



**Nombre del alumno: ITALIA YOANA ESTEBAN
MENDOZA.**

Nombre del profesor: LIC. ERVIN SILVESTRE CASTILLO.

Licenciatura: ENFERMERIA.

Materia: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del trabajo: CUADRO SINOPTICO

Tema: PUERPERIO PATOLOGICO Y FISIOLÓGICO.

“Ciencia y Conocimiento”

PUERPERIO PATOLÓGICO

Definición:

El puerperio es el período que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. En este tiempo se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos en la mujer con la finalidad de retornar gradualmente al estado pregravídico y establecer la lactancia. Las posibles patologías acontecidas en este periodo son un motivo frecuente de consulta en urgencias, siendo además estos procesos la causa más frecuente de mortalidad materna, incluso en nuestro medio.

Patología de la lactancia

Hay que realizar primero una exploración para descartar causas anatómicas, como pezones planos, mamas tubulares o cirugías mamarias previas. Además se aplican medidas generales como repaso de la técnica correcta de la lactancia, asegurar una ingesta hídrica suficiente, instaurar pauta de alimentación a demanda, masaje suave en las mamas y calor húmedo antes de la toma, estimulación suave del pezón y areola y conseguir un entorno adecuado durante la lactancia. En estos casos es más importante la información que el tratamiento a prescribir. Las grietas en el pezón se manifiestan como dolor durante las tomas y pueden ser la puerta de entrada de las mastitis. Lo más importante es su prevención, realizando higiene del pezón antes y después de la toma. Se debe iniciar la toma por la mama menos afectada. Se pueden aplicar pomadas con analgésicos locales o corticoides de baja potencia si no se resuelve con estas medidas. La ingurgitación mamaria se manifiesta como dolor y tensión mamaria muy intensos, 24-48 horas tras la aparición de la secreción láctea

Infección puerperal

- La fiebre puerperal se define como temperatura igual o superior a 38° al menos durante dos días y entre los días 2º y 10º tras el parto. Se puede deber a causas genitales o Extra genitales. Las genitales son: endometritis, infección de la episiotomía o de la laparotomía de la cesárea, fascitis necrotizante, mastitis, tromboflebitis pélvica séptica. Dentro de las Extra genitales se incluyen: complicaciones respiratorias, pielonefritis, absceso pélvico, tromboflebitis, tirotoxicosis, fiebre de origen medicamentoso.
- La endometritis es la causa más frecuente de fiebre puerperal. En la mayoría de los casos se produce por vía ascendente tras la colonización microbiana cérvicovaginal. Los factores de riesgo son el parto por cesárea, el número de exploraciones previas, tiempo de bolsa rota mayor de 6 horas, etc.
- La infección de la herida quirúrgica aparece en un 2-5% de todas las cesáreas. Son factores predisponentes la cesárea urgente, tiempo quirúrgico prolongado, corioamnionitis, obesidad o malnutrición, anemia o alteraciones de coagulación e inmunosupresión.
- La tromboflebitis pélvica séptica es una complicación puerperal infrecuente con mortalidad mínima que puede aparecer tras parto vaginal (1/2.000) o tras endometritis postcesárea (1-2%). Hay que sospecharla ante fiebre persistente de origen desconocido; se produce por la combinación de tres factores: hipercoagulabilidad, lesión vascular por infección o traumatismo y estasis venoso.

PUERPERIO PATOLÓGICO

Patología vascular del puerperio

La verdadera incidencia de trombosis venosa profunda (TVP) y de tromboembolismo pulmonar (TEP) es de entre un 0,26-0,7%. Los factores asociados a un mayor riesgo de TVP son la paridad, cesárea, presencia de varices, edad mayor de 35 años, antecedentes familiares y personales de enfermedad tromboembólica y trombofilia. En estos casos está indicada la profilaxis antitrombótica. Tiene diferentes formas clínicas, siendo la más banal la flebitis superficial, que se manifiesta por dolor, eritema en un tracto venoso superficial con cordón palpable y aumento de la temperatura local. La trombosis venosa profunda se manifiesta por dolor, edema, aumento del diámetro de la extremidad afecta, signo de Homans positivo en un tercio de los casos; a veces hay espasmo arterial con palidez y frialdad en esa extremidad y disminución de los pulsos periféricos. Puede haber fiebre y leucocitosis.

