

Nombre del alumno:

Polet Berenice Recinos Gordillo

Nombre del profesor:

Lic. ERVIN SILVESTRE CASTILLO.

Licenciatura:

Licenciatura en Enfermería 3er cuatrimestre

Materia:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico del tema: PUERPERIO PATOLÓGICO Y FISIOLÓGICO.

“Ciencia y Conocimiento”

9 / ABRIL /2021

Frontera Comalapa, Chiapas.

PUERPERIO FISIOLÓGICO

QUE PUERPERIO ES

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.

DURACION

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 EN EL ÚTERO

1-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. 2- Al final de la primera semana del puerperio, el útero tiene el tamaño de una gestación de 12 semanas. Su fondo se palpa inmediatamente por encima del pubis y pesa alrededor de 500g.

3-Al final de la segunda semana, es un órgano intrapélvico. Peso alrededor de 350g. 4- Al final de la sexta semana, su tamaño es casi igual que el del útero no gestante, siendo su peso de unos 100g.

OTROS

Regeneración del endometrio. – Loquios QUE SE CLASIFICAN EN : ROJO, ROSADO, O SEROSO Y BLANCO.

VAGINA

La vagina recupera su forma y tamaño inicial en tres semanas. El himen rasgado cicatrizará formando nódulos fibrosos de mucosa, pequeños apéndices (carúnculas mirtiformes).

PUERPERIO FISIOLÓGICO

SISTEMA URINARIO

En el postparto inmediato, el tono de la vejiga está disminuido, pudiendo existir una menor sensibilidad ante una mayor presión, mayor capacidad vesical, sobre distensión de la vejiga con incontinencia por rebosamiento y vaciamiento incompleto de la misma. Los uréteres y pelvis renales están dilatados e hipotónicos, normalizándose en el plazo de 3-6 semanas (excepcionalmente 8-12 sem). La tasa de filtración glomerular persiste alta durante la 1ª semana. Durante los primeros 4-5 días tras el parto se produce un incremento de la diuresis de hasta 3 litros al día.

PÉRDIDA DE PESO

Tras el parto, se produce una pérdida media de 5kg, y unos 4kg durante el puerperio.
Tras 6 meses después del parto, la mujer aproxima su peso al que tenía antes de comenzar el embarazo.

CAMBIOS METABÓLICOS

- ❖ Los niveles séricos de colesterol y triglicéridos descienden en las primeras 24 horas del puerperio, alcanzando sus cifras pregestacionales en la 7ª u 8ª semana postparto.
- ❖ La glucemia basal y postprandial disminuye en el postparto, principalmente en los 3 primeros días del puerperio. Por este motivo, los requerimientos de insulina de las diabéticas disminuye en estos días
- ❖ .- Los niveles séricos de fosfatasa alcalina hepática disminuyen hasta alcanzar las cifras anteriores al embarazo alrededor de la 3ª semana postparto.

CAMBIOS HEMATOLÓGICOS Y HEMODINÁMICOS

La excesiva activación de los factores de coagulación y aumento del número de plaquetas, junto con la inmovilización, sepsis o traumatismo del parto puede aumentar el riesgo de complicaciones tromboembólicas.

PERDIDA DE SANGRE, ESTRÉS, Y NIVELES BAJOS DE HIERRO SÉRICO.

CAMBIOS ENDOCRINOS

Hormonas placentarias: Los niveles séricos de las hormonas placentarias descienden rápidamente después del alumbramiento.

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

Los niveles séricos de FSH y LH están muy disminuidos durante los 10-12 primeros días del postparto en todas las mujeres

PUERPERIO FISIOLÓGICO

CAMBIOS EN LA GLÁNDULA MAMARIA

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)

ASISTENCIA AL PUERPERIO HOSPITALARIO

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. Es recomendable la perfusión de oxitocina o de un uterotónico tras El alumbramiento para la prevención de la hemorragia. Inicio precoz de la lactancia. Una vez que ha transcurrido el tiempo recomendado y la evolución ha sido favorable, se procede al traslado de la madre y recién nacido a la planta.

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

PAUTAS DE ACTUACIÓN DESPUÉS DEL PARTO POR CESÁREA

Dieta

Diuresis, cuidado de la herida, rofilaxis.

Movilización y cuidados y atenciones necesarias.

LACTANCIA MATERNA

La leche materna es el mejor alimento para el recién nacido y la madre

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA :

Mamogénesis: Crecimiento y desarrollo de la mama.

Iniciación (Lactogénesis) y mantenimiento de la secreción láctea (galactopoyesis).

Eyección de la leche desde los alvéolos hasta los pezones.

PUERPERIO FISIOLÓGICO

MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN EN EL POSTPARTO

Lactancia materna. Eficacia aceptable si se dan todas las tomas, 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

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. Se han descrito efectos adversos en el lactante como ginecomastia, alteraciones hematológicas.

