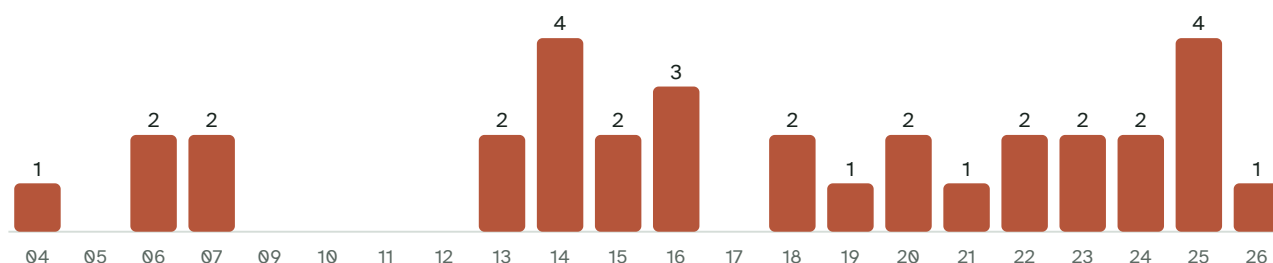


Puerperio y lactancia materna

El puerperio es el periodo que sigue al parto, en el que el organismo materno revierte los cambios del embarazo y la mujer se adapta a la maternidad; la lactancia materna es la alimentación de referencia del lactante. En el EIR caen sobre todo las recomendaciones literales de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna del SNS (ingurgitación, signos de buen agarre, chupete, contacto piel con piel), la mastitis, la hemorragia posparto y la profilaxis anti-D.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



33 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Mastitis: no suspender la lactancia materna (2 exámenes)
- GPC lactancia: ingurgitación, aumentar tomas, descanso y contacto piel con piel (2 exámenes)
- GPC lactancia: signos de mal inicio (sonidos de chupeteo) (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Puerperio: cambios físicos y signos de alarma	7
2. Hemorragia posparto y profilaxis anti-D	10
3. Adaptación materna y seguimiento del puerperio	14
4. Fisiología y beneficios de la lactancia; recomendaciones OMS e IHAN	15
5. Inicio de la lactancia en la maternidad	18
6. Posturas, agarre y valoración de la toma	21
7. Problemas de las mamas y del lactante	27
8. Contraindicaciones, fármacos y plantas durante la lactancia	32
Todas las preguntas del tema (35)	36
Preguntas que también podrían ser de este tema (6)	46
Solucionario	48
Fuentes	50

Resumen para repasar

1. Puerperio: cambios físicos y signos de alarma

- Periodo posnatal (OMS): hasta **6 semanas (42 días)** ^{F39}.
- Útero palpable **alrededor del ombligo** tras el parto; a la **semana** apenas se palpa ^{F6}; baja **~1 cm al día** y hacia el **día 10** está en la pelvis ^{F40}.
- **Loquios**: sangrado hasta **6 semanas**; fases **rojos, serosos y blancos**; mediana de loquios rojos **4 días**, total **33 días** ^{F6,F7}.
- Loquios con **mal olor** o sangrado abundante: **signo de alerta** ^{F2}.
- Gasto cardíaco máximo en el **parto y justo después**; a las **2 semanas** la hemodinámica ha vuelto en gran medida a la normalidad ^{F5}.
- **Fiebre puerperal**: **> 38 °C** excluidas las **primeras 24 h** ^{F2}.
- Regla: **4-9 semanas** sin lactancia, **3-12 meses** con lactancia ^{F6}.
- **Diástasis de rectos**: separación de los rectos a lo largo de la **línea alba** ^{F10}.
- **De Quervain** posparto: por la **mecánica del cuidado del bebé**; prueba de **Finkelstein** ^{F11}.

2. Hemorragia posparto y profilaxis anti-D

- **HPP (SEGO)**: **> 500 ml** en parto vaginal, **> 1.000 ml** en cesárea; OMS: **≥ 500 ml** en 24 h, y actuar ya con **300 ml + signos vitales anormales** (2025); ACOG: **≥ 1.000 ml** o pérdida con signos de hipovolemia, sea cual sea la vía ^{F3,F4,F19,F42,F43}.
- **4 T**: tono, tejido, trauma, trombina; la **atonía** es la causa más frecuente ^{F3}.
- Factores de riesgo de atonía: sobredistensión, **parto prolongado**, parto rápido, multiparidad; la **anemia** no está en la tabla SEGO, pero la OMS 2025 la considera factor de riesgo importante de HPP ^{F3,F19,F42}.
- Prevención en **todos los partos** con **oxitocina 10 UI** ^{F3,F4}.
- **Anti-D: 300 µg (1.500 UI)** en las **72 h** a la madre **Rh negativa** no sensibilizada con RN **Rh positivo** ^{F2}.

3. Adaptación materna y seguimiento del puerperio

- **Rubin**: taking-in, taking-hold y letting-go ^{F8}.
- La **matrona** coordina el puerperio hospitalario y tras el alta ^{F2}.
- Primer contacto con Primaria el **3.º-4.º día**; mínimo **dos consultas** (24-48 h tras el alta y al final de la cuarentena) ^{F2}.
- En **cada visita**: estado emocional, apoyo familiar y social y afrontamiento ^{F2}.
- **Tristeza posparto**: ansiedad, irritación y tristeza con llanto en las **dos primeras semanas**; casi siempre desaparece pronto sin tratamiento ^{F41}.
- Depresión posparto: dos preguntas y **EPDS** (**> 12 puntos**), en las seis primeras semanas ^{F2}.
- **MELA** hasta los **6 meses**; anticoncepción desde los **21 días** si no hay lactancia exclusiva ^{F2}.

4. Fisiología y beneficios de la lactancia; recomendaciones OMS e IHAN

- La **succión** estimula la **prolactina** (síntesis) y la **oxitocina** (eyección) ^{F12}.
- **Subida de la leche** a partir de las **48-72 h** ^{F1}.
- Beneficios: menos otitis, infecciones respiratorias, leucemia y muerte súbita; en la madre menos HPP y cáncer de mama y ovario ^{F1}.
- Cáncer de mama: **-4,3 %** por cada **12 meses** de lactancia ^{F14}.
- OMS: inicio en la **1.ª hora**, **exclusiva 6 meses**, continuada **hasta 2 años o más** ^{F13}.
- **COVID-19**: no hay motivo para interrumpir la lactancia ^{F16}.
- **Diez Pasos** revisados en **2018**; el paso 9 pasa a **aconsejar** sobre biberones, tetinas y chupetes ^{F15}.

5. Inicio de la lactancia en la maternidad

- **Piel con piel** inmediato e ininterrumpido, **prono**, cabeza ladeada, **primeros 120 minutos**; secar cabeza y espalda, **no las manos**; gorro y manta precalentada ^{F1}.
- Primera toma: agarre **espontáneo**; ayuda si no lo logra en la **primera hora** ^{F1}.
- Evitar **suplementos** sin indicación médica (**fuerte**); si hacen falta, leche materna extraída ^{F1}.
- A demanda, **≥ 8 tomas/24 h** ^{F1}.
- **Chupete** el primer mes: evitarlo es recomendación **débil**; colecho: sugerencia **débil** ^{F1}.

6. Posturas, agarre y valoración de la toma

- Posturas: crianza biológica, cuna, de lado, **rugby** (bebé bajo el brazo, pies hacia la espalda: cesárea, gemelos) y caballito ^{F1,F17}.
- Buen agarre: **barbilla toca el pecho**, **nariz libre**, labio inferior evertido, **120°**, **menos areola por debajo** ^{F1}.
- **Chupeteo y dolor** = mal agarre ^{F1}.
- Ganancia de **20-35 g/día** desde el 4.º día; peso al nacer recuperado en unas **2 semanas** ^{F1}.
- **LATCH**: **5 áreas**, **0-2** cada una, máximo **10**; **pezón plano** = **1** ^{F1,F18}.
- **Lactancia ineficaz** (NANDA-I): resistencia a agarrar el pezón, llanto al ponerlo al pecho y a la primera hora tras la toma ^{F44}.

7. Problemas de las mamas y del lactante

- **Ingurgitación**: **aumentar tomas** (fuerte), ibuprofeno, calor y **extracción manual antes de la toma**, descanso y **piel con piel** ^{F1}.
- **PIS**: antes de la toma; **no debe doler**: **menos presión durante más tiempo**; puede hacerla la madre ^{F1}.
- **Grietas**: corregir el agarre (GPC); **leche materna** tras la toma y dejar secar (evidencia baja) ^{F1}.
- **Mastitis**: **no suspender** la lactancia; antibiótico si no mejora en 24 h; la ABM 2022 desaconseja «vaciar» el pecho ^{F1,F22}.
- **Raynaud del pezón**: vasoespasmo por **frío**, dolor intenso, blanqueamiento; nifedipino ^{F23}.
- **Hazelbaker**: valoración cuantitativa de la **anquiloglosia** ^{F24}.
- **Politelia** = pezones supernumerarios; **polimastia** = tejido glandular accesorio ^{F25}.

8. Contraindicaciones, fármacos y plantas durante la lactancia

- Contraindicaciones (AEP): **VIH, HTLV, galactosemia**, déficit congénito de lactasa; el VIH, condicionado a la supresión viral según los CDC ^{F26,F27}.
- TBC activa y varicela perinatal: separación temporal con leche extraída; **VHC compatible** ^{F27,F31}.
- Vacunas compatibles salvo **viruela** y **fiebre amarilla**; vacuna de la **rubéola** y **rubéola materna compatibles** ^{F28,F29,F45}.
- Consultar **e-lactancia.org**: **esomeprazol compatible**; doxepina incompatible ^{F1,F30,F33}.
- Plantas: **hierbabuena compatible**; poleo, anís estrellado y regaliz, compatibilidad limitada ^{F35,F36,F37,F38}.

Puntos clave

- 1 Loquios: rojos, serosos y blancos; el sangrado puede durar hasta 6 semanas ^{F6,F7}.
- 2 Fiebre puerperal: > 38 °C, excluidas las primeras 24 horas tras el parto ^{F2}.
- 3 HPP: > 500 ml en parto vaginal y > 1.000 ml en cesárea (SEGO); la atonía es la causa más frecuente ^{F3}.
- 4 Anti-D posparto: 300 µg (1.500 UI) en las 72 h a la madre Rh negativa no sensibilizada con recién nacido Rh positivo ^{F2}.
- 5 La matrona coordina el puerperio; en cada visita se explora el estado emocional, el apoyo y el afrontamiento ^{F2}.
- 6 Rubin: taking-in, taking-hold y letting-go ^{F8}.
- 7 La succión estimula la prolactina (síntesis) y la oxitocina (eyección) ^{F12}.
- 8 Contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido al menos los primeros 120 minutos; secar cabeza y espalda, no las manos ^{F1}.
- 9 Chupete en el primer mes: recomendación débil de evitarlo; suplementos sin indicación médica: recomendación fuerte de evitarlos ^{F1}.
- 10 Los sonidos de chupeteo y el dolor indican mal agarre ^{F1}.
- 11 Ingurgitación: aumentar la frecuencia de las tomas (fuerte), descanso y piel con piel, calor y extracción manual antes de la toma ^{F1}.
- 12 Mastitis: mantener la lactancia ^{F1,F22}.
- 13 LATCH: 5 áreas puntuadas de 0 a 2, máximo 10; pezón plano = 1 ^{F1,F18}.
- 14 Contraindicaciones: HTLV y galactosemia; el VIH, según la AEP, y condicionado a la supresión viral según los CDC ^{F26,F27}.
- 15 Lactancia y cáncer de mama: -4,3 % de riesgo por cada 12 meses de lactancia ^{F14}.

1. Puerperio: cambios físicos y signos de alarma

La GPC de atención en el embarazo y puerperio del SNS (2014) no da una duración cerrada del puerperio: organiza el seguimiento en torno a los **primeros 40 días** tras el alta y habla del «final de la **cuarentena**» ^{F2}. La OMS define el **periodo posnatal** como el que empieza inmediatamente después del nacimiento y se extiende **hasta seis semanas (42 días)** ^{F39}. En el puerperio el útero involuciona, aparecen los loquios y los cambios hemodinámicos del embarazo revierten.

Útero. Poco después del parto el útero está **duro y redondo** y a menudo se palpa **alrededor del ombligo**; se reduce muy rápido y **a la semana** ya es difícil palparlo al presionar el abdomen ^{F6}. Según el manual de enfermería maternoneonatal de OpenStax, en las primeras 24-48 horas el útero involuciona hasta **aproximadamente la altura del ombligo**, después se reduce **aproximadamente 1 cm al día** y hacia el **día 10** queda dentro de la pelvis; la involución completa al tamaño previo al embarazo lleva **unas 6 semanas** ^{F40}. La OMS recomienda valorar la altura del fondo uterino, junto con el sangrado vaginal y el tono uterino, de forma sistemática en las primeras 24 horas ^{F39}. Durante unos días pueden notarse **contracciones** (entuetos), en general leves, pero más fuertes si la mujer ha tenido varios hijos ^{F6}. Mientras amamanta, la liberación de oxitocina produce **contracciones uterinas y aumento de loquios** ^{F1}.