Patología psiquiátrica del puerperio

No se sabe con certeza que la etapa perinatal aumente los trastornos psiquiátricos aunque en el primer mes postparto se considera de mayor riesgo. Conviene no olvidar que los síntomas de trastornos mentales pasan inadvertidos en el embarazo y puerperio o se clasifican como propios de esa situación. Uno de los trastornos mentales más frecuente en el puerperio es la tristeza o "blues". Lo presentan el 40-80% de las púerperas, con síntomas depresivos que desaparecen en 7-10 días. No se considera una patología y no requiere tratamiento farmacológico, sólo tranquilizar y apoyar a la paciente y realizar un seguimiento para evitar que progrese. La depresión puerperal no parece ser un cuadro diferente al de la depresión mayor

Otras patologías puerperales

Existen varios cuadros clínicos poco frecuentes en el postparto como la tiroiditis postparto, el síndrome de Sheehan. La tiroiditis postparto se produce por una inflamación de origen autoinmune de la tiroides sobre una tiroiditis crónica subyacente. Aparece 1-6 meses tras el parto.

- El síndrome de Sheehan se produce por isquemia e infarto de la hipófisis debido a una hemorragia grave durante el parto, originando un pan hipopituitarismo. Ocasiona problemas de lactancia y amenorrea, además de síntomas resultantes del déficit de cortisol y hormonas tiroideas. El tratamiento consiste en terapia hormonal sustitutiva.
- La miocardiopatía periparto es una causa infrecuente de fallo cardiaco en púerperas, con elevada mortalidad. Se manifiesta por la aparición de insuficiencia cardiaca en el último mes de embarazo o en los primeros 5 meses postparto sin causa identificable de fallo cardiaco. Se produce una disfunción sistólica de ventrículo izquierdo demostrada por criterios eco cardiográfico.

PUERPERIO FISIOLÓGICO

Definición

El puerperio es una etapa en la que se producen una serie de cambios fisiológicos en la mujer, que tras el parto vuelve de forma gradual al estado no grávido. Además, tiene la misión de alimentar al recién nacido.

Duración y etapas:

Su duración aproximada es de 40 días (6 semanas), y se divide en 3 etapas:

- **Puerperio inmediato:** primeras 24 horas.
- **Puerperio clínico:** desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario (2 a 4 días).
- **Puerperio tardío:** El final coincide con la aparición de la primera menstruación (aprox 6 semanas).

Cambios fisiológicos de la mujer

a) CAMBIOS EN EL ÚTERO:

- 1 Involución uterina: Inmediatamente después del alumbramiento, el útero llega a la mitad de la distancia entre el ombligo y la sínfisis del pubis, pero en las horas siguientes, asciende y alcanza el nivel del ombligo (aprox. como una gestación de 20 semanas.). Pesa 1 kg
- 2 Regeneración del endometrio: Entre el 2º y 3º día postparto, la decidua se divide en dos capas; superficial y profunda.
- 3 Loquios Se trata de secreción postparto formada por decidua necrótica, sangre, restos de tejido de granulación y exudado de la superficie de la cavidad uterina. Existen distintos tipos de loquios:

- **Loquios rojos.**
- **Loquios rosados o serosos.**
- **Loquios blancos.**

b) CERVIX Y SEGMENTO INFERIOR DEL ÚTERO

c) VAGINA

d) SISTEMA URINARIO

e) PÉRDIDA DE PESO

f) CAMBIOS METABÓLICOS

g) CAMBIOS HEMATOLÓGICOS Y HEMODINÁMICOS

h) CAMBIOS ENDOCRINOS: Los cambios que se producen en los niveles de estrógenos en plasma dependen de la lactancia materna.

- Si no se produce la lactancia, los niveles de estrógenos no alcanzarán niveles foliculares hasta 3 semanas después del parto.
- Si se produce lactancia y la mujer está en amenorrea, habrá hipoestrogenismo. Pero si se reestablecen espontáneamente sus 5 menstruaciones, alcanzará valores foliculares de estradiol entre 2 y 3 meses después del parto.

