianza y disminución de la ansiedad en las mujeres al aportar EpS postparto y así lo concluyó Chrzan-Dętkoś M. et al en 2020 tras su estudio, donde establece que la matrona mediante consultas específicas sobre lactancia puede marcar la diferencia en la promoción de la salud mental ofreciendo intervenciones de lactancia materna que aborden las necesidades emocionales de la madre y así mejorar su autoeficacia. En este estudio, el 48% de las madres que suplementaban la lactancia materna, reanudaron lactancia materna exclusiva en la encuesta realizada a los 6 meses del parto²².

En cuanto al dolor postparto y/o incidencia de infección puerperal, en 2021 Şolt Kırca A. et al publicó un meta análisis en el que se incluyeron un total de 700 pacientes para evaluar medidas no farmacológicas llevadas a cabo por matronas para disminuir el dolor perineal postparto durante su estancia hospitalaria. Dichos métodos se basaron en aplicación en frío (paquete/ almohadilla de gel frío, almohadilla de gel de hielo triturado, bolsa de hielo) y se concluyó que redujeron significativamente el dolor después de una episiotomía o desgarros postparto²³.

Por último, tras una cesárea las mujeres tienen más síntomas tempranos de depresión, actúa como factor de riesgo en este caso, así como del dolor experimentado, especialmente aquellas que acaban en cesárea urgente. La evaluación de los factores asociados con dolor posparto y síntomas depresivos puede ayudar a las matronas a aconsejar mejor a las mujeres sobre sus alternativas de parto y promover un mejor manejo de las mujeres que se someten a ambos tipos de experiencias de parto²⁴.

CONCLUSIÓN

Después de la revisión de la literatura, la atención por parte de la matrona disminuye el dolor postparto, aumenta el éxito de la lactancia materna, mejora los resultados en salud mental. Por ello podría ser el profesional más adecuado según la evidencia científica para el cuidado durante el postparto. Se necesita dotar de matronas a una mayor cantidad de hospitales para que puedan ofrecer su cuidado tanto en planta de hospitalización obstétrica como puerperio. Todo cuidado llevado a cabo por personal que no sea matrona iría en contra de lo que marca la evidencia y del bienestar de la mujer y por tanto de la familia.

Implicaciones para la investigación: debido al bajo ratio matrona/mujeres que sufrimos en España, no se encuentran gran cantidad de estudios en nuestro país pero sería interesante realizar un estudio económico sobre el ahorro sanitario que supondría la contratación de matronas como único personal cuidador en planta de hospitalización obstétrica y puerperio.

Dados los efectos beneficiosos del cuidado de la matrona durante el ingreso hospitalario de la mujer pre y postparto se deben evaluar los resultados según las visitas a urgencias por parte de las mujeres en relación a problemas relacionados con síntomas fisiológicos o de un puerperio normal o dudas por déficit de información tras el cuidado recibido en el transcurso de su estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perry S, Cashion K, Lowdermilk D. Manual Clínico: Maternidad y Salud de la Mujer. 9a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Puerperio normal y patológico, Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2008.
3. Villacampa Alonso M, Lafuente Pardos MS. Puerperio normal. Obstetricia para matronas: guía práctica. 1a ed. Panamericana; 2013.
4. Seguranyes Guillot G. Eficacia de una intervención telemática en la atención al posparto en relación a la atención habitual, respecto a la opinión, consultas y morbilidad en las mujeres atendidas en los centros del PASSIR de atención primaria en Cataluña. Universidad Complutense de Madrid; 2013.
5. Eva Pérez-Martínez, Diego Velasco-Vázquez, Francisca Pacheco-Ardila, Ramón del Gallego-Lastra, Tomás Sebastián-Viana. Satisfacción en puérperas de bajo riesgo: obstetra frente a matrona. *Matronas prof.* 2017. 18(3): 106-114.
6. Bowman KG. Postpartum learning needs. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2005; 34(4):438-443.