Loquios. Son el exudado vaginal del puerperio: el **sangrado vaginal** puede durar **hasta 6 semanas**, se va volviendo menos rojo, luego rosado y después una secreción amarillenta o blanca; en la mayoría disminuye mucho durante la **primera semana**, y no es raro un aumento del sangrado rojo hacia los **7-14 días**, cuando se forma la costra del lecho placentario ^{F6}. La descripción clásica divide los loquios en tres fases: **rojos (rubra)**, **serosos (serosa)** y **blancos (alba)** ^{F7}. En un estudio de 236 mujeres la mediana de duración total fue de **33 días**, la de los loquios rojos de **4 días** y la de los serosos de **22 días**; en el 13 % persistían a los 60 días ^{F7}. Los **loquios con mal olor**, los sangrados abundantes o la hemorragia son **signos de alerta** en el puerperio ^{F2}.

Fase de loquios	Aspecto	Dato de duración
Rojos (rubra)	Rojo ^{F6}	Mediana 4 días ^{F7}
Serosos (serosa)	Rosado ^{F6}	Mediana 22 días ^{F7}
Blancos (alba)	Amarillento o blanco ^{F6}	Hasta el final (mediana total 33 días) ^{F7}



Loquios

Se llaman **loquios** a la pérdida hemática y el exudado del puerperio; sus tres tipos clásicos son **rojos**, **serosos y blancos** (no «amarillos» ni «hemáticos» como fase propia) ^{F7,F6}.

Loquios: definición

La pérdida hemática que se produce en el puerperio se denomina:

1. Spotting.
2. Polimenorrea.
3. Dismenorrea.
4. Hipermenorrea.
5. Loquios.

Loquios: tipos (rojos, serosos, blancos)

Durante el puerperio aparece un exudado útero-vaginal denominado “loquios” que varían a lo largo del proceso. ¿Cómo se denominan cada uno de ellos?

1. Loquios rojos, loquios amarillos y loquios blancos.
2. Loquios rojos, loquios serosos y loquios blancos.
3. Loquios hemáticos, loquios serosos y loquios amarillos.
4. Loquios rojos, loquios blancos y loquios hemáticos.
5. Loquios sanguinolentos, loquios acuosos y loquios blancos.

Cambios cardiovasculares. El **gasto cardíaco máximo** del embarazo se alcanza durante el **parto e inmediatamente después**, con aumentos del 60-80 % sobre los niveles previos al trabajo de parto, por la autotransfusión de 300-500 ml de sangre desde el útero tras cada contracción ^{F5}. Después, «**hacia las 2 semanas** del parto la hemodinámica materna ha vuelto en gran medida a los niveles de la no gestante», y el gasto cardíaco, medido a las **16 semanas** posparto, había vuelto al nivel previo a la concepción ^{F5}.

Temperatura. La GPC define la **fiebre en el posparto** como una temperatura **superior a 38 °C, a excepción de las 24 primeras horas** tras el parto; ante fiebre hay que buscar el foco: infección urinaria, herida quirúrgica, **mastitis, endometritis**, tromboflebitis pélvica séptica, reacción a fármacos o complicaciones anestésicas ^{F2}. Según esta definición, una temperatura de 38 °C **en las primeras 24 horas** tras el parto **no se considera fiebre puerperal** ^{F2}.

Fiebre de 38 °C en las primeras 24 h posparto: reacción normal

Una temperatura corporal de 38°C en una mujer en las 24 horas inmediatas al parto indica:

1. Una reacción normal a los efectos de parto.
2. Infección puerperal.
3. Deshidratación grave.
4. Que se debe aislar al lactante de la madre.
5. Sepsis.

Menstruación y peso. La regla suele volver a las **4-9 semanas** si la mujer no amamanta y a los **3-12 meses** si amamanta ^{F6}. En mujeres que no lactan, la primera menstruación aparece de media entre los días 45 y 64 y la primera ovulación entre los días 45 y 94; hasta el 71 % de las menstruaciones van precedidas de ovulación ^{F2}. Puede perder hasta **9 kg** en las 2 primeras semanas ^{F6}.

Pared abdominal: diástasis de rectos. La **diástasis de los rectos abdominales** es la **separación de los músculos rectos del abdomen a lo largo de la línea alba**; tradicionalmente se veía como un problema estético del posparto, pero tiene repercusión funcional, es **muy prevalente en el posparto** y en la menopausia, mejora con **estabilización del core** en los casos leves y en los graves puede requerir cirugía ^{F10}. No confundir con hernia inguinal ni con cistocele (prolapso de la vejiga).

EIR 2023 · 180

P8 · respuesta en el solucionario

Diástasis de rectos abdominales

Cómo se denomina a la separación anormal de los músculos abdominales anteriores por distensión de las fascias que los mantienen unidos, producida en ocasiones tras un embarazo y parto:

1. Hernia inguinal.
2. Cistocele.
3. Diástasis de rectos abdominales.
4. Endometrioma.

Muñeca: tenosinovitis de De Quervain. Es una tendinopatía de la muñeca típica del posparto: un estudio en cuidadores principales de recién nacidos concluye que los **componentes mecánicos del cuidado del recién nacido** (la posición de mano y muñeca al sostenerlo) tienen un papel principal en la **tenosinovitis de De Quervain posparto**, y que los cambios hormonales de la lactancia no son un factor importante; el diagnóstico se apoyó en una **prueba de Finkelstein** autoaplicada ^{F11}.

EIR 2024 · 48

P39 · respuesta en el solucionario

Tenosinovitis de De Quervain en el posparto

Indique cuál de las siguientes es la tendinopatía más frecuente en las mujeres postparto, debido a la posición específica de la mano y muñeca que requiere el cuidado de un lactante:

1. Tendinopatía del bíceps.
2. Tenosinovitis de De Quervain.
3. Tendinopatía aquilea.
4. Enfermedad Dupuytren.

2. Hemorragia posparto y profilaxis anti-D

Definición. La SEGO define la **hemorragia posparto (HPP)** como el sangrado vaginal **> 500 ml tras un parto vaginal** o **> 1.000 ml tras una cesárea**, o la que amenaza con producir inestabilidad hemodinámica ^{F3}. La OMS la define como la pérdida de **500 ml o más en las 24 horas** siguientes al nacimiento, y la **HPP grave** como **1.000 ml o más** en ese plazo ^{F4}. La HPP complica el **5-15 %** de todos los partos, y la mitad de las HPP son **precoces** (primeras 24 h) ^{F3}. Las guías consolidadas de OMS, FIGO e ICM (octubre de 2025) mantienen el diagnóstico clásico de **500 ml o más**, pero aconsejan actuar ya cuando la pérdida llega a **300 ml con algún signo vital anormal**, y medir la sangre con paños calibrados ^{F19}.

El texto completo de esas guías (recomendación 22) concreta los criterios para iniciar el tratamiento de primera respuesta: pérdida medida objetivamente de **≥ 300 ml con cualquier signo hemodinámico anormal** (pulso > 100 lpm, índice de shock > 1, presión sistólica < 100 mmHg o diastólica < 60 mmHg) o de **≥ 500 ml**, lo que ocurra primero en las **24 horas** siguientes al nacimiento, con especial vigilancia en las **2 primeras horas** ^{F42}. La guía multidisciplinar española de 2025, avalada por SEDAR, SEGO, SETH y SERVEI, recuerda que hay múltiples definiciones: la del ACOG es la pérdida acumulada de **≥ 1.000 ml** o la que se acompaña de signos o síntomas de hipovolemia durante el parto o las primeras 24 horas, **independientemente de que el parto sea vaginal o por cesárea** ^{F43}. Distingue la HPP **primaria o temprana** (primeras 24 horas) de la **secundaria o tardía** (entre las 24 horas y las 12 semanas), y recomienda (fuerte) definir la **HPP grave** como una pérdida **≥ 1.000 ml** en las 24 horas posteriores al parto con signos o síntomas de bajo volumen sanguíneo que requieran transfusión de **≥ 4 concentrados de hematíes** ^{F43}.

EIR 2016 · 151

P21 · respuesta en el solucionario

Hemorragia posparto: definición (>500 ml en parto vaginal)

La Hemorragia Puerperal o Hemorragia Posparto se define como:

1. La pérdida sanguínea de más de 250 ml de sangre tras un parto normal.

2. La pérdida sanguínea de más de 150 ml de sangre tras un parto normal.

3. La pérdida sanguínea de más de 500 ml de sangre tras un parto normal.

4. La pérdida sanguínea de más de 450 ml de sangre tras un parto normal.

Causas: las 4 T. Tono (**atonía uterina**), tejido (retención de restos), trauma (lesiones del canal del parto) y trombina (alteraciones de la coagulación) ^{F3}. La **atonía uterina** es la causa más frecuente: está implicada en **más de la mitad** de los casos ^{F3}, y la guía española de 2025 la sitúa en el **70-80 %** de todas las HPP ^{F43}. En **dos tercios** de las HPP no se encuentra ningún factor de riesgo ^{F3}.

Causa (SEGO)	Factores de riesgo
Tono: útero sobredistendido	Polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía ^{F3}
Tono: cansancio del músculo uterino	Parto rápido, parto prolongado , alta paridad ^{F3}
Tono: infección intraamniótica	Fiebre, rotura prematura de membranas prolongada ^{F3}

Causa (SEGO)	Factores de riesgo
Tono: alteraciones uterinas	Miomas, placenta previa, anomalías uterinas ^{F3}
Tejido: retención de productos	Expulsión incompleta de la placenta, cirugía uterina previa, paridad alta, placenta anómala; coágulos ^{F3}
Trauma: desgarro del canal blando	Parto precipitado, parto operatorio ^{F3}
Trauma: desgarro en cesárea	Mala posición, gran encajamiento ^{F3}
Trauma: rotura uterina	Cirugía uterina previa ^{F3}
Trauma: inversión uterina	Gran paridad, placenta fúndica ^{F3}
Trombina: coagulopatías previas	Hemofilia A, enfermedad de von Willebrand ^{F3}
Trombina: adquiridas en el embarazo	Plaquetopenia de la preeclampsia, PTI, CID (preeclampsia, muerte intraútero, infección grave, desprendimiento de placenta, embolia de líquido amniótico) ^{F3}
Trombina: fármacos	Anticoagulación terapéutica ^{F3}

La OMS (2012) añade que la **gran multiparidad** y la **gestación múltiple** aumentan el riesgo y que la HPP puede verse **agravada por una anemia previa** ^{F4}; en 2025 va más allá: la **anemia aumenta la probabilidad de HPP** y empeora su evolución, y es un factor que hay que corregir en el embarazo con hierro y folato ^{F19}. El texto completo de las guías de 2025 cita como factores de riesgo obstétricos la **multiparidad, el parto prolongado, la HPP previa y la gestación múltiple**, aunque la mayoría de las mujeres con HPP no tienen factores de riesgo identificables, y llama a la anemia ferropénica **un factor de riesgo importante** de HPP, que hay que detectar y corregir antes del parto ^{F42}. La tabla de la SEGO (2008) no incluye la anemia, ni el oligoamnios ni el crecimiento intrauterino restringido ^{F3}.

Polihidramnios sí, oligoamnios no

Lo que distiende el útero (polihidramnios, gemelos, macrosomía) y lo que lo agota (**parto prolongado**, parto rápido, multiparidad) predispone a la atonía; el **oligoamnios** y el CIR no están en la tabla de factores de riesgo de la SEGO ^{F3}.

EIR2025-162: ¿la anemia es factor de riesgo?

En EIR2025-162 la respuesta oficial es el **parto prolongado**; la anemia, el oligoamnios y el CIR se dan por incorrectos. Coincide con la tabla de la SEGO (2008), que incluye el parto prolongado y no la anemia ^{F3}. Las guías de la OMS de octubre de 2025, posteriores al examen, consideran en cambio la anemia ferropénica **un factor de riesgo importante** de HPP ^{F42,F19}: con ese criterio, la anemia también sería un factor de riesgo. El parto prolongado figura como factor de riesgo en la SEGO de 2008 y en la OMS de 2025 ^{F3,F42}; la tabla de factores de riesgo de la guía española de 2025, avalada por la SEGO, no lo recoge como tal (trae el uso prolongado de oxitocina y el parto precipitado) y esa guía habla del tratamiento preventivo de factores de riesgo como la anemia ^{F43}.

EIR 2025 · 162

P4 · respuesta en el solucionario

Factores de riesgo de hemorragia posparto: parto prolongado

¿Cuál de las siguientes situaciones se considera un posible factor de riesgo para la Hemorragia Posparto?:

1. Anemia.
2. Oligoamnios.
3. Crecimiento Intrauterino Restringido (CIR).
4. Parto prolongado.

Prevención. Se hace de forma sistemática en **todos los partos**, haya o no factores de riesgo ^{F3}; la **oxitocina (10 UI IV/IM)** es el uterotónico recomendado por la OMS para prevenirla ^{F4}; en 2025 la OMS recomienda un uterotónico de calidad en el alumbramiento, **preferentemente oxitocina o, como alternativa, carbetocina termoestable** ^{F19}. El uso rutinario de oxitocina tras la salida del hombro anterior reduce el riesgo de HPP más de un 40 % ^{F3}. La lactancia también contribuye a **reducir las hemorragias posparto** ^{F1}.

Profilaxis anti-D posparto. La isoinmunización Rh se trata en el tema de embarazo; en el puerperio la GPC recomienda (fuerte) ofrecer **300 µg (1.500 UI) de inmunoglobulina anti-D** a las mujeres **Rh negativas y no sensibilizadas cuyo recién nacido sea Rh positivo**, durante las **primeras 72 horas posparto** ^{F2}. La profilaxis prenatal es también de 300 µg en dosis única a las **28-30 semanas** ^{F2}. Se añade una dosis adicional si hay una **hemorragia fetomaterna de 10-15 ml** ^{F2}.



