

EMBARAZO Y PUERPERIO

CLAVES PARA UNA ATENCIÓN SEGURA, RESPETUOSA Y DE CALIDAD

Charo Quintana
Servicio Obstetricia y Ginecología
Hospital Sierrallana. Cantabria

TODO COMENZÓ CON...

La movilización de grupos de mujeres



Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Cuidados desde el nacimiento

Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas

POLÍTICA SOCIAL

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

POLÍTICA SOCIAL

Maternidad Hospitalaria

Estándares y Recomendaciones

FORMAS, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Plan de Parto y Nacimiento

Estrategia de Atención al Parto Normal

Elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

Comisión de Salud de las Mujeres

La asistencia al parto de las mujeres sanas. Estudio de variabilidad y revisión sistemática

Labour care in healthy women. Study of variability and systematic review

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

avallat

Atención al Parto Normal

Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares



n sana
durante un
s y familias



E



n sanitaria y

de acuerdo con las necesidades
y deseos de cada mujer.



Se trata de ofrecer una
N DE

ficas, que contribuya a
capacitar a las mujeres para tomar decisiones

n maternal y
paternal, ofreciendo apoyo continuado y por
profesionales expertos



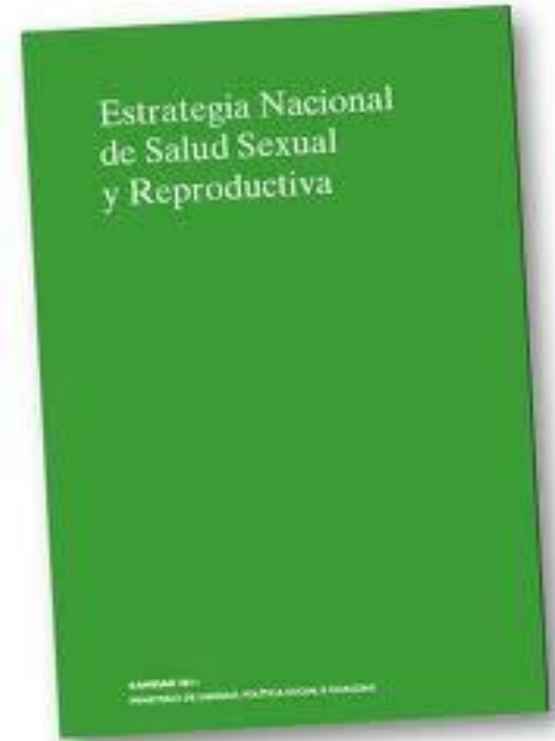
El puerperio requiere n sanitaria de calidad que ayude a las mujeres a vivir este **COMPLEJO PROCESO** de manera serena y satisfactoria.

Debe explorarse

gicos, el establecimiento nculo, la lactancia y el apoyo que recibe de la pareja.
Y facilitarse información y apoyo

GUÍA PARA LA ATENCIÓN AL EMBARAZO Y PUERPERIO NORMAL

ENCARGO DEL MINISTERIO A LA
AGENCIA DE EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS SANITARIAS DE
ANDALUCÍA Y AL CENTRO COCHRANE
IBEROAMERICANO



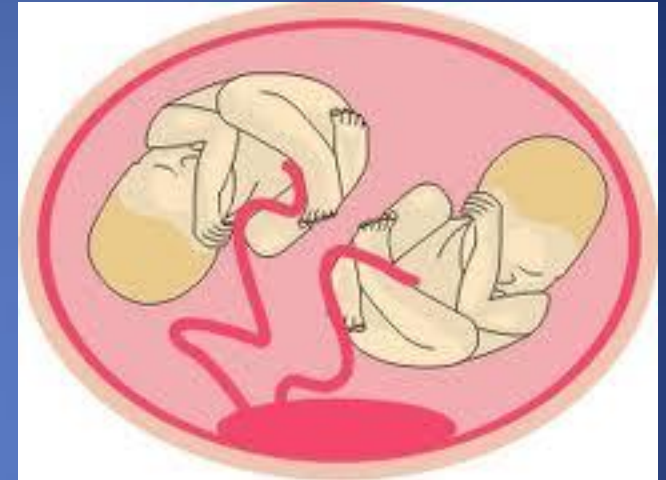
¿QUÉ ES LA GUÍA ?

Un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible sobre la atención al embarazo y el puerperio



¿CÚAL ES EL ALCANCE DE LA GUÍA ?