Los niveles de progesterona disminuyen muy rápido tras el parto, alcanzando niveles menores que en la fase lútea al cuarto día del puerperio.

PUERPERIO FISIOLÓGICO

Cambios en la glándula mamaria

La ingurgitación mamaria se produce entre el 3er y 4º día postparto. Esta puede provocar un aumento fisiológico de la temperatura (no más de 38°C) de carácter transitorio (duración de 4 a 16 horas), nunca superior a 24 horas.

Calostro: primera secreción de la glándula mamaria en el puerperio. Se produce durante los 5 primeros días del postparto. Contiene

- Más minerales y proteínas (inmunoglobulinas, sobretodo A)
- Menos azúcares y ácidos grasos
- Lactosa, ácidos grasos, agua, vitaminas (excepto vitamina K)

INMEDIATO:

- Mantenimiento de la puérpera en una sala dedicada a la atención del postparto, durante un periodo mínimo de 1-2 horas.
- Mantenimiento de la vía intravenosa
- Signos y síntomas a controlar: Nivel de consciencia, constantes: TA, Tª, pulso, altura y tono uterino, valoración de hemorragia genital, diuresis (presencia de globo vesical), estado de la episiotomía (hematomas, dolor, sangrado)
- Es recomendable la perfusión de oxitocina o de un uterotónico tras el alumbramiento para la prevención de la hemorragia.
- Inicio precoz de la lactancia.etc.

ATENCIÓN EN LA PLANTA

Durante los días que dure el ingreso, hay que vigilar una serie de parámetros:

- Estado general (tanto físico como psíquico)
- Constantes vitales (al menos cada 12 horas)
- Episiotomía: presencia de hematomas, dehiscencias y signos de infección.
- Dolor. Se consideran normales los propios de los entuertos y molestias de la episiotomía.
- Involución uterina. Etc.

PUERPERIO TARDÍO

- Se evitarán las relaciones sexuales durante todo el período de sangrado.
- Evitar los baños de inmersión, aunque no las duchas.
- El ejercicio será suave y progresivo, evitando los ejercicios que conlleven incrementos importantes de la presión intraabdominal.
- Se aconsejará una suplementación vitamínica-mineral

Al final de este período, la paciente será sometida a una exploración ginecológica, incluyendo palpación de las mamas y estudio citológico una vez aparecida la primera menstruación, si no se ha realizado una revisión ginecológica durante el año anterior.

Asistencia al puerperio hospitalario

PUERPERIO FISIOLÓGICO

Signos y síntomas de alarma

- Fiebre ($T^a > 38^{\circ}\text{C}$)
- Hemorragia profusa por vía vaginal
- Loquios malolientes
- Signos inflamatorios locales en mamas, episiotomía y mmii.
- Dificultad o problemas respiratorios
- Sintomatología urinaria

Pautas de actuación después del parto por cesárea

Imprescindible la vigilancia estrecha de la diuresis, así como la administración de sueroterapia continuada durante las primeras 24 horas, hasta que se inicie la tolerancia. Controles:

- Constantes cada 8-12 horas
- Mismos controles que en el puerperio del parto vaginal
- Hemograma de control a las 24-48 horas de la intervención.

Dieta: Absoluta durante las primeras 12 horas y hasta el inicio del peristaltismo intestinal. Iniciar dieta de forma progresiva

Diuresis: La sonda vesical se mantiene hasta la retirada de la sueroterapia e inicio tolerancia.

Movilización: Ducha pasada las 24 horas tras la intervención.

Cuidados de la herida abdominal:

- Levantar el apósito a las 48 horas de la intervención. Se levantará antes si hay indicación.
- Curas diarias con antiséptico tópico. No yodo

Lactancia materna

VENTAJAS DE LA LACTANCIA: Para el lactante:

- Diseñado exclusivamente para el niño
- Nutricionalmente superior a cualquier otro alimento
- Bacteriológicamente segura
- Proporciona inmunidad frente a enfermedades bacterianas y víricas
- Estimula el desarrollo de las defensas inmunológicas del paciente. Mejor respuesta inmunitaria a las vacunas.