Anti-D: quién, cuándo, cuánto

Madre **Rh negativa** no sensibilizada + recién nacido **Rh positivo** → **300 µg (1.500 UI)** en las **72 h posparto** ^{F2}. La condición de la GPC es que el recién nacido sea Rh positivo y la dosis que fija es **300 µg**, con una dosis adicional solo si hay una hemorragia fetomaterna de 10-15 ml ^{F2}. Aplicado a unos gemelos, basta con que uno sea Rh positivo para cumplir la condición.

Gammaglobulina anti-D: indicación en las 72 h posparto si RN Rh+

La gestante ARH acude a consulta ya que el especialista le ha enviado a la consulta de inmunología del embarazo del hospital de referencia para saber si es necesario la administración de la gamma globulina anti-D. La administración de la gamma globulina anti-D debe ser administrada:

1. En mujeres Rh positivo, en las 72 horas postparto si el recién nacido presenta el Rh positivo.
2. En mujeres Rh positivo, en las 72 horas postparto si el recién nacido presenta el Rh negativo.
3. En mujeres Rh negativo, en las 72 horas post-parto si el recién nacido presenta el Rh positivo.
4. En mujeres Rh negativo, en las 72 horas post-parto si el recién nacido presenta el Rh negativo.

Gammaglobulina anti-D: dosis de 300 microgramos

La señora J.L.G., de grupo sanguíneo A Rh negativo, ha sido madre de dos mellizos uno de ellos 0 Rh positivo y el otro A Rh negativo). ¿Qué dosis de gammaglobulina anti-D debe ser administrada a esta paciente teniendo en cuenta que no recibió dosis profiláctica entre las semanas 28 y 30 de gestación?:

1. 900 microgramos.
2. 800 microgramos.
3. 600 microgramos.
4. 300 microgramos.

3. Adaptación materna y seguimiento del puerperio

Reva Rubin. La enfermera Reva Rubin describió la adopción del rol materno en el posparto en **tres fases: taking-in, taking-hold y letting-go** ^{F8}. Estas fases se acompañan de etapas en el **tacto materno** que indican en qué fase está la madre ^{F8}. Su modelo ha sido un paradigma dominante en la enfermería posparto, aunque un estudio en puérperas hospitalizadas encontró que no estaban ni en una fase ni en otra, sino que mezclaban aspectos de ambas, y concluyó que la teoría tiene una utilidad limitada hoy ^{F9}.

Puerperio hospitalario. La GPC recomienda que la atención a madres y bebés durante el puerperio hospitalario la **coordine y preste una matrona** (fuerte), y sugiere ofrecer el **alta antes de las 48 horas** a mujeres con bebés a término y sin complicaciones si se garantiza el seguimiento (débil) ^{F2}.

Tras el alta (GPC 2014) ^{F2}:

- Continuidad de cuidados con un modelo en el que **la matrona coordina** la actuación de los distintos profesionales (fuerte) ^{F2}.
- Antes del alta se concierta el primer contacto con la matrona o el centro de Atención Primaria para el **tercer o cuarto día de vida** ^{F2}.
- Un **mínimo de dos consultas** en los primeros 40 días tras el alta: la primera **entre las 24 y 48 h tras el alta** y otra **al final de la cuarentena** ^{F2}.
- Visitas domiciliarias según las circunstancias de cada mujer ^{F2}.
- En **cada visita posparto** se explora el **estado emocional**, el **apoyo familiar y social** y las **estrategias de afrontamiento** ^{F2}.

EIR 2025 · 170

P3 · respuesta en el solucionario

GPC embarazo y puerperio: valoración emocional y del apoyo en las visitas posparto

En el seguimiento que se debe efectuar sobre una mujer puérpera tras su alta hospitalaria, según la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Atención en el Embarazo y Puerperio, es cierto que:

1. Se sugiere que se concierte cita entre el séptimo y décimo día posparto en el centro de salud.
2. Se sugiere realizar una segunda consulta hacia el final de la cuarentena, sobre los dos meses posparto.
3. Se sugiere que en cada visita posparto se explore el estado emocional de las mujeres, su apoyo familiar y social, y las estrategias de afrontamiento.
4. Se sugiere que sea el médico de atención primaria quien coordine la actuación de los distintos profesionales que atienden a las madres y recién nacidos.

Tristeza posparto. Los sentimientos de **ansiedad, irritación, tristeza con llanto e inquietud** son comunes en las **dos primeras semanas** después del parto; se denominan «**tristeza posparto**» y casi siempre desaparecen pronto, sin necesidad de tratamiento ^{F41}. La depresión posparto puede aparecer cuando la tristeza posparto **no desaparece** o cuando los signos de depresión comienzan **un mes o más** después del parto ^{F41}.

Depresión posparto. En las visitas se sugieren **dos preguntas** de cribado sobre el último mes (sentirse triste, deprimida o sin esperanza; poco interés o placer) ^{F2}. Si alguna es afirmativa, se recomienda la escala de **Edimburgo (EPDS)** para confirmar (fuerte); se sugiere como punto de referencia **más de 12 puntos** (buena práctica) y usarla en las **seis primeras semanas** tras el parto (débil) ^{F2}.

Anticoncepción y suelo pélvico. En mujeres que **no** mantienen lactancia exclusiva se informa sobre anticoncepción a partir de los **21 días** tras el parto (fuerte); en mujeres sin riesgo de infección de transmisión sexual, el **método lactancia-amenorrea (MELA)** se sugiere hasta los **6 meses** si persiste la amenorrea y la lactancia es exclusiva ^{F2}. Se sugiere entrenar la musculatura del suelo pélvico en mujeres con incontinencia urinaria o fecal tras el parto ^{F2}.

4. Fisiología y beneficios de la lactancia; recomendaciones OMS e IHAN

Dos hormonas. La **prolactina** de la hipófisis anterior se libera **en respuesta a la succión** y es la principal señal hormonal de la **síntesis de leche**; la **oxitocina** contrae las células mioepiteliales de la mama y produce la **eyección de leche** ^{F12}. Al final de la gestación ambos sistemas se preparan para la lactancia y se vuelven menos sensibles a estímulos distintos de **la succión** ^{F12}. La liberación de oxitocina se nota en la madre como **contracciones uterinas, aumento de loquios, goteo de leche, sed, relajación o sueño** ^{F1}. Las tomas nocturnas liberan más prolactina que las diurnas ^{F1}.



Reflejo de eyección

El estímulo principal para la secreción de oxitocina y de prolactina en la lactancia es **la succión del pezón por el lactante** ^{F12}. La oxitocina expulsa la leche; la prolactina la fabrica ^{F12}.

EIR 2007 · 78

P32 · respuesta en el solucionario

Reflejo de eyección: la succión estimula la oxitocina

La hormona oxitocina es la responsable del transporte de la leche desde los alvéolos, a través de los conductos galactóforos, hasta los senos lactíferos, ¿qué estímulo genera la secreción de oxitocina?:

1. El llanto del lactante.
2. La succión de la mama.
3. El vaciamiento de la mama.
4. La excitación sexual.
5. Las contracciones uterinas puerperales conocidas como entuertos.

Lactogénesis II. La «**subida de la leche**» aparece a partir de las **48-72 horas**; puede retrasarse en primíparas que no amamantan con frecuencia, si han sido separadas del bebé o tras una cesárea ^{F1}.

Beneficios para el niño. Los niños no amamantados tienen más enfermedades, más graves y más largas ^{F1}. Una lactancia de más de tres meses puede reducir hasta un **77 % la otitis media** y un **75 % las infecciones respiratorias de vías bajas**; más de seis meses, un **20 % la leucemia** y un **36 % la muerte súbita** ^{F1}. La lactancia materna se considera la **alimentación ideal del lactante** ^{F1}. La OMS recuerda que la nutrición óptima en los dos primeros años **reduce la morbilidad y la mortalidad** y que la leche materna **reduce la mortalidad** de los niños malnutridos ^{F13}. Según la misma nota, los lactantes con lactancia mixta o no amamantados tienen **mucha más probabilidad de morir** por diarrea, neumonía y otras infecciones; el efecto es mayor en los países de ingresos bajos y medios, pero en los de ingresos altos los no amamantados también tienen más probabilidad de morir en la infancia; y cada año podrían evitarse **cerca de 400.000 muertes** de menores de 5 años si todos los lactantes recibieran lactancia exclusiva los seis primeros meses y continuada hasta los dos años o más ^{F13}.

Beneficios para la madre. Reduce las **hemorragias posparto**, da anticoncepción en los seis primeros meses (si la lactancia es exclusiva, hay tomas nocturnas y no ha vuelto la regla), mejora la remineralización ósea y disminuye el riesgo de **cáncer de mama, de ovario y de diabetes tipo 2** ^{F1}. La OMS añade que **reduce la mortalidad por todas las causas** de la madre ^{F13}. La lactancia es buena también para la salud de la mujer, no perjudicial ^{F1,F13}.

Beneficios de la lactancia materna: reducción de la mortalidad infantil

Un fenómeno que se produce como consecuencia de la práctica de la lactancia materna es que:

1. Ha aumentado con la modernización y la urbanización.
2. Reduce la mortalidad infantil, pero es perjudicial para la salud de las mujeres.
3. No es apropiada para los recién nacidos de alto riesgo.
4. Reduce la mortalidad infantil y proporciona una nutrición óptima.
5. Actualmente se recomienda la alimentación mixta, alternando el amamantamiento con otros alimentos líquidos.

Cáncer de mama. El reanálisis del Collaborative Group (47 estudios, 30 países) encontró que el riesgo relativo de cáncer de mama **disminuye un 4,3 % por cada 12 meses de lactancia**, además de un 7,0 % por cada parto; cuanto más tiempo amamantan las mujeres, más protegidas están ^{F14}.

Lactancia y reducción del riesgo de cáncer de mama (4,3 % por cada 12 meses)

En cuanto a la relación entre el cáncer de mama y la lactancia materna como factor protector, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. El factor protector está ligado a la secreción de prolactina durante la lactancia.
2. El aumento de los niveles séricos de estrógenos en la lactancia disminuye la incidencia de cáncer de mama.
3. El retraso en el restablecimiento de la función ovárica dada en la lactancia, no tiene relación con la incidencia del cáncer de mama.
4. El riesgo de cáncer de mama se reduce un 4,3% por cada 12 meses de lactancia.

Recomendación de la OMS y UNICEF. Iniciar la lactancia **en la primera hora** de vida, lactancia **exclusiva durante los 6 primeros meses** y continuarla **hasta los 2 años o más** junto con alimentos complementarios seguros desde los seis meses ^{F13}. La GPC del SNS recoge la misma recomendación: exclusiva seis meses y con otros alimentos hasta los dos años o más, mientras madre e hijo lo deseen ^{F1}.

COVID-19. La OMS indica que no se ha detectado transmisión de virus activo por la leche materna y que **no hay motivo para evitar o interrumpir la lactancia**: las mujeres con COVID-19 confirmada o sospechada pueden amamantar, con mascarilla si tienen síntomas, y la lactancia debe continuar aunque no puedan usarla; también pueden vacunarse ^{F16}. Por tanto, la recomendación de lactancia exclusiva los 6 primeros meses se mantiene aunque la madre tenga la infección ^{F16,F13}.

COVID-19 y lactancia: mantener lactancia exclusiva

Señale la opción correcta de las siguientes recomendaciones en relación a la COVID-19 y la gestación:

1. Los cambios fisiológicos del embarazo, hacen a la gestante menos susceptible a la COVID-19.
2. La infección por COVID-19 en la mujer embarazada no modifica el riesgo tromboembólico.
3. La base de datos española Red Covid-19 SEGO, muestra que no podría plantearse relación entre el cuadro agudo infeccioso o inflamatorio y el parto prematuro.
4. La OMS recomienda la lactancia exclusiva los primeros 6 meses de vida, incluso en el caso de que la madre presente la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

IHAN y los Diez Pasos. La GPC recomienda (fuerte) que todas las maternidades implanten un programa estructurado con evaluación externa, usando la iniciativa **IHAN** como estándar mínimo ^{F1}. La OMS revisó en **2018** los **Diez Pasos para una lactancia exitosa**; los pasos 1-2 son procedimientos de gestión y los 3-10, prácticas clínicas clave ^{F15}.

Paso (OMS, 2018)	Contenido
1	a) Cumplir el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna; b) política escrita de alimentación infantil; c) sistemas de seguimiento y datos ^{F15}
2	Personal con conocimientos, competencia y habilidades suficientes ^{F15}
3	Hablar con las embarazadas y sus familias sobre la importancia y el manejo de la lactancia ^{F15}
4	Contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido e inicio de la lactancia lo antes posible tras el parto ^{F15}
5	Apoyar el inicio y mantenimiento de la lactancia y el manejo de las dificultades ^{F15}
6	No dar a los recién nacidos amamantados alimentos ni líquidos distintos de la leche materna salvo indicación médica ^{F15}
7	Alojamiento conjunto 24 horas al día ^{F15}
8	Ayudar a reconocer y responder a las señales de hambre ^{F15}
9	Aconsejar sobre el uso y los riesgos de biberones, tetinas y chupetes ^{F15}
10	Coordinar el alta para que tengan acceso a apoyo continuado ^{F15}

Paso 9: de «no dar» a «aconsejar»

En la versión clásica recogida en la GPC, el paso 9 decía «**No dar** a los niños alimentados al pecho biberones, tetinas o chupetes» ^{F1}; en la revisión de 2018 pasa a «**aconsejar** a las madres sobre el uso y los riesgos» de biberones, tetinas y chupetes ^{F15}.