La atención de la mujer sana
con un embarazo y puerperio
sin complicaciones
No aporta información sobre
situaciones que requieran de
cuidados adicionales



83 PREGUNTAS CLÍNICAS



GUÍA PARA LA ATENCIÓN AL EMBARAZO Y PUERPERIO NORMAL



CONSULTA PRECONCEPCIONAL
ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO
VACUNAS
ESTILOS DE VIDA
SUPLEMENTACIÓN FARMACOLÓGICA
MEDICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO
PROBLEMAS FRECUENTES EN EL EMBARAZO
PRESENTACIÓN PODÁLICA
GESTACIÓN A PARTIR DE LA 41 SEMANA
PREPARACIÓN AL PARTO Y NACIMIENTO
ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO
ALTA HOSPITALARIA Y CONSEJOS
VISITAS DE CONTROL
PROBLEMAS FRECUENTES EN EL PUERPERIO
ANTICONCEPCIÓN
SALUD MENTAL EN EL PUERPERIO
LACTANCIA

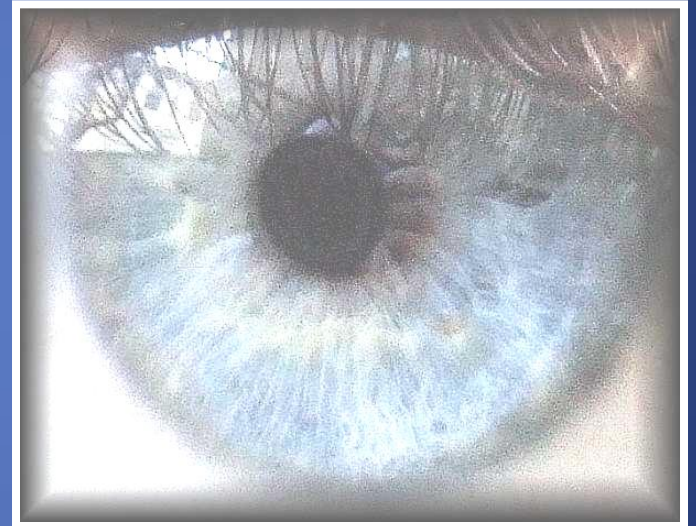


METODOLOGÍA SISTEMÁTICA

Búsqueda y selección de la
literatura

Evaluación de la calidad y
síntesis de la evidencia
científica

Formulación de
recomendaciones y
graduación de la fuerza de
las recomendaciones: Fuerte,
Débil, √



Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de
Salud. Manual Metodológico. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007

GRADUACIÓN DE LA FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES (SISTEMA GRADE)

Balance entre beneficios y riesgos
Calidad de la evidencia científica
Valores y preferencias
Coste



Fuerte a favor: Los efectos beneficiosos superan a los perjudiciales

Fuerte en contra: Los efectos perjudiciales superan a los beneficios.
SE RECOMIENDA

Débil a favor: Los efectos beneficiosos probablemente superan los perjudiciales

Débil en contra: Los efectos adversos probablemente superan a los beneficios

SE SUGIERE

GRADUACIÓN DE LA FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES



Buena Práctica

Para las intervenciones de las que no se dispone de evidencia y sobre las que el grupo elaborador quiere formular recomendaciones basadas en la experiencia clínica y el consenso del grupo

¿QUÉ NOS DICE LA
ESTRATEGIA Y NOS
CONFIRMA LA GPC?



Se sugiere un programa de seguimiento de entre 6 y 9 visitas en mujeres de bajo riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo

D



No se observaron diferencias significativas en relación a la mortalidad materna, a las enfermedades hipertensivas, la prematuridad o el número de neonatos pequeños para la edad gestacional entre los programas de atención prenatal con visitas reducidas (4-9 visitas) frente a la atención prenatal estándar (13-14 visitas).

stica, en la mortalidad perinatal en el grupo de visitas reducidas.

Las mujeres estuvieron menos satisfechas con el programa de visitas reducidas.



SUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDO FÓLICO

F

En las mujeres con antecedentes de defectos del tubo neural,

lico.

Goh YI, Bollano E, Einarson TR, Koren G. Prenatal multivitamin supplementation and rates of congenital anomalies: a meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28:680-9.

a-Rosas JP. Effects and safety of periconceptual folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD007950. DOI: 10.1002/14651858.CD007950.pub2.



