

Nombre del alumno:

Paola Berenice Ortiz Garcia

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Silvestre Castillo

Licenciatura:

Enfermería

Materia:

Ginecología y Obstetricia

Nombre del trabajo: Cuadro Sinóptico

TEMA:

Puerperio

PUERPERIO

¿QUE ES?

Es el periodo desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación.

La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente

En este tiempo se desarrollan cambios fisiológicos en la mujer, con la finalidad de retornar el estado pregravídico y establecer la lactancia

Las posibles patologías acontecidas en este periodo son un motivo frecuente de consulta en urgencias

PATOLOGIA DE LA LACTANCIA

Las ventajas de la lactancia materna están bien establecidas, tanto para el lactante como para la madre

Se recomienda que la lactancia materna sea exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

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

También se debe asegurar una ingesta hídrica suficiente, instaurar pauta de alimentación a demanda

Las grietas en el pezón se manifiesta como dolor durante las tomas y puede ser la puerta de entrada de la mastitis

COMPLICACIONES DE LA LACTANCIA

Se debe de realizar la higiene del pezón antes y después de la toma, para evitar cualquier infección

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 otras medidas

La ingurgitación mamaria se manifiesta como dolor y tensión mamaria muy intensos, 24-48 horas después de la aparición de secreción láctea

La mastitis puerperal es la infección del parénquima glandular, tejido celular subcutáneo o vasos linfáticos de la mama

¿QUE ES?

Es una complicación obstétrica frecuente, se requiere de un diagnóstico rápido y seguro y un tratamiento antibiótico

La fiebre puerperal se define como temperatura igual o superior a 38° al menos durante 2 días y entre los días 2° y 10° tras el parto

Se pueden deber a causas genitales o extragenitales.

Las genitales son: endometritis, infección de la episiotomía o de la laparotomía de la cesárea, facitis necrotizante, mastitis, tromboflebitis pélvica séptica.

Las extragenitales son: complicaciones respiratorias, pielonefritis, absceso pélvico, tromboflebitis, tirotoxicosis, fiebre de origen medicamentoso

INFECCION PUERPERAL

LOS GENITALES

La endometritis: es la causa más frecuente de fiebre puerperal, los factores de riesgo son el parto por cesárea, tiempo de bolsa rota mayor de 6 horas.

La infección de la episiotomía: es una complicación poco frecuente, se produce en su mayoría por agentes polimicrobianos

La facitis necrozante es una complicación poco frecuente pero muy grave, afecta el estado general de la paciente, causada por *Streptococo pyogenes*

La tromboflebitis pélvica séptica: es una complicación puerperal infrecuente con mortalidad mínima, puede aparecer tras parto vaginal

LAS EXTRAGENITALES

Las complicaciones respiratorias que causan fiebre son atelectasia o neumonía por aspiración bacteriana

La tromboflebitis venosa superficial puede originar fiebre puerperal, el tratamiento consiste en administrar heparina y vendaje compresivo en la pierna

La crisis de tirotoxicosis se manifiesta por fiebre, disfunción cardiovascular, etc. Es potencialmente mortal por complicaciones sépticas o insuficiencia cardíaca

Puede darse también la fiebre de origen medicamentoso que es una consecuencia de alergia de fármacos

PATOLOGIA VASCULAR DEL PUERPERIO

Durante el embarazo se produce una serie de cambios anatómicos y fisiológicos

Estos cambios favorecen y complican 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

Los factores de riesgo son la paridad, cesárea, presencia de varices, sea mayor de 35 años, antecedentes familiares

PATOLOGIA PSIQUIATRICA DEL PUERPERIO

Los síntomas de trastornos mentales pasan inadvertidos en el embarazo y puerperio.

Uno de los trastornos mentales más frecuentes en el puerperio es la tristeza, los síntomas desaparecen en 7-10 días

Existen diversos trastornos que podría sufrir la mujer como: la depresión puerperal, la psicosis puerperal, algunas no requieren ningún tratamiento

La leche materna contiene inmunoglobulinas y otras sustancias que protegen al bebé de infecciones

OTRAS PATOLOGIAS PUERPERALES

Existen varios cuadros clínicos poco frecuentes en el postparto como la tiroiditis postparto, el síndrome de Sheehan.