5. Inicio de la lactancia en la maternidad

Contacto piel con piel (CPP) — recomendación **fuerte** de la GPC: contacto piel con piel **inmediato e ininterrumpido** tras el parto, con el recién nacido en **decúbito prono**, desnudo, **con la cabeza ladeada**, sobre el abdomen y pecho desnudos de la madre **durante los primeros 120 minutos; secar suavemente la cabeza y la espalda, pero no las manos**; cubrirle con una **manta precalentada** y ponerle un **gorro**; madre y bebé supervisados por un acompañante informado o un profesional ^{F1}. También tras una **cesárea**, salvo que la situación de la madre o del recién nacido lo impida ^{F1}.

120 minutos, no «máximo 60»

La GPC no pone una duración **máxima** al contacto piel con piel: lo recomienda **ininterrumpido durante al menos los primeros 120 minutos** ^{F1}.

EIR 2025 · 161

P37 · respuesta en el solucionario

Contacto piel con piel precoz: sin duración máxima

Dentro de las recomendaciones para realizar el contacto piel con piel precoz tras el parto, se encuentran todas EXCEPTO:

1. Se recomienda secar cabeza y espalda, pero no las manos.
2. Se recomienda ponerle un gorro y cubrirle con una manta precalentada.
3. Se recomienda que el bebé esté en decúbito prono sobre el abdomen materno, con la cabeza ladeada.
4. Se recomienda que tenga una duración máxima de 60 minutos.

Primera toma. Dejar que el recién nacido se agarre **espontáneamente** al pecho durante el contacto piel con piel; si no encuentra el pezón antes de que acabe la **primera hora**, un profesional entrenado debe ayudar ^{F1}. Durante la primera hora tras el parto los recién nacidos están alerta y su reflejo de succión es intenso ^{F1}. Por eso el mejor momento para iniciar la lactancia en un parto normal con madre y bebé sanos es **inmediatamente después del nacimiento**, sin esperar a los cuidados rutinarios, al alumbramiento ni a la llegada a planta ^{F1,F13}.

Inicio de la lactancia inmediatamente tras el nacimiento

Después de un parto vaginal normal de baja intervención, en una mujer sana con un recién nacido sano, ¿cuál es el mejor momento para iniciar la lactancia materna?

1. Después del nacimiento, pues es el momento de reconocimiento madre-hijo.
2. Después de los primeros cuidados inmediatos del recién nacido de higiene, identificación y prevención, si este está estable.
3. Después del alumbramiento y de la finalización de los cuidados de parto, pues antes la mujer no está en condiciones de atender a su hijo.
4. Después de las primeras dos horas del parto que requieren extrema vigilancia de la mujer por el riesgo de hemorragia postparto.
5. Después de llegar a planta, pues coincide con el segundo periodo de reactividad del bebé y las mejores condiciones de la mujer para poder interaccionar con su hijo.

Suplementos. Se recomienda (fuerte) **evitar los suplementos si no hay indicación médica** que lo justifique; si la hay, la primera opción es la **leche materna extraída** (fuerte) ^{F1}. No usar **suero glucosado** para suplementar a recién nacidos a término sanos, ni hacer controles de glucemia ni dar suplementos de forma rutinaria a recién nacidos sanos ^{F1}. La lactancia debe ser **a demanda**, respetando el ritmo nocturno, con **al menos 8 tomas en 24 horas** sin ayunos de más de seis horas ^{F1}. Ofrecer suplementos «por si se queda con hambre» no es una indicación médica ^{F1}.

Éxito de la lactancia: no ofrecer suplementos

Para garantizar el éxito de la lactancia materna, deben llevarse a cabo las siguientes medidas EXCEPTO:

1. Poner al recién nacido al pecho después del parto lo antes posible.
2. Fomentar la lactancia a demanda del niño sin establecer horarios.
3. No limitar la duración de la mamada.
4. Comprobar cómo realiza la madre la técnica de la lactancia.
5. Ofrecer suplementos, sólo si se observa que el lactante se queda con hambre después de las tomas.

Chupete, colecho y sueño seguro (GPC 2017, con la fuerza exacta de cada recomendación) ^{F1}:

Recomendación	Fuerza
Se sugiere evitar siempre que sea posible el chupete durante el primer mes para facilitar el buen inicio de la lactancia ^{F1}	Débil
Se sugiere el colecho en la maternidad , manteniendo las condiciones de colecho seguro ^{F1}	Débil
Se sugiere el colecho en el hogar (en cama o en cuna sidecar) como opción que puede ayudar a mantener la lactancia ^{F1}	Débil

Recomendación	Fuerza
Se recomienda informar del peligro de dormirse con el lactante en brazos en un sofá o silla , de que duerman en la misma cama otros hermanos, otras personas o animales, y de que el lactante permanezca solo en la cama de un adulto, un sofá o un sillón ^{F1}	Fuerte
Se recomienda evitar los suplementos sin indicación médica ^{F1}	Fuerte

El chupete es recomendación DÉBIL

La GPC dice «**se sugiere** evitar siempre que sea posible el uso del chupete durante el primer mes»: es una recomendación **débil**, no fuerte ^{F1}. En lactantes ya acostumbrados, mejor no retirarlo durante el sueño en los primeros seis meses ^{F1}.

EIR 2019 · 71

P16 · respuesta en el solucionario

GPC lactancia: recomendación sobre el uso del chupete

Señale la afirmación INCORRECTA acerca de las recomendaciones sobre lactancia materna que aparecen en el documento: “Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna”. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017 perteneciente a las Guías de Práctica Clínica en SNS. :

1. Se sugiere el colecho en el hogar (en cama o en cuna sidecar) como una opción que puede ayudar a la madre a mantener la lactancia materna. Recomendación débil.
2. Se recomienda evitar siempre que sea posible el uso del chupete durante el primer mes para facilitar el buen inicio de la lactancia materna. Recomendación fuerte.
3. Se recomienda informar a las madres y familias del peligro que supone para la seguridad del lactante que el lactante permanezca solo en la cama de un adulto, en un sofá o en un sillón. Recomendación fuerte.
4. Se recomienda evitar la administración de suplementos si no existe indicación médica que lo justifique. Recomendación fuerte.

6. Posturas, agarre y valoración de la toma

Principios comunes. Sea cual sea la postura: madre cómoda, cuerpo del bebé en estrecho contacto con el de la madre, cabeza frente al pecho y alineada con el cuerpo (cuello ni flexionado ni girado), **mentón apoyado en el pecho** y pezón a la **altura de la nariz**; es preferible desplazar al bebé que el pecho ^{F1}. La GPC sugiere (débil) la postura de **afianzamiento espontáneo o «crianza biológica»**: madre semirreclinada y recién nacido en prono sobre su cuerpo ^{F1}.

Postura	Cómo es	Especialmente útil en
Crianza biológica	Madre semirrecostada (15-65°), bebé encima con la cara entre los pechos; agarre espontáneo ^{F1}	Dificultades de agarre, dolor en el periné ^{F1}
Cuna	La madre sujeta cuello y cabeza con el brazo del mismo pecho; la cabeza en el antebrazo, no en el codo ^{F1}	Es una de las más utilizadas ^{F1}
Recostada de lado	Madre y bebé de lado, frente a frente; cabeza del bebé en el colchón ^{F1}	Descanso materno, dolor perineal (parto instrumental, hemorroides) ^{F1}
Rugby (balón de rugby, invertida)	Cuerpo del bebé por debajo del brazo de la madre, pies hacia la espalda de la madre; ella sujeta cuerpo y cabeza con el antebrazo y la mano del mismo pecho ^{F1}	Cesárea (protege la herida), mamas muy grandes u obesidad, drenar el cuadrante externo, gemelos simultáneos ^{F1} ; también prematuros ^{F17}
Dancer / caballito	Bebé sentado a caballito sobre el muslo, frente al pecho; la mano en U afianza el mentón ^{F1}	Problemas de paladar, hipotonía (síndrome de Down), retrognatia, reflujo ^{F1}

★ Cómo reconocer el balón de rugby

En el balón de rugby el cuerpo del bebé **no cruza por delante del abdomen** de la madre: queda **a un lado, por debajo de su brazo** (bajo la axila), con las **piernas hacia atrás**, hacia la espalda materna, y la cabeza a nivel del pecho ^{F17,F1}; la madre le sujeta la cabeza con la **mano del mismo lado** del pecho que ofrece y suele apoyar su antebrazo y el cuerpo del bebé en un **cojín** ^{F1}. La AEP, en cambio, aconseja sujetar el **cuello y los hombros** del bebé, pero no la cabeza, que debe quedar con el cuello un poco deflexionado para facilitar el agarre ^{F17}. En la cuna, en cambio, el bebé cruza por delante de la madre, con el tronco enfrentado y pegado a ella y la cabeza en el antebrazo, no en la mano ^{F1}.

Posición de lactancia en balón de rugby

Pregunta asociada a la imagen 1. ¿Cuál es la posición de lactancia que se muestra?:



1. Balón de Rugby.
2. Acunado clásico.
3. Sentada o caballito.
4. Reclinada.

Signos de buen agarre según la GPC ^{F1}:

- Antes del agarre, la cabeza está frente al pecho con el pezón a la altura de la nariz ^{F1}.
- Cuello ligeramente deflexionado y no girado; **la barbilla toca el pecho y la nariz está libre** ^{F1}.
- Boca **bien abierta, labio inferior evertido** y ambos labios en un ángulo de unos **120°** ^{F1}.
- **Hay menos areola visible por debajo de la barbilla que por encima del pezón** ^{F1}.
- **La madre no siente dolor** en el pecho ^{F1}.
- El pezón no se escapa de la boca **ni hay sonidos de chupeteo** ^{F1}.
- Al acabar la toma el pezón no está deformado ni con signos de compresión ^{F1}.

Transferencia de leche y valoración del lactante. Succiones profundas, mantenidas y con pausas no muy largas; **deglución visible y/o audible**; se ofrecen ambos pechos empezando por el que se vació menos, esperando a que suelte espontáneamente el primero; signos de saciedad tras la toma ^{F1}. Una pérdida de peso > 7 % en los primeros cuatro días obliga a evaluar la lactancia; el peso al nacer se recupera en unas **dos semanas**, y **una curva ascendente con una ganancia media de 20-35 g/día a partir del cuarto día asegura una ingesta adecuada** ^{F1}.

Chupeteo = mal agarre

Los **sonidos de chupeteo** (chasquidos) indican que el bebé no está bien agarrado; lo normal es oír la **deglución** ^{F1}. Tampoco es buen signo que la **nariz quede aplastada** contra el pecho: debe quedar **libre**, con la barbilla tocando el pecho ^{F1}. Y el **dolor** al amamantar no es normal: la GPC recoge que el dolor o las grietas del pezón se deben probablemente a un **mal agarre** y que hay que identificar la causa hasta conseguir posición y agarre adecuados ^{F1}.

EIR 2018 · 207

P17 · respuesta en el solucionario

GPC lactancia: signos de mal inicio (sonidos de chupeteo)

¿Qué parámetro NO indica un buen inicio e instauración de la lactancia materna?:

1. La barbilla del bebé toca el pecho y la nariz está libre.
2. Hay menos areola visible por debajo de la barbilla que por encima del pezón.
3. Se escuchan sonidos de chupeteo.
4. Ausencia de dolor en la madre.

EIR 2020 · 101

P14 · respuesta en el solucionario

GPC lactancia: signos de mal inicio (sonidos de chupeteo)

¿Cuál de los siguientes criterios según la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, le haría pensar que NO existe un buen inicio o instauración de la Lactancia Materna?:

1. La boca del lactante está bien abierta con el labio inferior evertido y ambos labios forman un ángulo de unos 120°.
2. Hay menos areola visible por debajo de la barbilla que por encima del pezón.
3. Hay sonidos de chupeteo por parte del recién nacido.
4. Una curva ponderal ascendente con una ganancia media de 20-35 gr/día a partir del cuarto día de nacimiento, asegura una ingesta adecuada.

EIR 2014 · 141

P26 · respuesta en el solucionario

Signos de mal agarre al pecho

Al valorar la postura que mantiene el bebe mamando, ¿cuál de los siguientes signos indican que NO es correcta la posición y agarre del bebe al pecho?

1. El mentón toca el pecho.
2. La boca está muy abierta.
3. Labios evertidos.
4. Nariz muy pegada al pecho.
5. Más areola visible por encima de la boca.