Se recomienda calcular el IMC en la primera visita prenatal para identificar a aquellas mujeres que requieran un seguimiento de la ganancia de peso durante el embarazo **F**

Se sugiere individualizar la valoración del peso durante el embarazo, evitando pesar rutinariamente en todas las visitas prenatales **✓**

Crane JM, White J, Murphy P, Burrage L, Hutchens D. The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31(1):28-35.

Rode L, Hegaard HK, Kjaergaard H, Møller LF, Tabor A, Ottesen B. Association between maternal weight gain and birth weight. *Obstet Gynecol.* 2007;109(6):1309-15.

Siega-Riz AM, Adair LS, Hobel CJ. Maternal underweight status and inadequate rate of weight gain during the third trimester of pregnancy increases the risk of preterm delivery. *J Nutr.* 1996;126(1):146-53.

Syngelaki A, Bredaki FE, Vaikousi E, Maiz N, Nicolaides KH. Body mass index at 11-13 weeks' gestation and pregnancy complications. *Fetal Diagn Ther.* 2011;30(4):250-65.



D

Se sugiere **NO REALIZAR** de forma rutinaria una exploración mamaria, ni pélvica, ni tactos vaginales antes del término, ni citologías cervicales (a menos que hayan transcurrido más de 5 años desde el último cribado)



D

n

por toxoplasma a toda mujer gestante.

Considerando aspectos como la baja prevalencia de la toxoplasmosis en gestantes, la escasa eficacia de los tratamientos disponibles para esta enfermedad y la yatrogenía (amniocentesis) que podría derivarse en los casos en los que el cribado fuera positivo.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal Care: routine care for the healthy pregnant woman. London (UK): NICE 2008

McLeod R, Kieffer F, Sautter M et al. Why prevent, diagnose and treat congenital toxoplasmosis? Mem Inst Oswaldo Cruz. 2009;104(2):320-44.

McLeod R, Boyer KM, Lee D et al. Prematurity and Severity Are Associated With Toxoplasma gondii Alleles (NCCCTS, 1981-2009). Clin Infect Dis. 2012;54(11):1595-1605.

Montoya JG, Remington JS. Management of Toxoplasma gondii infection during pregnancy. Clin Infect Dis. 2008;47(4):554-66.



n por Toxoplasma.



F

Se recomienda ofrecer un cribado de la enfermedad de Chagas en la primera visita a todas aquellas mujeres originarias de latinoamérica (con excepción del Caribe) o que han permanecido un tiempo en una zona endémica

Carlier Y, Torrico F, Sosa-Estani S, Russomando G, Luquetti A, Freilij H, Albajar Vinas P. Congenital Chagas disease: recommendations for diagnosis, treatment and control of newborns, siblings and pregnant women. PLoS Negl Trop Dis. 2011;5(10):e1250.

s R. Prevalence of Trypanosoma cruzi infection in pregnant Latin American women and congenital transmission rate in a non-endemic area: the experience of the Valencian Health Programme (Spain). Epidemiol Infect. 2011 Dec 1:1-8.



F

Se recomienda NO REALIZAR el cribado de citomegalovirus

Se desaconseja el cribado del citomegalovirus ante la ausencia de una vacuna eficaz, carecer de anticuerpos maternos y anticuerpos propios, o anticuerpos propios en hijos de mujeres inmunes

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal Care: routine care for the healthy pregnant woman. London (UK): NICE 2008

Carlson A, Norwitz ER, Stiller RJ. Cytomegalovirus infection in pregnancy: should all women be screened? *Rev Obstet Gynecol.* 2010;3(4):172-9.
Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cytomegalovirus (CMV) and congenital CMV infection: Testing and Diagnosis of CMV Infection. <http://www.cdc.gov/cmV/testing-diagnosis.html> Updated December 6, 2010 (consultado 7-8-2012).



Se recomienda **NO REALIZAR** el cribado de hepatitis C **F**

Se desaconseja el cribado ante la ausencia de una vacuna eficaz, carecer de inmunidad vertical del virus y estar el tratamiento contraindicado. Además se desconocen las implicaciones para el RN de la transmisión vertical

Se sugiere el cribado en mujeres en

del VHC **✓**

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal Care: routine care for the healthy pregnant woman. London (UK): NICE 2008

SEIMC (SEIMC): Control de Calidad SEIMC, 2003.

<http://www.seimc.org/control/revisiones/serologia/Serogest.pdf> (consultado 7-8-2012)

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Routine prenatal care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2010.



