

Nombre del alumno:

Erika Yatziri Castillo Figueroa

Nombre del profesor:

Ervin Silvestre Castillo

Licenciatura:

Enfermería 5to Cuatrimestre

Materia:

Ginecología y Obstetricia

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico del tema:

“PUERPERIO FISIOLÓGICO Y PATOLÓGICO”

PUERPERIO FISIOLÓGICO Y PATOLÓGICO

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.

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 (aproximado 6 semanas).

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.

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, Al final de la segunda semana, es un órgano intrapélvico. Peso alrededor de 350g. Al final de la sexta semana, su tamaño es 2 casi igual que el del útero no gestante, siendo su peso de unos 100g.

2. Regeneración del endometrio

Entre el 2º y 3º día 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 nuevo endometrio.

La regeneración del endometrio es rápida (alrededor de la tercera semana postparto), excepto en el lugar de implantación placentaria. La regeneración e involución de este lugar tiene lugar entre la 8ª y 12º sem.

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: duran de 2 a 3 días. Contienen sangre principalmente junto con pequeños fragmentos de membranas y restos fetales como lanugo, vermis o meconio.

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

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

B. CERVIX Y SEGMENTO INFERIOR DEL ÚTERO

C. 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).

D. 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. La glucosuria fisiológica del embarazo, permanece durante la primera semana postparto en el 20% de los casos. Casi el 50% de las mujeres, tendrán proteinuria residual durante 1 ó 2 días tras el parto.

E. 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. Aquellas mujeres que incrementan su peso en más de 9 kg durante el embarazo, presentarán una mayor diferencia entre su peso de antes y después de la gestación.

En el puerperio se produce un aumento de la concentración de sodio como consecuencia de la disminución de progesterona que aumenta la liberación de aldosterona.

F. 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.

ASISTENCIA AL PUERPERIO HOSPITALARIO

G. 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.

Durante la gestación, se produce un aumento del volumen sanguíneo hasta alcanzar los 5-6 litros (4 litros en mujeres no gestantes). Este volumen se normaliza alrededor de la 3ª semana postparto.

La pérdida de sangre durante el parto, produce en el puerperio una reticulocitos que es máxima en el 4º día postparto. El estrés del parto produce una leucocitosis importante en el puerperio, que sumada a la leucocitosis relativa del embarazo, hace que cifras de hasta 25.000 leucocitos por ml sea considerada normal.

H. CAMBIOS ENDOCRINOS

Hormonas placentarias: Los niveles séricos de las hormonas placentarias descienden rápidamente después del alumbramiento: - Lactógeno placentario: indetectable al finalizar el primer día del puerperio. - BHCG: Desciende a menos de 1000 mUI/ml en 72 horas, A la semana posparto, aproximadamente 100 mUI/ml entre el 11º y el 16º día postparto se negativizan

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 menstruaciones, alcanzará valores foliculares de estradiol entre 2 y 3 meses después del parto.

I. CAMBIOS EN LA GLÁNDULA MAMARIA

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)

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 menstruación.

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 o 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.
- 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.

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 entuentos y molestias de la episiotomía, Involución uterina. Importante el diagnóstico de subinvolución uterina. Causas:

- Parto precipitado o prolongado
- Gemelar, macrosoma
- Endometritis, Miomas, Retención de restos...

No está indicado de forma rutinaria la administración de metilergobasina, Características de los loquios: cantidad, color, olor, Micción espontánea. La primera micción se debe realizar antes de las primeras 6-8 tras el parto. Si esto no se produce, habrá que proceder al sondaje vesical.

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.

Tras un parto eutócico, se considera adecuada una estancia hospitalaria mínima de 48 horas. En el momento del alta, se deben de cumplir una serie de controles:

TA, pulso y Tª dentro de los límites normales,, Loquios con las características evolutivas adecuadas,, Correcta involución uterina,, Periné y canal del parto revisados. Adecuado estado de cicatrización y ausencia de cuerpos extraños,, Actividad miccional normal,, Mamas sin signos inflamatorios, Estado anímico-emocional adecuado

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL PUERPERIO

- Fiebre (Tª > 38°C)
- Hemorragia profusa por vía vaginal
- Loquios malolientes
- Signos inflamatorios locales en mamas, episiotomía y mmii.

Informe de alta

- Tratamiento y cuidados específicos si precisa
- Equipo sanitario de referencia
- Controles y revisiones a realizar
- Modificaciones fisiológicas del puerperio
- Signos de alarma ante los que deberá consultar: fiebre, sangrado.

PAUTAS DE ACTUACIÓN DESPUÉS DEL PARTO POR CESÁREA

IMPRESINDIBLE

la vigilancia estrecha de la diuresis, así con 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.