Dolor al amamantar: indica técnica de agarre incorrecta

Atiende a una mujer que hace 8 horas que ha dado a luz y que refiere dolor cuando coloca el bebé al pecho. ¿Qué significa este dato?:

1. Que ha empezado muy pronto la lactancia materna, ya que hasta las 12 horas del parto no se da la subida del calostro, por lo que poner el bebé al pecho tan pronto le hace daño.
2. Que ha empezado muy pronto la lactancia materna, ya que hasta las 48 horas del parto no se da la subida de la leche, por lo que poner el bebé al pecho tan pronto le hace daño.
3. Que ha empezado adecuadamente la lactancia materna, pero la madre no tiene pezones o los tiene invertidos y el bebé le hace daño en su intento de succión.
4. Que ha empezado adecuadamente la lactancia materna, pero cómo en algunas mujeres el calostro no sube hasta las doce horas, ella no debe de tener subida y la succión del bebé le hace daño.
5. Que ha empezado adecuadamente la lactancia materna, pero el dolor indica que la técnica de amamantamiento no es buena.

El mal agarre produce el «**síndrome de la posición inadecuada**»: dolor en los pezones y grietas, ingurgitación o mastitis porque el pecho no se vacía, tomas largas (> 30 minutos), bebé que pide muy a menudo, se muestra nervioso e incluso «**se pelea con el pecho**», y escasa ganancia de peso ^{F1}.

Escala LATCH. La GPC propone como herramienta estandarizada de observación de la toma la **escala LATCH**, traducida y validada en español ^{F1}. Evalúa **cinco** componentes, cada uno puntuado **0, 1 o 2** (de menos a más favorable), con un máximo de **10** ^{F18,F1}. En un estudio italiano de 299 díadas, la tasa de **lactancia no exclusiva al alta** se relacionaba **de forma inversa** con la puntuación LATCH de las primeras 24 horas (6,9 en lactancia no exclusiva frente a 7,6 en exclusiva) ^{F20,F1}.

Letra	Área	0	1	2
L (Latch)	Coger (agarre)	Demasiado dormido, no se coge	Repetidos intentos, mantiene el pezón en la boca, llega a succionar	Agarra, lengua debajo, labios que ajustan, succión rítmica ^{F1}
A (Audible swallowing)	Deglución audible	Ninguna	Un poco de ruido o signos de transferencia tras estimulación	Espontánea e intermitente (< 24 h) o frecuente (> 24 h) ^{F1}
T (Type of nipple)	Tipo de pezón	Invertidos	Planos	Evertidos tras estimulación ^{F1}
C (Comfort)	Comodidad (pecho/pezón)	Ingurgitados, grietas con sangrado, dolor severo	Tensión, pezón enrojecido, molestia leve o moderada	Mamas blandas, no dolor ^{F1}
H (Hold)	Mantener colocado al pecho	Ayuda total del personal	Mínima ayuda (colocar una almohada); si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro; el personal lo obliga y luego la madre sigue	No necesita ayuda; la madre mantiene al niño colocado al pecho ^{F1}

EIR 2021 · 57

P12 · respuesta en el solucionario

Escala LATCH: áreas de evaluación

Indique la opción INCORRECTA en relación con la Escala de Evaluación de Lactancia Materna (LATCH):

1. La puntuación LATCH del primer día está inversamente relacionada con la tasa de lactancia materna no exclusiva al alta en maternidad.
2. Cada ítem se puntúa de 0 a 2 de menos a más favorable.
3. Se distinguen 6 áreas de evaluación.
4. El pezón plano se puntúa con el valor de 1.

Diagnóstico enfermero: lactancia ineficaz. La taxonomía NANDA-I (edición 2015-2017) recoge tres diagnósticos relacionados con la lactancia: *ineffective breastfeeding* (**lactancia ineficaz**), *discontinued breastfeeding* y *disposition for increased breastfeeding* ^{F44}. La **lactancia ineficaz** se define como la «dificultad para ofrecer leche a un lactante o niño pequeño directamente de los pechos, que puede comprometer su estado nutricional» ^{F44}. Entre sus características definitorias, estudiadas en 73 díadas de una maternidad brasileña, están la **incapacidad del lactante para agarrar la región aréola-mamilar correctamente**, la **resistencia del lactante a agarrar la región del pezón con la boca**, el **llanto del lactante cuando se le pone al pecho**, el

llanto del lactante a la primera hora después de la lactancia, el *infant's bending on the breast*, la discontinuidad de la succión de la mama y el suministro de leche inadecuado percibido ^{F44}.

EIR 2016 · 181

P19 · respuesta en el solucionario

Diagnóstico NANDA de lactancia materna ineficaz

África es una madre primeriza de un recién nacido a término de 16 horas de vida, al acercarse a valorar una toma observa que el neonato arquea la espalda y se resiste a cogerse al pecho. África afirma que el niño llora en menos de una hora después de haber comido y que la situación le crea ansiedad. Con estos datos, indique el diagnóstico de enfermería que presenta:

1. Interrupción de la lactancia materna.
2. Riesgo de alternación de la diada materno/fetal.
3. Lactancia materna ineficaz.
4. Riesgo de proceso de maternidad ineficaz.

7. Problemas de las mamas y del lactante

Ingurgitación mamaria. Recomendaciones de la GPC del SNS ^{F1}:

Recomendación	Fuerza
Se recomienda aumentar la frecuencia de las tomas ^{F1}	Fuerte
Se recomienda, si no hay alergia ni contraindicación, ibuprofeno (o, en su defecto, paracetamol) para la inflamación y el dolor ^{F1}	Fuerte
Se sugiere que antes de la toma la madre se dé una ducha caliente o compresas calientes , se masajee el pecho y haga una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre ^{F1}	Débil
Descansar y hacer contacto piel con piel para favorecer la liberación de oxitocina ^{F1}	Buena práctica (✓)
Si hace falta más ayuda, presión inversa suavizante ^{F1}	Buena práctica (✓)

Sobre otras medidas la GPC no formula recomendación: la **acupuntura** «podría» disminuir la necesidad de antibióticos y los abscesos, pero sin diferencia estadísticamente significativa y con evidencia de calidad muy baja; las **hojas de col** no han demostrado mejoría del dolor frente a otras medidas; ni la oxitocina ni los ultrasonidos mejoran la ingurgitación frente a placebo ^{F1}. La GPC de embarazo y puerperio añade que las mujeres con ingurgitación deben amamantar **de manera frecuente y continuada**, con masaje y extracción manual ^{F2}.



Ingurgitación: lo que cae

Más tomas, no menos (fuerte) + **descanso y piel con piel** (oxitocina) + **calor y extracción manual antes de la toma** para ablandar la areola y facilitar el agarre ^{F1}. Espaciar las tomas, evitar el piel con piel o aplicar **frío antes** de la toma va en contra de la guía ^{F1}.

EIR 2019 · 233

P15 · respuesta en el solucionario

GPC lactancia: ingurgitación, aumentar tomas, descanso y contacto piel con piel

Ante una ingurgitación mamaria de una madre lactante, señale la respuesta correcta en cuanto a las intervenciones de enfermería a realizar:

1. Se recomienda que antes de la toma, la madre con ingurgitación mamaria se aplique frío local, se masajee el pecho y realice una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho.
2. Se recomienda disminuir la frecuencia de las tomas.
3. Se aconseja descansar y realizar contacto piel con piel para favorecer la liberación de oxitocina.
4. Para aliviar las molestias se puede aplicar calor local entre las tomas.

GPC lactancia: ingurgitación, aumentar tomas, descanso y contacto piel con piel

De las siguientes recomendaciones sobre lactancia materna en caso de ingurgitación mamaria, indique cuál tiene mayor grado de recomendación según la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

1. La acupuntura podría disminuir la necesidad de antibióticos y el desarrollo de absceso mamario frente a los cuidados habituales.
2. En caso de una ingurgitación muy importante, necesitaremos también disminuir el componente inflamatorio para permitir la salida de la leche administrando preferentemente derivados mórficos para tal fin.
3. Se recomienda aumentar la frecuencia de las tomas, además de descansar y realizar contacto piel con piel para favorecer la liberación de oxitocina.
4. La aplicación de hojas de repollo o col puede ser beneficiosas en esos casos, encontrándose mejoría en los síntomas.

GPC lactancia: ingurgitación, extracción manual antes de la toma

En base a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ante una mujer que está amamantando y presenta ingurgitación mamaria, debemos recomendarle que:

1. Antes de comenzar la toma debe realizar una extracción manual de leche o calostro, para facilitar el agarre.
2. Antes de amamantar debe aplicarse hielo en el pecho, para evitar dolor al inicio de la toma.
3. Debe espaciar las tomas, para que el bebé realice un vaciado completo de la mama.
4. Debe evitar el contacto piel con piel continuado para disminuir la concentración de oxitocina segregada y disminuir así la producción de leche.

Presión inversa suavizante (PIS) (anexo 18 de la GPC, adaptado de Cotterman) ^{F1,F21}: consiste en aplicar **presión positiva sobre un radio de 2-4 cm de areola** alrededor de la base del pezón para desplazar el edema hacia el interior del pecho. Puede aplicarla **un profesional, la propia madre u otra persona**. El mejor momento es **inmediatamente antes de poner al bebé al pecho** ^{F1}. «**La presión no debería causar dolor**. Para evitar dolor o incomodidad, aplica **menos presión durante intervalos más largos**» ^{F1}; se mantiene 60 segundos o más ^{F1}. Ablanda el tejido subareolar, facilita el agarre en la ingurgitación y desencadena el reflejo de eyección ^{F21}.

Técnica de presión inversa suavizante

En referencia a la lactancia materna y la técnica de presión inversa suavizante (PIS), señale la respuesta correcta:

1. La presión inversa suavizante puede ayudar a favorecer el agarre cuando se producen grietas en el pezón.
2. El mejor momento para aplicar la PIS es inmediatamente después de terminar la toma.
3. La presión no debería causar dolor. Para evitar dolor o incomodidad, se debe aplicar menos presión durante intervalos más largos.
4. Esta técnica debe ser aplicada solamente por un profesional de la salud.

Dolor y grietas del pezón. La recomendación de la GPC es **identificar la causa y corregir la posición y el agarre** (buena práctica) ^{F1}. Además, la GPC recoge de otra guía (PSBC) el consejo de **aplicar leche materna extraída** (o agua caliente) sobre el pezón **tras la toma y dejar secar**; según la evidencia que resume, de calidad baja, la leche materna reduce el dolor y mejora la curación de las lesiones hacia el 4.º-5.º día frente a la lanolina, y añadir lanolina no reduce el dolor ni las lesiones ^{F1}.

Grietas del pezón: aplicar leche materna y secar al aire

Para el cuidado de las grietas del pezón durante la lactancia se recomienda:

1. Lavados con agua y jabón de pH neutro tras cada toma.
2. Extender unas gotas de leche y dejar secar al aire tras la tetada.
3. El uso de pomadas cicatrizantes.
4. Alcohol de 70º aplicado mediante gasas estériles entre tomas.
5. Aplicar frío entre las tomas.

Mastitis. Se sospecha con **fiebre de más de 38,5 °C**, escalofríos y cefalea ^{F1}. La GPC sugiere **mantener la lactancia** y el vaciado adecuado del pecho como tratamiento inicial durante **24 horas** en las mastitis agudas leves, y añadir antibiótico si no mejora, **manteniendo el amamantamiento** ^{F1}; como antibióticos, cefalosporinas de primera generación (cefalexina, cefadroxilo) o cloxacilina **10-14 días**, y el frío entre tomas puede aliviar por su efecto antiinflamatorio ^{F1}. La Academy of Breastfeeding Medicine (2022) insiste: la mastitis bacteriana **no es una contraindicación** para la lactancia y no se debe indicar extraer y desechar la leche; se alimenta **a demanda** y no se busca «vaciar» el pecho, porque el sobrevaciado perpetúa la hiperlactancia ^{F22}. En el absceso se sugiere el drenaje por aspiración con aguja guiada por ecografía ^{F1}.



Mastitis: NO suspender

Ni suspender la lactancia, ni dejar solo el pecho sano, ni pasar a fórmula: la lactancia **se mantiene** también del pecho afectado ^{F1,F22}. Suspender el amamantamiento porque duelen los pechos es una instrucción **inadecuada** ^{F1,F22}.

EIR2004-009: ¿vaciar el pecho?

En EIR2004-009 la respuesta (reconstruida por un tercero) es que la instrucción inadecuada es **suspender el amamantamiento cuando duelen los senos**; «vaciar completamente los senos» se daba entonces por correcto. La GPC del SNS (2017) sigue hablando de mantener la lactancia con un **vaciado adecuado del pecho**, extrayendo la leche restante tras las tomas ^{F1}. El protocolo de la ABM (2022) cambia el enfoque: alimentar a demanda y **no buscar «vaciar»** el pecho, evitar el sacaleches en exceso y el masaje profundo ^{F22}. En ambos criterios, suspender la lactancia es lo incorrecto ^{F1,F22}.

EIR 2004 · 9

P35 · respuesta en el solucionario

Mastitis: no suspender la lactancia materna

Es importante instruir a la madre sobre su cuidado personal para prevenir o reducir el riesgo de mastitis. Una instrucción inadecuada sería:

1. Vaciar completamente los senos.
2. Cambiar al niño de posición para variar los puntos de presión sobre el pezón.
3. Suspender el amamantamiento cuando los senos duelen.
4. Interrumpir la succión del recién nacido antes de retirarlo del pecho.
5. Tomar abundantes líquidos.

EIR 2026 · 88

P1 · respuesta en el solucionario

Mastitis: no suspender la lactancia materna

Según la Guía de enfermería obstétrica y ginecológica de Cotobal (2025), ¿qué recomendaciones se establecen para que una mujer en periodo de lactancia con mastitis aguda pueda continuar con la lactancia materna?:

1. No suspender la lactancia materna.
2. Suspender la lactancia inmediatamente para evitar la transmisión de la infección al bebé.
3. Alternar la lactancia con leche de fórmula para reducir la demanda sobre el pecho afectado.
4. Suspender la lactancia del pecho afectado y continuar solo con el sano.