Se sugiere que se valoren los siguientes factores de riesgo de diabetes gestacional durante las primeras visitas del embarazo: $IMC \geq 30$ kg/m², antecedentes de hijos macrosómicos con peso al nacer $>4,5$ Kg, antecedentes de diabetes gestacional, o antecedentes familiares de primer grado de diabetes.

En las mujeres en las que se identifique cualquiera de estos factores de riesgo se sugiere n.

No hay suficiente evidencia sobre beneficios y riesgos del cribado de diabetes gestacional, por lo que el Grupo de Trabajo decidió basar sus recomendaciones en las consideraciones de la NICE y las recomendaciones del Grupo Español de Diabetes y Embarazo

PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO



D



Se sugiere ofrecer la posibilidad de elaborar un plan de parto

Se ha demostrado en un ECA que p
n de control sobre el parto

- Bailey JM, Crane P, Nugent CE. Childbirth education and birth plans. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008;35(3):497-509
- Deering SH, Zaret J, McGaha K, Satin AJ. Patients presenting with birth plans: a case-control study of delivery outcomes. *J Reprod Med.* 2007;52(10):884-7.
- Hadar E, Raban O, Gal B, Yogev Y, Melamed N. Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012 Apr 21. [Epub ahead of print; PMID 22489709]
- Kuo SC, Lin KC, Hsu CH, Yang CC, Chang MY, Tsao CM, Lin LC. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(7):806-14.
- Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35(2):295-303.

ECOGRAFÍAS



Se recomienda la realización rutinaria de dos ecografías (11-13+6 y 20 semanas) **F**

Se sugiere no realizar una ecografía rutinaria durante el tercer trimestre de embarazo **D**



DESPISTAJE DE CROMOSOMOPATIAS

Se recomienda un test combinado entre las semanas 11 y 13+6 **F**

Test cuádruple entre las 14 y 17 semanas a las gestantes a las que no se les ha podido realizar el test combinado del primer trimestre **F**

Wald NJ, Rodeck C, Hackshaw AK, Walters J, Chitty L, Mackinson AM. First and second trimester antenatal screening for Down's syndrome: the results of the Serum, Urine and Ultrasound Screening Study (SURUSS). *J Med Screen.* 2003;10(2):56-104.

Wald NJ, Bestwick JP, Morris JK. Cross-trimester marker ratios in prenatal screening for Down syndrome. *Prenat Diagn.* 2006 Jun;26(6):514-23.

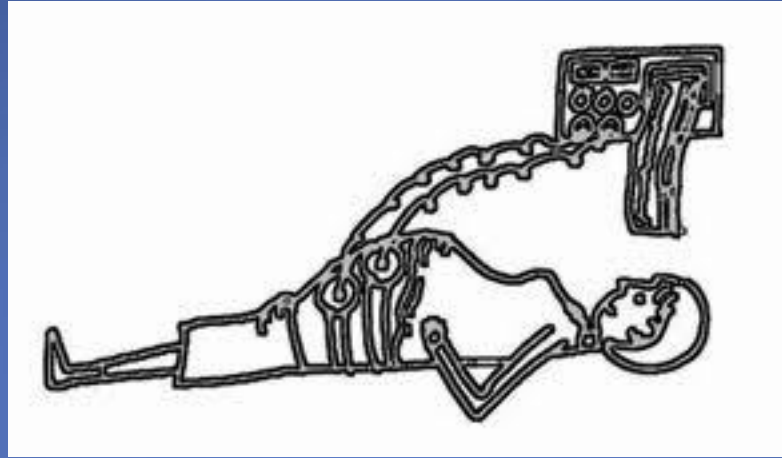
Wald NJ, Rudnicka AR, Bestwick JP. Sequential and contingent prenatal screening for Down syndrome. *Prenat Diagn.* 2006 Sep;26(9):769-77.

Nicolaides KH, Spencer K, Avgidou K, Faiola S, Falcon O. Multicenter study of first-trimester screening for trisomy 21 in 75 821 pregnancies: results and estimation of the potential impact of individual risk-orientated two-stage first-trimester screening. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;25(3):221-6.