La tiroiditis postparto es una inflamación de origen autoinmune de la tiroides, aparece 1-6 meses tras el parto

El síndrome de Sheehan se produce por una isquemia e infarto de la hipófisis debido a una hemorragia grave durante el parto

La miocardiopatía periparto es una causa infrecuente de fallo cardíaco en púerperas.

PUERPERIO

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

Puerperio inmediato: se da en las primeras 24 horas

Puerperio clínico: desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del hospital

Puerperio tardío: el final coincide con la aparición de la primera menstruación (6 semanas)

CAMBIOS EN EL UTERO

INVOLUCION UTERINA

Después del alumbramiento, el útero llega a la mitad de la distancia entre el ombligo y la sínfisis púbica.

Al final de la primera semana del puerperio el útero tiene el tamaño de una gestación de 12 semanas y pesa 500 g.

Las contracciones uterinas que se producen durante el puerperio son más intensas que durante el parto, por la disminución del tamaño uterino

Estas contracciones constituyen los llamados **ENTUERTOS** aparecen durante los 2 o 3 primeros días, son más frecuentes en multiparidas

REGENERACION DEL ENDOMETRIO

Entre el 2° y 3° días postparto, la decidua se divide en dos capas:

Superficial: esta capa se necrosa y descama de forma progresiva, formando parte de los loquios

Profunda: su proliferación dará lugar al endometrio nuevo

La regeneración del endometrio es rápida, excepto en el lugar de implantación placentaria.

La regeneración e involución de este lugar tiene lugar entre la 8ª y 12ª semana

LOQUIOS

Es una secreción postparto formada por decidua necrótica, sangre, restos de tejido de granulación. Tipos de loquios:

Loquios rojos: dura de 2 a 3 días contiene sangre con pequeños fragmentos de membranas y restos fetales.

Loquios rosados o serosos: aparecen después de 3 o 4 días. Contienen menos sangre y más leucocitos y decidua de degeneración grasa.

Loquios blancos: a partir del 10º día, por el aumento de leucocitos. A partir de la 5ª semana postparto, cesa la expulsión de loquios

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO

VAGINA

La vagina recupera su forma inicial y tamaño en tres semanas

El himen rasgado cicatriza formando nódulos fibrosos de mucosa, pequeños apéndices

SISTEMA URINARIO

En el postparto el tono de la vejiga está disminuido, pudiendo existir una menor sensibilidad a una mayor presión

Los uréteres y pelvis renales están dilatados e hipotónicos, se normalizan en el plazo de 3-6 sem.

La tasa de filtración glomerular persiste alta durante la primera semana

Durante los primeros 4-5 días tras el parto se produce un incremento de la diuresis hasta 3 litros al día.

La glucosuria fisiológica del embarazo permanece durante la primera semana postparto

PERDIDA DE PESO

Tras el parto se produce una pérdida media de 5 kg y unos 4 kg durante el puerperio

Tras 6 meses después del parto, la mujer aproxima su peso que tenía antes de comenzar el embarazo

Las mujeres que incrementan su peso durante el embarazo, presentarán una mayor diferencia antes y después de la gestación

En el puerperio se produce un aumento de la concentración de sodio debido a la disminución de progesterona

CAMBIOS METABÓLICOS

Los niveles séricos de colesterol y triglicéridos descienden en las primeras 24 horas del puerperio

La glucemia basal y postprandial disminuye en el postparto, en los 3 primeros días del puerperio

Por este motivo los requerimientos de insulina de las diabéticas disminuyen en estos días

Los niveles séricos de fosfatasa alcalina hepática disminuyen hasta alcanzar las cifras anteriores al embarazo

CAMBIOS HEMATOLOGICOS Y HEMODINAMICOS

La excesiva activación de los factores de coagulación y el aumento de número de plaquetas, la inmovilización

O traumatismo del parto puede aumentar el riesgo de complicaciones tromboembólicas

El estrés del parto produce una leucitosis importante en el puerperio, que sumada con leucocitos relativa del embarazo