7. Ponce Capitán, MÁ. Conocimientos de las puérparas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Matronas profesión* 2005(3):14-19
8. Gómez-Ortiz M, Labandeira-López P, Núñez-Vivas M, Mengíbar-Carrillo A, Vallecillos-Zuya S, Hernández-Martínez A. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. *Matronas profesión* 2014;15(1):10-17.
9. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Libr* [Internet]. 2016 [citado el 19 de junio de 2024];2016(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27121907/>.
10. Martin-Arribas A, Escuriet R, Borràs-Santos A, Vila-Candel R, González-Blázquez C. A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: Across-sectional study of perinatal outcomes. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2022 [citado el 19 de junio de 2024];126(104129):104129. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34890836/>.
11. Hua J, Zhu L, Du L, Li Y, Wu Z, Wo D, et al. Effects of midwife-led maternity services on postpartum wellbeing and clinical outcomes in primiparous women under China's one-child policy. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 [citado el 19 de junio de 2024];18(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30103732/>.
12. Poškienė I, Vanagas G, Kirkilytė A, Nadišauskienė RJ. Comparison of vaginal birth outcomes in midwifery-led versus physician-led setting: A propensity score-matched analysis. *Open Med (Warsz)* [Internet]. 2021 [citado el 19 de junio de 2024];16(1):1537–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1515/med-2021-0373>.
13. Zhang Y, Xu K, Gong L, Sun Y, Ren F. The effect of continuous midwifery services on the delivery mode, labor progress, and nursing satisfaction of primiparas during natural deliveries. *American Journal of Translational Research*. 2021;13(6):7249.
14. 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
15. Teulón González M, Martínez Pillado M, Cuadrado Martín MM, Rivero Martín MJ, Cerezuela Requena JF. Effectiveness of an early discharge program after normal childbirth. *Rev Calid Asist*. 2017 Jan-Feb;32(1):17-20.
16. Truva T, Valasoulis G, Pouliakis A, Gkorezi-Ntavela I, Pappa D, Bargiota A, et al. The effect of a structured individualized educational intervention on breastfeeding rates in Greek women. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 19 de junio de 2024];18(21):11359. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182111359>.
17. Del Ciampo IRL, Del Ciampo LA. Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2018 [citado el 19 de junio de 2024];40(06):354–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29980160/>.
18. Saeed OB, Haile ZT, Chertok IA. Association between exclusive breastfeeding and infant health outcomes in Pakistan. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2020 [citado el 19 de junio de 2024];50:e62–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31862130/>.
19. Dagla M, Mrvoljak-Theodoropoulou I, Vogiatzoglou M, Giamalidou A, Tsolariidou E, Mavrou M, et al. Association between breastfeeding duration and long-term midwifery-led support and psychosocial support: Outcomes from a Greek non-randomized controlled perinatal health intervention. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 19 de junio de 2024];18(4):1988. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33670797/>.
20. Dagla M, Mrvoljak-Theodoropoulou I, Karagianni D, Dagla C, Sotiropoulou D, Kontiza E, et al. Women's mental health as a factor associated with exclusive breastfeeding and breastfeeding duration: Data from a longitudinal study in Greece. *Children (Basel)* [Internet]. 2021 [citado el 19 de junio de 2024];8(2):150. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33671169/>.
21. Dagla M, Dagla C, Mrvoljak-Theodoropoulou I, Sotiropoulou D, Kavakou A-T, Kontiza E, et al. Do maternal stress and depressive symptoms in perinatal period predict the lactation mastitis occurrence? A retrospective longitudinal study in Greek women. *Diagnostics (Basel)* [Internet]. 2021 [citado el 19 de junio de 2024];11(9):1524. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34573866/>.
22. Chrzan-Dętkoś M, Walczak-Kozłowska T, Pietkiewicz A, Żolnowska J. Improvement of the breastfeeding self-efficacy and postpartum mental health after lactation consultations – Observational study. *Midwifery* [Internet]. 2021 [citado el 19 de junio de 2024];94(102905):102905. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33360178/>.
23. Şolt Kırca A, Korkut Öksüz S, Murat N. The effect of cold application on episiotomy pain: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* [Internet]. 2022 [citado el 19 de junio de 2024];31(5–6):559–68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34121251/>.
24. Iłska M, Banaś E, Gregor K, Brandt-Salmeri A, Iłski A, Cnota W. Vaginal delivery or caesarean section – Severity of early symptoms of postpartum depression and assessment of pain in Polish women in the early puerperium. *Midwifery* [Internet]. 2020 [citado el 19 de junio de 2024];87(102731):102731. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32403020/>.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Márquez Díaz A. La matrona y el cuidado postparto de la mujer gestante. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(2): 85-89