Malone FD, Canick JA, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, Bukowski R, Berkowitz RL, Gross SJ, Dugoff L, Craigo SD, Timor-Tritsch IE, Carr SR, Wolfe HM, Dukes K, Bianchi DW, Rudnicka AR, Hackshaw AK, Lambert-Messerlian G, Wald NJ, D'Alton ME; First- and Second-Trimester Evaluation of Risk (FASTER) Research Consortium. First-trimester or second-trimester screening, or both, for Down's syndrome. *N Engl J Med.* 2005;353(19):2001-11.

nez-Astorquiza. Preguntas clave, respuestas concretas en medicina materno-fetal. Tomo 1: embarazo, parto y puerperio normales. Madrid: Wolters Kluwer Pharma Solutions , 2011.

CARDIOTOCOGRAFÍA



D

Se sugiere no realizar monitorización
antes de la 40 semana

COLECHO



D

Se sugiere que en el hospital el recién nacido duerma en una cuna adosada a la cama de la madre

Ball 2006-Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, Leech SJ, Brown KA. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. Arch Dis Child.2006;91:1005-10.

¿QUÉ AÑADE LA GPC?





Se recomienda que los cuidados prenatales sean proporcionados principalmente por matronas con la participación del médico/a de familia y el resto de los profesionales sanitarios de AP y el apoyo de la unidad obstétrica

F

- Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Villar J. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. WHO Antenatal Care Trial Research Group. Paediatr Perinat Epidemiol. 1998;12 Suppl 2:7-26.
- Villar J, Ba'aquel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Belzian JM, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. Lancet. 2001;357:1551-64.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008.

SUPLEMENTACIÓN DE YODO PRECONCEPCIONAL

En mujeres que planifican su embarazo se sugiere el consumo de sal yodada y no administrar de manera sistemática una suplementación con yodo



No se dispone de evidencia sobre la eficacia y la seguridad del tratamiento con yodo previo a la concepción

Gardiner PM, Nelson L, Shellhaas CS, Dunlop AL, Long R, Andrist S, et al. The clinical content of preconception care: nutrition and dietary supplements. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199(6 Suppl 2):S345-56.

SUPLEMENTACIÓN DE YODO DURANTE EL EMBARAZO

Se sugiere la suplementación con yoduro potásico a dosis de 200 mcg/día en las mujeres que no consumen las cantidades recomendadas de yodo en su dieta (3 raciones de leche o derivados lácteos + 2g de sal yodada)



Es

D

an padeciendo de forma secular.

n de sal yodada y, sobre todo, al aumento del contenido de yodo en la leche de vaca

yodoprofilaxis con sal. Endocrinol Nutr 2004;51:492-6.

os de zcoa. An Pediatr (Barc) 2012;76:65-68.

s Vasco. Endocrinol Nutr. 2012;59:474-484.

Soriguer F, Gutierrez-Repiso C, Gonzalez-Romero S, Olveira G, Garriga MJ, Velasco I, Santiago P, de Escobar GM, Garcia-Fuentes E; Iodine Deficiency Disorders Group of Spanish Society of Endocrinology and Nutrition. Iodine concentration in cow's milk and its relation with urinary iodine concentrations in the population. Clin Nutr. 2011;30:44-



SUPLEMENTACIÓN CON MULTIVITAMÍNICOS

En mujeres que planifican su embarazo se sugiere

un suplemento multivitamínico para evitar defectos del tubo
neural



Goh YI, Bollano E, Einarson TR, Koren G. Prenatal multivitamin supplementation and rates of congenital anomalies: a meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28:680-9.

a-Rosas JP. Effects and safety of periconceptual folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD007950. DOI: 10.1002/14651858.CD007950.pub2.

ANTE UN HBs Ag POSITIVO



Se sugiere remitir

Se sugiere remitir a un especialista en hepatología, con el fin de instaurar tratamiento si procede y programar un seguimiento.





FUNCIÓN TIROIDEA

Se sugiere no ofrecer un cribado rutinario de la función tiroidea en el primer trimestre de embarazo

D

Documento de Consenso del **Comité de expertos de edad**
de la **SEGO: cribado antes de la 10 semana** (Vila 2012).

Aizpurua Galdeano P, Aparicio Rodrigo M. El cribado universal de hipotiroidismo en gestantes no mejora el coeficiente intelectual de los niños. *Evid Pediatr.* 2012;8:41.

Lazarus JH, Bestwick JP, Channon S, Paradise R, Maina A, Rees R, Chiusano E, John R, Guaraldo V, George LM, Perona M, Dall'Amico D, Parkes AB, Joomun M, Wald NJ. Antenatal thyroid screening and childhood cognitive function. *N Engl J Med.* 2012;366(6):493-501.