Fenómeno de Raynaud del pezón. Vasoespasmo que produce **dolor muy intenso** al amamantar, **desencadenado por el frío**, con **blanqueamiento del pezón** seguido de cianosis o eritema; a menudo se confunde con una candidiasis ^{F23}. Se trata evitando la exposición al frío, los fármacos vasoconstrictores y la nicotina, y con **nifedipino** si hace falta ^{F23}.

Síndrome de Raynaud del pezón

De entre los problemas que aparecen en la lactancia, el fenómeno que consiste en una isquemia del pezón provocada por una disminución del flujo sanguíneo y que suele desencadenarse por el frío, que causa dolor intenso durante la toma y entre ellas, se conoce como:

1. Ingurgitación.
2. Síndrome de Raynaud.
3. Reflejo disfórico de eyección de leche.
4. Agitación por amamantamiento.

Anquiloglosia. Alrededor del **3 %** de los lactantes nacen con frenillo lingual corto, que puede causar agarre ineficaz, dolor al amamantar o poca ganancia de peso ^{F24}. La **herramienta de Hazelbaker** (Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function, HATLFF) da una **valoración cuantitativa** del frenillo, con ítems de aspecto y de función de la lengua, y una recomendación sobre la frenotomía ^{F24}. La GPC pide, antes de una frenotomía, una historia de lactancia y una evaluación de las tomas por expertos; si con apoyo persisten los problemas, frenotomía por profesionales expertos ^{F1}.

Herramienta de Hazelbaker para la anquiloglosia

Señale de las siguientes, cuál es el método clínico estandarizado para evaluar el grado de anquiloglosia y su impacto en la lactancia materna:

1. Herramienta de Hazelbaker.
2. Escala de evaluación de la lactancia materna LATCH.
3. Test de Clements.
4. Escala de Bayley.

Politelia y polimastia. Los **pezones supernumerarios** se llaman **politelia**: anomalías del desarrollo situadas a lo largo de las **líneas mamarias embrionarias** ^{F25}. La **polimastia** es la presencia de **tejido glandular mamario accesorio**, que suele manifestarse en el embarazo o la lactancia ^{F25}.

Politelia: pezones supernumerarios

¿Cómo se denomina la presencia de pezones supernumerarios situados por debajo de la mama?:

1. Mastodinia.
2. Telorrea.
3. Polimastia.
4. Politelia.

8. Contraindicaciones, fármacos y plantas durante la lactancia

Contraindicaciones. Según el Comité de Lactancia de la AEP, en la práctica son **muy pocas**: la infección materna por **VIH** y por el **virus de la leucemia humana de células T (HTLV)**, y la **galactosemia** y la **deficiencia congénita primaria de lactasa** en el niño ^{F26}. Tampoco son compatibles la heroína, la cocaína, las anfetaminas y la marihuana, otras situaciones excepcionales son el **tratamiento con antineoplásicos** y algunos **prolactinomas** tratados con bromocriptina o cabergolina, y se suspende temporalmente si se administran isótopos radiactivos ^{F26}.

Situación	Conducta según los CDC (principales)
HTLV-I/II	No amamantar ni dar leche extraída ^{F27}
Galactosemia clásica del lactante	No amamantar ni dar leche extraída ^{F27}
VIH	No amamantar si no recibe tratamiento antirretroviral o no ha logrado supresión viral mantenida ^{F27}
Drogas ilícitas (opioides, PCP, cocaína)	No amamantar; si la madre pasa a metadona o buprenorfina estable, se anima a amamantar ^{F27}
Enfermedad por virus del Ébola	No amamantar ^{F27}
Brucelosis no tratada; radiofármacos; herpes simple con lesiones en la mama	Suspender temporalmente (en el herpes, puede mamar del pecho sano si las lesiones están cubiertas) ^{F27}
Tuberculosis activa no tratada	No amamantar temporalmente, pero sí puede darse leche extraída ; puede volver a amamantar tras 2 semanas de tratamiento adecuado y cuando ya no sea contagiosa ^{F27}
Varicela iniciada entre 5 días antes y 2 días después del parto	No amamantar temporalmente; sí leche extraída ^{F27}
Hepatitis C	Puede amamantar ; interrumpir temporalmente solo si los pezones están agrietados y sangran ^{F31}



Absoluta: HTLV

Entre VHC, tuberculosis activa, varicela y HTLV, la única contraindicación **absoluta** es el **HTLV** ^{F26,F27}: la tuberculosis y la varicela perinatal solo obligan a separar temporalmente (se puede dar leche extraída) y la hepatitis C es compatible ^{F27,F31}.

VIH: depende de la fuente

El Comité de Lactancia de la AEP incluye la infección materna por **VIH** entre las contraindicaciones ^{F26}. Los CDC la limitan a la madre **sin tratamiento antirretroviral o sin supresión viral mantenida** ^{F27}, y la OMS, en contextos donde la diarrea, la neumonía y la malnutrición siguen causando mortalidad, considera la lactancia la opción preferente también para las madres con VIH ^{F13}. El **HTLV**, en cambio, es contraindicación en la AEP y en los CDC ^{F26,F27}.

EIR 2016 · 152

P20 · respuesta en el solucionario

Contraindicación absoluta de la lactancia: HTLV

¿Cuál de las siguientes patologías se considera contraindicación ABSOLUTA para la lactancia materna?:

1. Virus de la Hepatitis C.
2. Infección por virus de la Leucemia Humana de células T (HTLV).
3. Tuberculosis activa.
4. Varicela.

Vacunas. Salvo dos excepciones (**viruela** y **fiebre amarilla**), ni las vacunas inactivadas ni las de virus vivos administradas a la mujer lactante afectan a la seguridad de la lactancia; aunque el virus de la vacuna de la **rubéola** se excreta en la leche, en general **no infecta al lactante** ^{F28}. e-lactancia clasifica la vacuna de la rubéola como **compatible** ^{F29}, y también la **rubéola materna** (la enfermedad): cita el Red Book de la AAP, según el cual la presencia del virus en la leche no se ha asociado con enfermedad significativa en los lactantes y **las mujeres con rubéola** o vacunadas recientemente **pueden continuar amamantando** ^{F45}. La rubéola no figura entre las contraindicaciones de la lactancia de la AEP ^{F26}.

EIR 2015 · 159

P23 · respuesta en el solucionario

Rubeola y su vacunación: compatibles con la lactancia

C. S. que está embarazada de 40 semanas y contrae la rubeola, consulta con la enfermera sus dudas sobre si podrá dar lactancia materna al recién nacido. ¿Cuál será la respuesta de la enfermera?:

1. Está totalmente contraindicada.
2. Es compatible la enfermedad y también la vacunación con la lactancia.
3. Debe esperar hasta que el bebé tenga 15 días de vida.
4. Depende de la carga viral.
5. Se iniciará la lactancia materna 3 días después de poner la gammaglobulina al bebé.

Fármacos. La mayoría de los problemas de salud pueden tratarse durante la lactancia; para comprobar la compatibilidad de fármacos y pruebas la GPC remite a bases de datos actualizadas como **e-lactancia.org** ^{F1}. Sus niveles: **compatible** (seguro), **bastante seguro**, **compatibilidad limitada** (poco seguro, usar alternativa) e **incompatible** (contraindicado) ^{F30}.

Producto	Nivel en e-lactancia	Motivo
Esomeprazol	Compatible	Se excreta en cantidad clínicamente no significativa F30
Atenolol	Compatibilidad limitada	Preferibles alternativas más seguras, sobre todo en el periodo neonatal y prematuros F32
Doxepina	Incompatible	Casos de palidez, sopor y depresión respiratoria en lactantes F33
Cabergolina	Compatibilidad limitada	Inhibe la lactancia: basta una dosis única el primer día tras el parto para inhibir la subida F34

EIR 2024 · 67

P38 · respuesta en el solucionario

Fármacos compatibles con la lactancia: esomeprazol

¿Qué fármaco es compatible y/o presenta un riesgo muy bajo perfectamente asumible con la lactancia materna?:

1. Atenolol.
2. Doxepina hidrocloreto.
3. Cabergolina.
4. Esomeprazol.

Plantas e infusiones. Que una planta sea «natural» no la hace segura en la lactancia **F35**:

Planta	Nivel en e-lactancia	Motivo
Hierbabuena (Mentha spicata)	Compatible	Usos culinario y aromatizante compatibles con la lactancia F35
Poleo menta (Mentha pulegium)	Compatibilidad limitada	La pulegona es abortiva y tóxica hepática, renal y neurológica F36
Anís estrellado (Illicium verum)	Compatibilidad limitada	El anetol es neurotóxico y hay riesgo de contaminación con el anís estrellado japonés, muy tóxico F37
Regaliz	Compatibilidad limitada	Efecto estrogénico y antiprolactina: podría disminuir la producción de leche F38

Infusiones seguras en la lactancia: hierbabuena

¿Qué infusión digestiva de las siguientes recomendaría para la madre durante la lactancia atendiendo a su mejor perfil de seguridad?:

1. Hierbabuena.
2. Poleo Menta.
3. Anís Estrellado.
4. Regaliz.

Todas las preguntas del tema (35)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 88

P1 · respuesta en el solucionario

Según la Guía de enfermería obstétrica y ginecológica de Cotobal (2025), ¿qué recomendaciones se establecen para que una mujer en periodo de lactancia con mastitis aguda pueda continuar con la lactancia materna?:

1. No suspender la lactancia materna.
2. Suspender la lactancia inmediatamente para evitar la transmisión de la infección al bebé.
3. Alternar la lactancia con leche de fórmula para reducir la demanda sobre el pecho afectado.
4. Suspender la lactancia del pecho afectado y continuar solo con el sano.

EIR 2025 · 171

P2 · respuesta en el solucionario

En base a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ante una mujer que está amamantando y presenta ingurgitación mamaria, debemos recomendarle que:

1. Antes de comenzar la toma debe realizar una extracción manual de leche o calostro, para facilitar el agarre.
2. Antes de amamantar debe aplicarse hielo en el pecho, para evitar dolor al inicio de la toma.
3. Debe espaciar las tomas, para que el bebé realice un vaciado completo de la mama.
4. Debe evitar el contacto piel con piel continuado para disminuir la concentración de oxitocina segregada y disminuir así la producción de leche.

EIR 2025 · 170

P3 · respuesta en el solucionario

En el seguimiento que se debe efectuar sobre una mujer puérpera tras su alta hospitalaria, según la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Atención en el Embarazo y Puerperio, es cierto que:

1. Se sugiere que se concierte cita entre el séptimo y décimo día posparto en el centro de salud.
2. Se sugiere realizar una segunda consulta hacia el final de la cuarentena, sobre los dos meses posparto.
3. Se sugiere que en cada visita posparto se explore el estado emocional de las mujeres, su apoyo familiar y social, y las estrategias de afrontamiento.
4. Se sugiere que sea el médico de atención primaria quien coordine la actuación de los distintos profesionales que atienden a las madres y recién nacidos.

¿Cuál de las siguientes situaciones se considera un posible factor de riesgo para la Hemorragia Posparto?:

1. Anemia.
2. Oligoamnios.
3. Crecimiento Intrauterino Restringido (CIR).
4. Parto prolongado.

¿Qué infusión digestiva de las siguientes recomendaría para la madre durante la lactancia atendiendo a su mejor perfil de seguridad?:

1. Hierbabuena.
2. Poleo Menta.
3. Anís Estrellado.
4. Regaliz.

En referencia a la lactancia materna y la técnica de presión inversa suavizante (PIS), señale la respuesta correcta:

1. La presión inversa suavizante puede ayudar a favorecer el agarre cuando se producen grietas en el pezón.
2. El mejor momento para aplicar la PIS es inmediatamente después de terminar la toma.
3. La presión no debería causar dolor. Para evitar dolor o incomodidad, se debe aplicar menos presión durante intervalos más largos.
4. Esta técnica debe ser aplicada solamente por un profesional de la salud.

Señale de las siguientes, cuál es el método clínico estandarizado para evaluar el grado de anquilosis y su impacto en la lactancia materna:

1. Herramienta de Hazelbaker.
2. Escala de evaluación de la lactancia materna LATCH.
3. Test de Clements.
4. Escala de Bayley.

Cómo se denomina a la separación anormal de los músculos abdominales anteriores por distensión de las fascias que los mantienen unidos, producida en ocasiones tras un embarazo y parto:

1. Hernia inguinal.
2. Cistocele.
3. Díástasis de rectos abdominales.
4. Endometrioma.

De entre los problemas que aparecen en la lactancia, el fenómeno que consiste en una isquemia del pezón provocada por una disminución del flujo sanguíneo y que suele desencadenarse por el frío, que causa dolor intenso durante la toma y entre ellas, se conoce como:

1. Ingurgitación.
2. Síndrome de Raynaud.
3. Reflejo disfórico de eyección de leche.
4. Agitación por amamantamiento.

De las siguientes recomendaciones sobre lactancia materna en caso de ingurgitación mamaria, indique cuál tiene mayor grado de recomendación según la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

1. La acupuntura podría disminuir la necesidad de antibióticos y el desarrollo de absceso mamario frente a los cuidados habituales.
2. En caso de una ingurgitación muy importante, necesitaremos también disminuir el componente inflamatorio para permitir la salida de la leche administrando preferentemente derivados mórficos para tal fin.
3. Se recomienda aumentar la frecuencia de las tomas, además de descansar y realizar contacto piel con piel para favorecer la liberación de oxitocina.
4. La aplicación de hojas de repollo o col puede ser beneficiosas en esos casos, encontrándose mejoría en los síntomas.