Hace que cifras de hasta 25.000 leucocitos por ml sea considerada normal

El gasto cardíaco disminuye en un 30% en las 2 semanas postparto y el volumen sistólico disminuye en un 20%

CAMBIOS ENDOCRINOS

Hormonas placentarias: los niveles séricos de estas hormonas descienden rápidamente después del alumbramiento

Desciende a menos de 1000 mUI/ml en 72 horas, a la semana postparto disminuye 100 mUI/ml

Los niveles de progesterona disminuyen muy rápido tras el parto alcanzando niveles menores en la fase lútea

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

La menstruación se restablece antes que la ovulación, la ovulación se produce entre 15 y 30 días después de que se produce el destete

CAMBIOS DE LA GLANDULA MAMARIA

La ingurgitación se produce entre el 3^{er} y 4^o día postparto, esto puede provocar un aumento de temperatura

Calostro: es la primera secreción de la glándula mamaria en el puerperio, se produce en los primeros 5 días del postparto

La succión del pezón provoca un estímulo nervioso que llega al hipotálamo donde se libera la B-endorfina

Esta sustancia provoca el descenso de la GnRH y la supresión de su secreción pulsátil

Inhibiendo así la secreción de gonadotropinas e impidiendo la ovulación y la menstruación.

ASISTENCIA AL PUERPERIO HOSPITALARIO

INMEDIATO

Mantenimiento de la puerpera en una sala dedicada a la atención del postparto, durante un periodo de 1-2 horas

Signos y síntomas a controlar: nivel de consciencia, altura y tono uterino, valoración de hemorragia genital, estado de la episiotomía

Es recomendable la perfusión de oxitocina o de un uterotónico tras el alumbramiento para la prevención de la hemorragia

Una vez que ha transcurrido el tiempo recomendado y la evolución ha sido favorable se procede el traslado de la madre y el recién nacido a la planta

ATENCIÓN DE LA PLANTA

Durante los días que dure el ingreso, hay que vigilar una serie de parámetros: estado general, constantes vitales, episiotomía, dolor e involución uterina.

Involución uterina causas: parto precipitado o prolongado, gemelar, macrosoma, endometritis, miomas y retención de restos.

No está indicada de forma rutinaria la administración de metilergobasina. Micción espontánea, extremidades inferiores

Se aconseja la movilización precoz, no es necesario un hemograma de rutina, importante evitar la mastitis

PUERPERIO TARDIO

Evitar las relaciones sexuales, evitar los baños de inmersión, se aconseja una suplementación vitamínica-mineral, el ejercicio será suave y progresivo.

Al final de este periodo la paciente será sometida a una exploración ginecológica, incluyendo la palpación de las mamas

Signos y síntomas de la alarma en el puerperio: fiebre ($T^a > 38^{\circ}C$), hemorragia profusa por vía vaginal, loquios malolientes

Signos inflamatorios locales en mamas, episiotomía y mmii, dificultad o problemas respiratorios.

PAUTAS DE ACTUACION DESPUES DEL PARTO POR CESAREA

Vigilar la diuresis, así como la administración de suero terapia durante las primeras 24 horas, hasta que se inicie la tolerancia

Dieta: absoluta en las primeras 24 horas y hasta el inicio del peristaltismo intestinal. Diuresis: la sonda vesical se mantiene hasta la retirada de la suero terapia

Movilización: ducha pasada las 24 horas tras la intervención. Cuidados de la herida abdominal: levantar el apósito a las 48 horas de la intervención, curas diarias

Se dará el alta a la paciente si cumple: exploración herida quirúrgica y sangrado, correcta involución uterina, exploración mamaria, micción normal, etc.

LACTANCIA MATERNA

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL LACTANTE

Diseñado exclusivo para el niño, nutricionalmente superior a cualquier otro alimento, bacteriológicamente segura

Proporciona inmunidad frente a enfermedades, estimula el desarrollo de las defensas inmunológicas, disminuye la tendencia a la obesidad

Disminuye el riesgo de enfermedades respiratorias y diarreicas, reduce el riesgo de alergia, promueve un correcto desarrollo de los dientes.