Anticonceptivos orales combinados

CONTIENEN ESTRÓGENOS Y GESTÁGENOS.

Anticonceptivos con solo progestágenos

La minipíldora (píldora de progesterona), los preparados IM trimestrales (gestágenos depot), los anticonceptivos con minidosis de gestágenos, y los implantes que sólo contienen gestágenos, no tienen una influencia notable sobre la lactancia.

Por todo lo comentado anteriormente, la ACO utilizada, dependerá de si se está realizando lactancia artificial o materna

PUERPERIO PATOLOGICO

QUE ES

El puerperio es el periodo desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Las posibles patologías acontecidas en este tiempo son la causa más frecuente de mortalidad materna incluso en nuestro medio.

La patología de la lactancia incluye el fallo de Lactancia, grietas en el pezón, ingurgitación mamaria y mastitis puerperal.

DATOS

La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente aunque las pautas de profilaxis han disminuido mucho la incidencia de esta patología.

PATOLOGIA

La patología vascular del puerperio incluye cuadros de gravedad importante, representando una de las principales causas de mortalidad materna. Se incluye la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar como la complicación más grave de la primera

PATOLOGÍA DE LA LACTANCIA

Las ventajas de la lactancia materna están bien establecidas, tanto para el lactante como para la madre. En la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra 2002, se recomendó la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé.

El fallo de lactancia es la ausencia de producción de leche o la producción en cantidad insuficiente para el crecimiento

PUERPERIO PATOLOGICO

endometritis

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, duración del parto de más de 8 horas, presencia de meconio, alumbramiento manual, diabetes, corioamnionitis, heridas y desgarro del canal de parto.

INFECCIÓN PUERPERAL

La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente. La importancia de este tipo de infecciones requiere un diagnóstico seguro, rápido y eficaz, así como un tratamiento antibiótico y ocasionalmente quirúrgico. A menudo las pacientes presentan síntomas iniciales de infección puerperal tras el alta, demandando la asistencia en el servicio de urgencias. Las pautas de prevención, cada vez más importantes, han disminuido la frecuencia de esta patología. La fiebre puerperal se define como temperatura igual o superior a 38° al menos durante dos días y entre los días 2^o y 10^o tras el parto.

HERIDAS

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.

DX

El diagnóstico viene dado por la exploración física (extremidad tumefacta y dolorosa, sensibilidad en la pantorrilla) y el tratamiento consiste en la administración de heparina y vendaje compresivo de la pierna.

La trombosis venosa profunda se manifiesta por dolor, edema, aumento del diámetro de la extremidad afectada, signo de Homans positivo en un tercio de los casos.

PUERPERIO PATOLOGICO

PATOLOGÍA VASCULAR DEL PUERPERIO

Durante el embarazo se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que van a favorecer y complicar el diagnóstico y manejo de los fenómenos tromboembólicos. Por su gravedad van a constituir una de las principales complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, representando una de las principales causas de mortalidad materna.

SIGNOS

El signo clínico más importante es la taquipnea, seguido de crepitantes y taquicardia.
La clave del diagnóstico es la sospecha clínica.

DX

Hay que realizar además auscultación torácica, radiografía de tórax, electrocardiograma, ecografía transesofágica, analítica, gasometría. Para el diagnóstico de certeza se requiere gammagrafía pulmonar de ventilación-perfusión con una especificidad del 97% y una sensibilidad del 40%; angiografía pulmonar, que si es negativa excluye el diagnóstico de EP; TAC helicoidal con una sensibilidad y especificidad que oscila entre un 86-95%.

DATOS

En nuestra labor está saber diferenciar la reacción emocional normal pasajera como resultado de un proceso de adaptación a la nueva situación

Para ello se realiza una anamnesis minuciosa, intentando describir todos sus síntomas, como alteraciones del comportamiento, llanto, fluctuaciones de conciencia, pérdida de apetito, pensamientos autodestructivos, detalles de la interacción entre madre e hijo, ansiedad excesiva, etc.

PUERPERIO PATOLOGICO

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 miocardiopatía periparto.

DAOS

En el 90 % de los casos se produce una resolución paulatina a los 4-6 meses. Primero hay una fase de tirotoxicosis con destrucción de la glándula que origina liberación de hormona tiroidea 1-2 meses tras el parto, es autolimitada. Después hay una fase de hipotiroidismo a los 4-6 meses tras el parto, donde es frecuente la depresión.

La miocardiopatía periparto es una causa infrecuente de fallo cardiaco en puérperas, 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.

OTRAS PATOLOGIAS PUERPERALES

Existen varios cuadros clínicos poco frecuentes en el postparto como la tiroiditis postparto, el síndrome de Sheehan, o la betabloqueantes, profilaxis antitrombótica y en ocasiones, incluso trasplante cardiaco.

PUERPERIO PATOLOGICO

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

[Empty box]

PUERPERIO PATOLOGICO