Negro R, Schwartz A, Gismondi R, Tinelli A, Mangieri T, Stagnaro-Green A. Universal screening versus case finding for detection and treatment of thyroid hormonal dysfunction during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95(4):1699-707.

CRIBADO DE PARTO PRETÉRMINO



D

Se sugiere la determinación de la longitud del cuello uterino en la ecografía rutinaria de las 20 semanas (< 25 mm predice antes de las 34 semanas)

Honest H, Forbes CA, Durée KH, Norman G, Duffy SB, Tsourapas A, et al. Screening to prevent spontaneous preterm birth: systematic reviews of accuracy and effectiveness literature with economic modelling. *Health Technol Assess* 2009;13(43)
Cahill AG, Odibo AO, Caughey AB, et al. Universal cervical length screening and treatment with vaginal progesterone to prevent preterm birth: a decision and economic analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:548.e1-8. Werner EF, Han CS, Pettker CM, et al. Universal cervical-length screening to prevent preterm birth: a cost-effectiveness analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;38:32-7.



F

Se recomienda que durante el puerperio hospitalario la atención y los cuidados a las madres y sus bebés sean coordinados y prestados por matronas



F

Se recomienda realizar una sola exploración física del RN en las primeras 24 horas de vida

Los resultados de la exploración no muestra diferencias dependiendo de si la realizan pediatras o matronas en el caso de que estén adecuadamente entrenados

S, Rogers C, Bloomfield L, Quist-Thenson E, Tomlin M, Messer D. Routine examination of the newborn: the EMREN study. Evaluation of an extension of the midwife role including a randomised controlled trial of appropriately trained midwives and paediatric senior house officers. *Health Technol Assess.* 2004;8(14):iii-iv, ix-xi, 1-100.
Green K, Oddie S. The value of the postnatal examination in improving child health. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2008;93(5):F389-93.



F

Se recomienda garantizar la continuidad de cuidados tras el alta
n nacidos y sus familias

MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, Lancashire RJ, Brauholtz DA, Gee H. Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2002 Feb 2;359(9304):378-85.

MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Lilford RJ, Lancashire RJ, Knowles H, Brauholtz DA, Henderson C, Belfield C, Gee H. Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs. *Health Technol Assess*. 2003;7(37):1-98.

Morrell CJ, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A. Costs and benefits of community postnatal support workers: a randomised controlled trial. *Health Technol Assess*. 2000;4(6):1-100.



n posparto:
deprimida o sin esperanza?

a triste,

a que le proporcionararan placer?

D

n tras el parto en las mujeres que
hayan respondido afirmativamente a las preguntas F

Mann R, Gilbody S. Validity of two case finding questions to detect postnatal depression: a review of diagnostic test accuracy. *J Affect Disord.* 2011;133(3):388-97.

Hewitt C, Gilbody S, Brealey S, Paulden M, Palmer S, Mann R, Green J, Morrell J, Barkham M, Light K, Richards D. Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technol Assess.* 2009;13(36):1-145, 147-230.



n y exclusividad de la lactancia materna de manera prolongada. En caso de ofrecer este apoyo es preferible que se ofrezca de manera individualizada siguiendo los 10 pasos recomendados por la IHAN **F**

Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD006425. DOI: 10.1002/14651858.CD006425.
Renfrew M, Dyson L, Wallace L, D'Souza L, McCormick F, Spiby H. The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding. Systematic review. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence, mayo de 2005.
Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub4.



En las mujeres que no mantienen

as tras el parto **F**

En las mujeres sin riesgo de infección sexual, se sugiere recomendar el metodo lactancia-amenorrea (MELA) hasta los 6 meses tras el parto siempre que persista la amenorrea y se realice lactancia materna exclusiva **D**

Faculty of Sexual and Reproductive Health Care. Postnatal Sexual and Reproductive Health. 2009. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidancePostnatal09.pdf>

Faculty of Sexual and Reproductive Health Care. Postnatal Sexual and Reproductive Health. 2009. Disponible en <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidancePostnatal09.pdf> (consultado en julio de 2012).

Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2011 Mar;117(3):657-62.

Van der Wijden C, Brown J, Kleijnen J. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4. Art. No.: CD001329. DOI: 10.1002/14651858.CD001329.

Y, ASÍ HASTA 83
PREGUNTAS CLÍNICAS...



MUCHAS
GRACIAS