Pregunta asociada a la imagen 1. ¿Cuál es la posición de lactancia que se muestra?:



1. Balón de Rugby.
2. Acunado clásico.
3. Sentada o caballito.
4. Reclinada.

Indique la opción INCORRECTA en relación con la Escala de Evaluación de Lactancia Materna (LATCH):

1. La puntuación LATCH del primer día está inversamente relacionada con la tasa de lactancia materna no exclusiva al alta en maternidad.
2. Cada ítem se puntúa de 0 a 2 de menos a más favorable.
3. Se distinguen 6 áreas de evaluación.
4. El pezón plano se puntúa con el valor de 1.

En cuanto a la relación entre el cáncer de mama y la lactancia materna como factor protector, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. El factor protector está ligado a la secreción de prolactina durante la lactancia.
2. El aumento de los niveles séricos de estrógenos en la lactancia disminuye la incidencia de cáncer de mama.
3. El retraso en el restablecimiento de la función ovárica dada en la lactancia, no tiene relación con la incidencia del cáncer de mama.
4. El riesgo de cáncer de mama se reduce un 4,3% por cada 12 meses de lactancia.

¿Cuál de los siguientes criterios según la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, le haría pensar que NO existe un buen inicio o instauración de la Lactancia Materna?:

1. La boca del lactante está bien abierta con el labio inferior evertido y ambos labios forman un ángulo de unos 120°.
2. Hay menos areola visible por debajo de la barbilla que por encima del pezón.
3. Hay sonidos de chupeteo por parte del recién nacido.
4. Una curva ponderal ascendente con una ganancia media de 20-35 gr/día a partir del cuarto día de nacimiento, asegura una ingesta adecuada.

Ante una ingurgitación mamaria de una madre lactante, señale la respuesta correcta en cuanto a las intervenciones de enfermería a realizar:

1. Se recomienda que antes de la toma, la madre con ingurgitación mamaria se aplique frío local, se masajee el pecho y realice una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho.
2. Se recomienda disminuir la frecuencia de las tomas.
3. Se aconseja descansar y realizar contacto piel con piel para favorecer la liberación de oxitocina.
4. Para aliviar las molestias se puede aplicar calor local entre las tomas.

Señale la afirmación INCORRECTA acerca de las recomendaciones sobre lactancia materna que aparecen en el documento: “Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna”. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017 perteneciente a las Guías de Práctica Clínica en SNS. :

1. Se sugiere el colecho en el hogar (en cama o en cuna sidecar) como una opción que puede ayudar a la madre a mantener la lactancia materna. Recomendación débil.
2. Se recomienda evitar siempre que sea posible el uso del chupete durante el primer mes para facilitar el buen inicio de la lactancia materna. Recomendación fuerte.
3. Se recomienda informar a las madres y familias del peligro que supone para la seguridad del lactante que el lactante permanezca solo en la cama de un adulto, en un sofá o en un sillón. Recomendación fuerte.
4. Se recomienda evitar la administración de suplementos si no existe indicación médica que lo justifique. Recomendación fuerte.

¿Qué parámetro NO indica un buen inicio e instauración de la lactancia materna?:

1. La barbilla del bebé toca el pecho y la nariz está libre.
2. Hay menos areola visible por debajo de la barbilla que por encima del pezón.
3. Se escuchan sonidos de chupeteo.
4. Ausencia de dolor en la madre.

La señora J.L.G., de grupo sanguíneo A Rh negativo, ha sido madre de dos mellizos uno de ellos 0 Rh positivo y el otro A Rh negativo). ¿Qué dosis de gammaglobulina anti-D debe ser administrada a esta paciente teniendo en cuenta que no recibió dosis profiláctica entre las semanas 28 y 30 de gestación?:

1. 900 microgramos.
2. 800 microgramos.
3. 600 microgramos.
4. 300 microgramos.

África es una madre primeriza de un recién nacido a término de 16 horas de vida, al acercarse a valorar una toma observa que el neonato arquea la espalda y se resiste a cogerse al pecho. África afirma que el niño llora en menos de una hora después de haber comido y que la situación le crea ansiedad. Con estos datos, indique el diagnóstico de enfermería que presenta:

1. Interrupción de la lactancia materna.
2. Riesgo de alternación de la diada materno/fetal.
3. Lactancia materna ineficaz.
4. Riesgo de proceso de maternidad ineficaz.

¿Cuál de las siguientes patologías se considera contraindicación ABSOLUTA para la lactancia materna?:

1. Virus de la Hepatitis C.
2. Infección por virus de la Leucemia Humana de células T (HTLV).
3. Tuberculosis activa.
4. Varicela.

La Hemorragia Puerperal o Hemorragia Posparto se define como:

1. La pérdida sanguínea de más de 250 ml de sangre tras un parto normal.
2. La pérdida sanguínea de más de 150 ml de sangre tras un parto normal.
3. La pérdida sanguínea de más de 500 ml de sangre tras un parto normal.
4. La pérdida sanguínea de más de 450 ml de sangre tras un parto normal.

Para el cuidado de las grietas del pezón durante la lactancia se recomienda:

1. Lavados con agua y jabón de pH neutro tras cada toma.
2. Extender unas gotas de leche y dejar secar al aire tras la tetada.
3. El uso de pomadas cicatrizantes.
4. Alcohol de 70° aplicado mediante gasas estériles entre tomas.
5. Aplicar frío entre las tomas.

C. S. que está embarazada de 40 semanas y contrae la rubeola, consulta con la enfermera sus dudas sobre si podrá dar lactancia materna al recién nacido. ¿Cuál será la respuesta de la enfermera?:

1. Está totalmente contraindicada.
2. Es compatible la enfermedad y también la vacunación con la lactancia.
3. Debe esperar hasta que el bebé tenga 15 días de vida.
4. Depende de la carga viral.
5. Se iniciará la lactancia materna 3 días después de poner la gammaglobulina al bebé.

Durante el puerperio aparece un exudado útero-vaginal denominado “loquios” que varían a lo largo del proceso. ¿Cómo se denominan cada uno de ellos?

1. Loquios rojos, loquios amarillos y loquios blancos.
2. Loquios rojos, loquios serosos y loquios blancos.
3. Loquios hemáticos, loquios serosos y loquios amarillos.
4. Loquios rojos, loquios blancos y loquios hemáticos.
5. Loquios sanguinolentos, loquios acuosos y loquios blancos.

Después de un parto vaginal normal de baja intervención, en una mujer sana con un recién nacido sano, ¿cuál es el mejor momento para iniciar la lactancia materna?

1. Después del nacimiento, pues es el momento de reconocimiento madre-hijo.
2. Después de los primeros cuidados inmediatos del recién nacido de higiene, identificación y prevención, si este está estable.
3. Después del alumbramiento y de la finalización de los cuidados de parto, pues antes la mujer no está en condiciones de atender a su hijo.
4. Después de las primeras dos horas del parto que requieren extrema vigilancia de la mujer por el riesgo de hemorragia postparto.
5. Después de llegar a planta, pues coincide con el segundo periodo de reactividad del bebé y las mejores condiciones de la mujer para poder interaccionar con su hijo.

Al valorar la postura que mantiene el bebé mamando, ¿cuál de los siguientes signos indican que NO es correcta la posición y agarre del bebé al pecho?

1. El mentón toca el pecho.
2. La boca está muy abierta.
3. Labios evertidos.
4. Nariz muy pegada al pecho.
5. Más areola visible por encima de la boca.

El gasto cardíaco (CG) aumenta entre el 40 y el 50% durante el embarazo. ¿Cuándo vuelve a valores normales?

1. Una semana antes del parto.
2. Durante el trabajo del parto.
3. Siete a diez días después del parto.
4. Al final del puerperio.
5. Al finalizar la lactancia.

Reva Rubin identifica la conducta materna después del parto en tres etapas:

1. Aceptación, Apoyo y Abandono.
2. Aceptación, Negación y Encuentro.
3. Negación, Afirmación y Dependencia.
4. Afianzamiento, Afirmación y Apoyo.
5. Afrontamiento, Dependencia y Ayuda.

La pérdida hemática que se produce en el puerperio se denomina:

1. Spotting.
2. Polimenorrea.
3. Dismenorrea.
4. Hipermenorrea.
5. Loquios.

Atiende a una mujer que hace 8 horas que ha dado a luz y que refiere dolor cuando coloca el bebé al pecho. ¿Qué significa este dato?:

1. Que ha empezado muy pronto la lactancia materna, ya que hasta las 12 horas del parto no se da la subida del calostro, por lo que poner el bebé al pecho tan pronto le hace daño.
2. Que ha empezado muy pronto la lactancia materna, ya que hasta las 48 horas del parto no se da la subida de la leche, por lo que poner el bebé al pecho tan pronto le hace daño.
3. Que ha empezado adecuadamente la lactancia materna, pero la madre no tiene pezones o los tiene invertidos y el bebé le hace daño en su intento de succión.
4. Que ha empezado adecuadamente la lactancia materna, pero cómo en algunas mujeres el calostro no sube hasta las doce horas, ella no debe de tener subida y la succión del bebé le hace daño.
5. Que ha empezado adecuadamente la lactancia materna, pero el dolor indica que la técnica de amamantamiento no es buena.

Para garantizar el éxito de la lactancia materna, deben llevarse a cabo las siguientes medidas EXCEPTO:

1. Poner al recién nacido al pecho después del parto lo antes posible.
2. Fomentar la lactancia a demanda del niño sin establecer horarios.
3. No limitar la duración de la mamada.
4. Comprobar cómo realiza la madre la técnica de la lactancia.
5. Ofrecer suplementos, sólo si se observa que el lactante se queda con hambre después de las tomas.

La hormona oxitocina es la responsable del transporte de la leche desde los alvéolos, a través de los conductos galactóforos, hasta los senos lactíferos, ¿qué estímulo genera la secreción de oxitocina?:

1. El llanto del lactante.
2. La succión de la mama.
3. El vaciamiento de la mama.
4. La excitación sexual.
5. Las contracciones uterinas puerperales conocidas como entuertos.

Una temperatura corporal de 38°C en una mujer en las 24 horas inmediatas al parto indica:

1. Una reacción normal a los efectos de parto.
2. Infección puerperal.
3. Deshidratación grave.
4. Que se debe aislar al lactante de la madre.
5. Sepsis.

Un fenómeno que se produce como consecuencia de la práctica de la lactancia materna es que:

1. Ha aumentado con la modernización y la urbanización.
2. Reduce la mortalidad infantil, pero es perjudicial para la salud de las mujeres.
3. No es apropiada para los recién nacidos de alto riesgo.
4. Reduce la mortalidad infantil y proporciona una nutrición óptima.
5. Actualmente se recomienda la alimentación mixta, alternando el amamantamiento con otros alimentos líquidos.

Es importante instruir a la madre sobre su cuidado personal para prevenir o reducir el riesgo de mastitis. Una instrucción inadecuada sería:

1. Vaciar completamente los senos.
2. Cambiar al niño de posición para variar los puntos de presión sobre el pezón.
3. Suspender el amamantamiento cuando los senos duelen.
4. Interrumpir la succión del recién nacido antes de retirarlo del pecho.
5. Tomar abundantes líquidos.

Preguntas que también podrían ser de este tema (6)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 205

P36 · respuesta en el solucionario

¿Cómo se denomina la presencia de pezones supernumerarios situados por debajo de la mama?:

1. Mastodinia.
2. Telorrea.
3. Polimastia.
4. Politelia.

EIR 2025 · 161

P37 · respuesta en el solucionario

Dentro de las recomendaciones para realizar el contacto piel con piel precoz tras el parto, se encuentran todas EXCEPTO:

1. Se recomienda secar cabeza y espalda, pero no las manos.
2. Se recomienda ponerle un gorro y cubrirle con una manta precalentada.
3. Se recomienda que el bebé esté en decúbito prono sobre el abdomen materno, con la cabeza ladeada.
4. Se recomienda que tenga una duración máxima de 60 minutos.

EIR 2024 · 67

P38 · respuesta en el solucionario

¿Qué fármaco es compatible y/o presenta un riesgo muy bajo perfectamente asumible con la lactancia materna?:

1. Atenolol.
2. Doxepina hidrocloreuro.
3. Cabergolina.
4. Esomeprazol.

EIR 2024 · 48

P39 · respuesta en el solucionario

Indique cuál de las siguientes es la tendinopatía más frecuente en las mujeres postparto, debido a la posición específica de la mano y muñeca que requiere el cuidado de un lactante:

1. Tendinopatía del bíceps.
2. Tenosinovitis de De Quervain.
3. Tendinopatía aquilea.
4. Enfermedad Dupuytren.

Señale la opción correcta de las siguientes recomendaciones en relación a la COVID-19 y la gestación:

1. Los cambios fisiológicos del embarazo, hacen a la gestante menos susceptible a la COVID-19.
2. La infección por COVID-19 en la mujer embarazada no modifica el riesgo tromboembólico.
3. La base de datos española Red Covid-19 SEGO, muestra que no podría plantearse relación entre el cuadro agudo infeccioso o inflamatorio y el parto prematuro.
4. La OMS recomienda la lactancia exclusiva los primeros 6 meses de vida, incluso en el caso de que la madre presente la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

La gestante ARH acude a consulta ya que el especialista le ha enviado a la consulta de inmunología del embarazo del hospital de referencia para saber si es necesario la administración de la gamma globulina anti-D. La administración de la gamma globulina anti-D debe ser administrada:

1. En mujeres Rh positivo, en las 72 horas postparto si el recién nacido presenta el Rh positivo.
2. En mujeres Rh positivo, en las 72 horas postparto si el recién nacido presenta el Rh negativo.
3. En mujeres Rh negativo, en las 72 horas post-parto si el recién nacido presenta el Rh positivo.
4. En mujeres Rh negativo, en las 72 horas post-parto si el recién nacido presenta el Rh negativo.