Para la madre:

- Facilita la recuperación fisiológica tras el embarazo (involución uterina, disminuye el riesgo de HPP, aumenta la duración de la anovulación postparto).
- Facilita la unión psicológica.
- Pérdida mayor y más rápida de los depósitos de grasa acumulados durante el embarazo
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama y de ovario

PUERPERIO FISIOLÓGICO

Fisiología de la lactancia:

- **MAMOGÉNESIS:** Durante el embarazo los niveles de estrógenos, progesterona y prolactina aumentan. Los estrógenos son responsables del crecimiento del tejido ductal y de la formación de nuevos alvéolos, mientras que la progesterona es necesaria para la proliferación y maduración de las células alveolares.
- **LACTOGÉNESIS:** Proceso que determina el comienzo de la secreción láctea. La producción de leche se inicia entre el 2º y 6º día postparto. En este proceso son necesarios niveles de estrógenos así como PRL.
- **GALACTOPOYESIS:** Se trata del mantenimiento de la secreción láctea una vez que se ha establecido. El mantenimiento de la lactancia requiere que exista una succión periódica del pezón. Además, es necesaria una serie de hormonas entre las que destacan la PRL, GH y los glucocorticoides.

Problemas durante la lactancia

- **Ingurgitación mamaria:** mal vaciado de los senos galactóforos y de la glándula mamaria, provocando en el lactante una sensación de insatisfacción y en la madre, de plenitud mamaria.
- **Grietas en el pezón:** Aparece en los 2 o 3 días tras el parto
- **Pezón unilateral doloroso**
- **Obstrucción de la glándula mamaria**
- **Pezón plano**
- **Mastitis:** Este proceso puede aparecer en cualquier momento de la lactancia. Se trata de una infección del parénquima glandular, tejido celular o vasos linfáticos de la mama

Contraindicaciones de la lactancia

- Fenilcetonuria
- Galactosemia
- Falta real de leche
- VIH
- VHB
- VHC
- Virus linfotrópico T humano tipo 1 (HTLV-1)
- Consumo de drogas
- Medicación materna con antitiroideos
- Mastitis bilateral o infección cutánea en la mama
- Tuberculosis

Inhibición de la lactancia

- Cabergolina (inhibición): 1 mg (2 comprimidos orales) en dosis única
- Cabergolina (supresión): 0,25 mg (medio comprimido) cada 12 horas durante 2 días, si ya hay producción de leche.
- Bromocriptina (2 x 2,5 mg/día, durante 10-12 días)

PUERPERIO FISIOLÓGICO

Métodos de anticoncepción en el postparto

- Lactancia materna. Eficacia aceptable si se dan toda la toma, no hay menstruación y han transcurrido menos de 6 meses del parto. Si no se cumplen estas tres circunstancias, no es fiable.
- Métodos de barrera
- Métodos químicos. Complemento a los métodos barrera
- Dispositivos intrauterinos. Puede utilizarse tanto si se efectúa lactancia materna o artificial. En nuestro medio, no se considera aconsejable la inserción inmediata del DIU después de un parto dado el riesgo de perforación y expulsión inadvertida. Se aconseja esperar 2 o 3 reglas para garantizar la completa involución uterina y disminuir el riesgo de complicaciones.
- Esterilización tubárica.
- ANTICONCEPCIÓN HORMONAL: Los estrógenos sintéticos y sobre todo la progesterona, son excretados por la leche humana, siendo metabolizados más lentamente por el lactante que los esteroides sexuales maternos que también pasan por la leche.

Lactancia artificial:

- Estroprogestágenos a bajas dosis.
- No en postparto inmediato por riesgo de tromboembolismo
- Gestágenos depot parenterales. Producen spotting y amenorrea
- Minipíldora (gestágenos)
- Implantes de etonorgestrel

Lactancia materna:

- Minipíldora de progesterona
- Gestágenos depot: Acetato de medroxiprogesterona de 15mg.
- Estroprogestágenos. Si la mujer no acepta otro método.