MOVILIZACION

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
- Disminuye el riesgo de enfermedades respiratorias y diarreas,

- Estimula el desarrollo de las defensas inmunológicas del paciente. Mejor respuesta inmunitaria a las vacunas.
- Previene o reduce el riesgo de alergia
- Promueve un correcto desarrollo de los dientes
- Disminuye la tendencia a la obesidad

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.

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.

Aunque los niveles de prolactina aumentan progresivamente a lo largo de la gestación, los estrógenos de origen placentario bloquean la actividad secretora del epitelio glandular inducida por la PRL, por lo que la producción de leche no ocurre hasta después del parto.

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

1. Ingurgitación mamaria
2. Grietas en el pezón.
3. Pezón unilateral doloroso
4. Obstrucción de la glándula mamaria
5. Pezón plano

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.

PUERPERIO PATOLOGICO

CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA

- Fenilcetonuria
- Galactosemia

RECIEN NACIDO

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

MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN EN EL POSTPARTO

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

- Anticonceptivos orales combinados
- Anticonceptivos con solo progestágenos

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.

DEFINICION

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

ventajas de la lactancia materna

en establecidas, tanto para el lactante como para la madre. se recomendó la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé.

Pero es habitual que se presenten dificultades, por lo que se debe promover una lactancia lo más precoz posible con una técnica correcta, lo que previene la formación de grietas y la consiguiente infección.

El fallo de lactancia

es la ausencia de producción de leche o la producción en cantidad insuficiente para el crecimiento del bebe.

Hay que realizar primero una exploración para descartar causas anatómicas, como pezones planos, mamas tubulares o cirugías mamarias previas.

La ingurgitación mamaria

se manifiesta como dolor y tensión mamaria muy intensos, 24-48 horas tras la aparición de la secreción láctea.

La causa es una ingurgitación excesiva de venas y vasos linfáticos mamarios. Se trata mediante compresión, calor húmedo local, analgésicos y antiinflamatorios, vaciado de la mama de forma natural, y si no es posible de forma mecánica.

INFECCIÓN PUERPERAL

DEFINICION

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.

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 extragenitales se incluyen: complicaciones respiratorias, pielonefritis, absceso pélvico, tromboflebitis, tirotoxicosis, fiebre de origen medicamentoso.

ENDOMETRITIS

es la causa más frecuente de fiebre puerperal. En la mayoría de los casos se produce por vía ascendente tras la colonización microbiana cérvico vaginal.

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.

PATOLOGÍA VASCULAR DEL PUERPERIO

- LA INFECCION EPISIOTOMIA
- INFECCION HERIDA QUIRURGICA
- TROMBOFLEBITIS

es una complicación poco frecuente, en torno al 1%, disminuyendo su incidencia debido al perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y la asepsia en el paritorio. Se producen en su mayoría por agentes polimicrobianos.

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 inmune supresión.

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%).

- DURANTE EL EMBARAZO
- LOS FACTORES ASOCIADOS
- DIAGNOSTICO
- CUADRO CLINICO

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.

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.

se confirma con eco Doppler iniciando tratamiento precoz. Si el eco doppler es negativo, pero existe fuerte sospecha clínica se puede tratar durante días. El tratamiento anticoagulante debe iniciarse precozmente y prolongarse en el tiempo.

es a veces muy inespecífico. El síntoma más común es la disnea (70%), seguido de dolor pleurítico (66%), tos (40%) y hemoptisis (13%). Es frecuente la sensación de angustia. El signo clínico más importante es la taquipnea, seguido de crepitantes y taquicardia.

La clave del diagnóstico es la sospecha clínica. Hay que realizar además auscultación torácica, radiografía de tórax, electrocardiograma, eco grafía transesofágica, analítica, gasometría.

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DEL PUERPERIO

- Uno de los trastornos mentales
- DEPRESION
- TRATAMIENTO

más frecuente en el puerperio es la tristeza o "blues". Lo presentan el 40-80% de las puérperas, 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.

puerperal no parece ser un cuadro diferente al de la depresión mayor. Aparece en el 10-15% de las puérperas.

Se manifiesta después de la segunda semana postparto. Se manifiesta en cansancio físico y psíquico excesivo, alteraciones del sueño, pérdida de interés y autoestima, anorexia, llanto, sensación de culpa.

El tratamiento debe ser de inicio precoz e indicado por el psiquiatra. Son de primera elección la nortriptilina, Imipramina, fluoxetina y paroxetina.

La psicosis puerperal suele comenzar a las 2-3 semanas postparto. Es de inicio súbito, con desorientación témporoespacial, inseguridad, confusión, insomnio, alucinaciones y delirios.