Promueve un contacto físico con la madre, disminuye la incidencia de muerte súbita del lactante y riesgo de adquirir diabetes.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE

Facilita la recuperación fisiológica tras el embarazo (involución uterina, disminuye el riesgo de HPP)

Facilita la unión psicológica, disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario.

Perdida mayor y más rápida de los depósitos de grasa acumulados durante el embarazo

FISIOLOGIA DE LA LACTANCIA

MAMOGENESIS

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 alveolos

Mientras que la progesterona es necesaria para la proliferación y maduración de la células alveolares.

Las células alveolares tienen capacidad de secreción desde alrededor de la mitad de gestación, solo se liberan pequeñas cantidades de leche

PROBLEMAS DURANTE LA LACTANCIA

LACTOGENESIS

Proceso que determina el comienzo de la secreción láctea. La producción de leche se inicia entre el 2° y 6° día postparto

En este proceso son necesarios niveles de estrógenos así como PRL

Los niveles de prolactina aumentan a lo largo de la gestación, los estrógenos bloquean la actividad secretora del epitelio glandular

La producción de leche ocurre hasta después del parto

La PRL además de la secreción láctea, tienen un importante efecto de bloqueo del ciclo menstrual

GALACTOPOYESIS

Se trata del mantenimiento de la secreción láctea una vez que se ha establecido

La lactancia se puede mantener mientras exista un adecuado estímulo de succión, se observa una disminución en la producción de leche después de los 12 meses

En el descenso el volumen de secreción esta relacionado con la reducción de la demanda

La estimulación del pezón también aumenta los niveles plasmáticos de oxitocina. La oxitocina alcanza la glándula mamaria por vía sanguínea

INGURGITACION MAMARIA

Mal vacío de los senos galactóforos y de la glándula mamaria, provocando una sensación insatisfactoria en el lactante

La ingurgitación mamaria se caracteriza por tumefacción dolorosa en los senos que aparecen entre el 2° y 5° día después del parto

GRIETAS EN EL PEZON

Aparecen en los 2 o 3 día tras el parto. Su tratamiento es: adecuada técnica de lactancia, aplicación local de calostro o leche materna

Pomadas e analgésicos locales y cicatrizantes. Limpiar el pezón antes de la siguiente toma. Empleo de pezoneras.

MASTITIS

Puede aparecer en cualquier momento de la lactancia. Es una infección del parénquima glandular, tejido celular o vasos linfáticos de la mama

Síntomas: fiebre 38-39°, escalofríos, mastalgia local, eritema, calor local, masa intramamaria, expulsión de secreción purulenta.

Tratamiento: antibióticos: cloxacilina sódica (500 mg/6h, 7-10 días) amoxicilina /500 mg/8h, 7-10 días) eritromicina (500 mg/6h 7-10 días)

ABSCESO MAMARIO

Aparece en la evolución de la mastitis mal tratada, se deberá utilizar drenaje quirúrgico, este tratamiento no impide la continuidad con la lactancia

ANTICONCEPCION HORMONAL

ANTICONCEPCION HORMONAL

Los estrógenos sintéticos sobre todo la progesterona son excretados por la leche humana

El periodo postparto es una etapa de hipercoagulabilidad relativa. Este problema es mínimo con la utilización de anticonceptivos hormonales

LACTANCIA ARTIFICIAL

Estroprogestagenos a bajas dosis, no en postparto inmediato por riesgo de tromboembolismo. Géstanos depot parentales

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

Contienen estrógenos y gestagenos. No impide la iniciación de la producción de leche

Afecta a la duración de la lactancia, puede disminuir el periodo de leche hasta la mitad entre la 3ª y 6ª semana

LACTANCIA MATERNA:

Minipildora de progesterona, géstanos depot: acetato de medroxiprogesterona de 15 mg, estroprogestanos: si la mujer no acepta otro método

ANTICONCEPTIVOS CON SOLO PROGESTAGENOS

La minipildora, los preparados IM trimestrales, los anticonceptivos con minidosis de gestagenos y los implantes

Que solo contienen gestagenos, no tienen una influencia notable sobre la lactancia

La ACO utilizada dependerá si se está realizando lactancia artificial o materna