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 88	1	
P2	EIR 2025 · 171	1	
P3	EIR 2025 · 170	3	
P4	EIR 2025 · 162	4	
P5	EIR 2025 · 116	1	
P6	EIR 2024 · 46	3	
P7	EIR 2024 · 39	1	
P8	EIR 2023 · 180	3	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2023 · 179	2	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2022 · 90	3	
P11	EIR 2022 · 1	1	
P12	EIR 2021 · 57	3	
P13	EIR 2020 · 102	4	
P14	EIR 2020 · 101	3	
P15	EIR 2019 · 233	3	hoja del archivo oficial
P16	EIR 2019 · 71	2	hoja del archivo oficial
P17	EIR 2018 · 207	3	hoja del archivo oficial
P18	EIR 2018 · 140	4	hoja del archivo oficial
P19	EIR 2016 · 181	3	hoja del archivo oficial
P20	EIR 2016 · 152	2	hoja del archivo oficial
P21	EIR 2016 · 151	3	hoja del archivo oficial
P22	EIR 2015 · 165	2	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2015 · 159	2	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2014 · 185	2	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2014 · 143	1	reconstruida por un tercero

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2014 · 141	4	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2014 · 140	3	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2014 · 139	1	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2013 · 133	5	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2013 · 131	5	reconstruida por un tercero
P31	EIR 2007 · 80	5	reconstruida por un tercero
P32	EIR 2007 · 78	2	reconstruida por un tercero
P33	EIR 2006 · 81	1	reconstruida por un tercero
P34	EIR 2006 · 80	4	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2004 · 9	3	reconstruida por un tercero
P36	EIR 2026 · 205	4	
P37	EIR 2025 · 161	4	
P38	EIR 2024 · 67	4	
P39	EIR 2024 · 48	2	
P40	EIR 2022 · 86	4	
P41	EIR 2017 · 206	3	

Fuentes

- **F1** Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). 2017. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf · consultada 2026-09-26
- **F2** 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. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; AETSA. 2014. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf · consultada 2026-09-26
- **F3** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolos SEGO: Hemorragia posparto precoz. Prog Obstet Ginecol. 2008;51(8):497-505. · <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-download-S0304501308723215> · consultada 2026-09-26
- **F4** Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2012. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (captura de 26/04/2023), porque la web oficial no sirve el PDF a la lectura automática. · https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf · consultada 2026-09-26
- **F5** Sanghavi M, Rutherford JD. Cardiovascular physiology of pregnancy. Circulation. 2014;130(12):1003-8. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (captura de 10/04/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.009029> · consultada 2026-09-26
- **F6** MedlinePlus (Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.). Alta tras un parto vaginal. Enciclopedia médica, versión vigente. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000628.htm> · consultada 2026-09-26
- **F7** Oppenheimer LW, Sherriff EA, Goodman JD, Shah D, James CE. The duration of lochia. Br J Obstet Gynaecol. 1986;93(7):754-7 (resumen en PubMed). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3755355/> · consultada 2026-09-26
- **F8** Attrill B. The assumption of the maternal role: a developmental process. Aust J Midwifery. 2002;15(1):21-5 (resumen). · [https://doi.org/10.1016/s1445-4386\(02\)80019-2](https://doi.org/10.1016/s1445-4386(02)80019-2) · consultada 2026-09-26
- **F9** Martell LK. Is Rubin's "taking-in" and "taking-hold" a useful paradigm? Health Care Women Int. 1996;17(1):1-13 (resumen). · <https://doi.org/10.1080/07399339609516215> · consultada 2026-09-26
- **F10** Du Y, et al. Diastasis recti abdominis: a comprehensive review. Hernia. 2025;29(1):222 (resumen). · <https://doi.org/10.1007/s10029-025-03417-5> · consultada 2026-09-26
- **F11** Ferraro E, et al. De Quervain's Tenosynovitis in Primary Caregivers. WMJ. 2023;122(2):110-113 (resumen en PubMed). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37141474/> · consultada 2026-09-26
- **F12** Crowley WR. Neuroendocrine regulation of lactation and milk production. Compr Physiol. 2015;5(1):255-91 (resumen). · <https://doi.org/10.1002/cphy.c140029> · consultada 2026-09-26
- **F13** Organización Mundial de la Salud. Infant and young child feeding. Nota descriptiva, 4 de agosto de 2026. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> · consultada 2026-09-26
- **F14** Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries. Lancet. 2002;360(9328):187-95. · [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09454-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09454-0) · consultada 2026-09-26

- **F15** Organización Mundial de la Salud. Ten steps to successful breastfeeding (revisión de 2018). · <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding> · consultada 2026-09-26
- **F16** Organización Mundial de la Salud. Coronavirus disease (COVID-19): Breastfeeding. Preguntas y respuestas, versión vigente. · <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-breastfeeding> · consultada 2026-09-26
- **F17** Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Posición en balón de rugby o posición invertida. Versión vigente. · <https://lactanciamaterna.aeped.es/contenido-app/posicion-en-balon-de-rugby-o-posicion-invertida/> · consultada 2026-09-26
- **F18** Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1994;23(1):27-32 (resumen). · <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847.x> · consultada 2026-09-26
- **F19** Organización Mundial de la Salud, FIGO e ICM. Global health agencies issue new recommendations to help end deaths from postpartum haemorrhage (presentación de las Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage). 5 de octubre de 2025. · <https://www.who.int/news/item/05-10-2025-global-health-agencies-issue-new-recommendations-to-help-end-deaths-from-postpartum-haemorrhage> · consultada 2026-09-26
- **F20** Tornese G, Ronfani L, Pavan C, Demarini S, Monasta L, Davanzo R. Does the LATCH score assessed in the first 24 hours after delivery predict non-exclusive breastfeeding at hospital discharge? Breastfeed Med. 2012;7(6):423-30 (resumen). · <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0120> · consultada 2026-09-26
- **F21** Cotterman KJ. Reverse pressure softening: a simple tool to prepare areola for easier latching during engorgement. J Hum Lact. 2004;20(2):227-37 (resumen). · <https://doi.org/10.1177/0890334404264224> · consultada 2026-09-26
- **F22** Mitchell KB, Johnson HM, Rodríguez JM, et al.; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. Breastfeed Med. 2022;17(5):360-376. · <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29207.kbm> · consultada 2026-09-26
- **F23** Anderson JE, Held N, Wright K. Raynaud's phenomenon of the nipple: a treatable cause of painful breastfeeding. Pediatrics. 2004;113(4):e360-4 (resumen). · <https://doi.org/10.1542/peds.113.4.e360> · consultada 2026-09-26
- **F24** Amir LH, James JP, Donath SM. Reliability of the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. Int Breastfeed J. 2006;1:3. · <https://doi.org/10.1186/1746-4358-1-3> · consultada 2026-09-26
- **F25** Galli-Tsinopoulou A, Krohn C, Schmidt H. Familial polythelia over three generations with polymastia in the youngest girl. Eur J Pediatr. 2001;160(6):375-7 (resumen). · <https://doi.org/10.1007/s004310100737> · consultada 2026-09-26
- **F26** Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Contraindicaciones de la lactancia materna. Versión vigente. · <https://lactanciamaterna.aeped.es/contenido-app/contraindicaciones-de-la-lactancia-materna/> · consultada 2026-09-26
- **F27** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Contraindications to Breastfeeding or Feeding Expressed Breast Milk to Infants. Versión vigente. · <https://www.cdc.gov/breastfeeding-special-circumstances/hcp/contraindications/index.html> · consultada 2026-09-26
- **F28** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). General Best Practice Guidelines for Immunization: Special Situations. Versión vigente. · <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-best-practices/special-situations.html> · consultada 2026-09-26

- **F29** APILAM. e-lactancia.org: Vacuna de la rubeola. Versión vigente. · <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/rubella-vaccine/product/> · consultada 2026-09-26
- **F30** APILAM. e-lactancia.org: Esomeprazol (y leyenda de niveles de riesgo). Versión vigente. · <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/esomeprazole/product/> · consultada 2026-09-26
- **F31** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hepatitis B or C Infections and breastfeeding. Versión vigente. · <https://www.cdc.gov/breastfeeding-special-circumstances/hcp/illnesses-conditions/hepatitis-b-c.html> · consultada 2026-09-26
- **F32** APILAM. e-lactancia.org: Atenolol. Versión vigente. · <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/atenolol/product/> · consultada 2026-09-26
- **F33** APILAM. e-lactancia.org: Doxepina hidrocloreto. Versión vigente. · <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/doxepin-hydrochloride/product/> · consultada 2026-09-26
- **F34** APILAM. e-lactancia.org: Cabergolina. Versión vigente. · <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/cabergoline/product/> · consultada 2026-09-26
- **F35** APILAM. e-lactancia.org: Hierbabuena (*Mentha spicata*). Versión vigente. · <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/spearmint/product/> · consultada 2026-09-26
- **F36** APILAM. e-lactancia.org: Poleo (*Mentha pulegium*). Versión vigente. · <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/pennyroyal/product/> · consultada 2026-09-26
- **F37** APILAM. e-lactancia.org: Anís estrellado (*Illicium verum*). Versión vigente. · <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/star-anise/product/> · consultada 2026-09-26
- **F38** APILAM. e-lactancia.org: Regaliz. Versión vigente. · <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/licuorice/product/> · consultada 2026-09-26
- **F39** Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. 2022. ISBN 978-92-4-004598-9. Licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO. · <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989> · consultada 2026-09-28
- **F40** Giles A, Prusinski R, Wallace L. Maternal Newborn Nursing. OpenStax (Rice University); 2024. Apartado 20.1, Physiologic Changes during the Postpartum Period. Licencia CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/maternal-newborn-nursing/pages/20-1-physiologic-changes-during-the-postpartum-period> · consultada 2026-09-28
- **F41** MedlinePlus (Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.). Depresión posparto. Enciclopedia médica, última revisión 17/07/2024. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007215.htm> · consultada 2026-09-28
- **F42** Organización Mundial de la Salud, FIGO e ICM. Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage. 2025. ISBN 978-92-4-011563-7. Licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO. · <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115637> · consultada 2026-09-28
- **F43** Brogly N, González Junyent C, Guasch Arévalo E, Mingot Castellano ME, Suy Franch A (coords.). Guía multidisciplinaria para el manejo de la hemorragia posparto. Con el aval de SEDAR, SEGO, SETH y SERVEI. 2025. ISBN 979-13-991128-0-1. · https://www.sedar.es/images/images/GUIAS/2025-GUIA_HPP-MULTIDISCIPLINAR_MANEJO-HEMORRAGIA-POSPARTO-Interactivo.pdf · consultada 2026-09-28
- **F44** Alvarenga SC, Castro DS, Leite FMC, Garcia TR, Brandão MAG, Primo CC. Critical defining characteristics for nursing diagnosis about ineffective breastfeeding. Rev Bras Enferm. 2018;71(2):314-21 (texto completo en acceso abierto, CC BY). · <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0549> · consultada 2026-09-28
- **F45** APILAM. e-lactancia.org: Rubeola materna. Última actualización 30/12/2020. · <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/maternal-rubella/product/> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- EIR2014-140 (el gasto cardíaco vuelve a valores normales a los 7-10 días del parto, respuesta reconstruida por un tercero): ninguna fuente válida da esa cifra. La revisión de Circulation (2014) dice que a las 2 semanas la hemodinámica ha vuelto «en gran medida» a la normalidad y que a las 16 semanas el gasto cardíaco estaba en el nivel previo a la concepción; buscado de nuevo el 28/09/2026 (StatPearls solo aparece por la ruta /sites/books/, que no vale; el resto son webs de estudio). La cifra solo salía de la clave, así que se quita el recuadro que la daba y la pregunta deja de intercalarse.
- EIR2014-139 (fases de Rubin como «aceptación, apoyo y abandono»): esa traducción solo sale del examen. Buscado el 28/09/2026 en revistas y fuentes en español: solo aparece en webs de apuntes y de academias (tareassuniversitarias, Studocu), que no valen; las fuentes válidas dan los nombres en inglés (taking-in, taking-hold, letting-go). Se quita la tabla y la regla mnemotécnica con la traducción y la pregunta deja de intercalarse.
- Guía de enfermería obstétrica y ginecológica de Cotobal (Elsevier, 2025), citada en EIR2026-088: libro de pago; buscado el 28/09/2026, la tienda de Elsevier no ofrece muestra y la vista de Google Libros no vale. La recomendación se apoya en la GPC del SNS y en el protocolo ABM #36.