



**Nombre del alumno: Karina Muñoz Ross**

**Nombre del profesor: Lic. Ervin Silvestre Castillo**

**Licenciatura: Enfermería**

**Materia: Ginecología y obstetricia**

**Nombre del trabajo:**

Cuadro sinoptico:

Puerperio patológico y fisiológico.

PUERPERIO  
PATOLOGICO

-Patología de  
la lactancia

- Las ventajas de la lactancia materna están bien establecidas, tanto para el lactante como para la madre.
- El fallo de lactancia es la ausencia de producción de leche o la producción en cantidad insuficiente para el crecimiento del bebe.
- 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.
- 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.
- La mastitis puerperal es la infección del parénquima glandular, tejido celular subcutáneo o vasos linfáticos de la mama. Se manifiesta con dolor, eritema, induración o masa, fiebre, leucocitosis con neutrofilia.
- Un galactocele es un quiste único localizado en la zona central de la mama, en la región ampular del conducto, bajo la piel. Se debe a la obstrucción de un conducto galactóforo que ocasiona la retención de leche.

-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.

-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.
- La fiebre puerperal se define como temperatura igual o superior a 38º al menos durante dos días y entre los días 2º y 10º tras el parto.
- Se puede deber a causas genitales o extragenitales, las genitales son; endometritis infección de la episiotomía o de la laparotomía de la cesárea, fascitis necrotizante, mastitis, tromboflebitis pélvica séptica.
- 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.
- La infección de la episiotomía 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.
- 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 fascitis necrotizante es una complicación poco frecuente, pero potencialmente muy grave.
- 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).

-Puerperio patológico

-infección puerperal

- Posibles complicaciones respiratorias que causen fiebre son atelectasia o neumonía por aspiración bacteriana.
- La crisis de tirotoxicosis se manifiesta por fiebre, disfunción cardiovascular (taquicardia, arritmias), gastrointestinal y alteraciones del sistema nervioso central. Es potencialmente mortal por complicaciones sépticas o insuficiencia cardíaca.

-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<sup>6</sup>. Por su gravedad van a constituir una de las principales complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.
- 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.
- Tiene diferentes formas clínicas, siendo la más banal la flebitis superficial
- La trombosis venosa profunda se manifiesta por dolor, edema, aumento del diámetro de la extremidad afectada
- El signo clínico más importante es la taquipnea, seguido de crepitantes y taquicardia. La clave del diagnóstico es la sospecha clínica.
- Para el diagnóstico de certeza se requiere gammagrafía pulmonar de ventilación-perfusión con una especificidad del 97% y una sensibilidad del 40%
- A veces se requiere tratamiento trombolítico con estreptoquinasa o activador tisular del plasminógeno. Si los anticoagulantes fracasan o están contraindicados se realiza tratamiento quirúrgico, como tromboendarterectomía en pacientes con hipertensión pulmonar, embolectomía en pacientes con trombos en cavidades cardíacas derechas, ligadura o inserción de paraguas en la vena cava inferior en casos de embolización recidivante grave a pesar de la anticoagulación o en caso de hemorragia con riesgo vital.

-puerperio patológico

-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.
- Cualquier paciente que presente síntomas psiquiátricos de aparición reciente debe ser evaluada para descartar un consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades médicas o neurológicas subyacentes.
- Uno de los trastornos mentales más frecuente en el puerperio es la tristeza o "blues"<sup>9</sup>. Lo presentan el 40-80% de las puérperas, con síntomas depresivos que desaparecen en 7-10 días.
- La depresión puerperal no parece ser un cuadro diferente al de la depresión mayor. Aparece en el 10-15% de las puérperas<sup>10</sup>. Se manifiesta después de la segunda semana postparto.
- La psicosis puerperal suele comenzar a las 2-3 semanas postparto. Es de inicio súbito, con desorientación témporo-espacial, inseguridad, confusión, insomnio, alucinaciones y delirios

-Otras patologías puerperiales

- 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. En el 90 % de los casos se produce una resolución paulatina a los 4-6 meses.
- El síndrome de Sheehan se produce por isquemia e infarto de la hipófisis debido a una hemorragia grave durante el parto, originando un panhipopituitarismo. Ocasiona problemas de lactancia y amenorrea, además de síntomas resultantes del déficit de cortisol y hormonas tiroideas.
- 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. Se produce una disfunción sistólica de ventrículo izquierdo demostrada por criterios ecocardiográficos.

Puerperio fisiológico

-Cambios en el útero

- 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 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 casi igual que el del útero no gestante, siendo su peso de unos 100g.
- 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.
- 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; - Loquios rojos: duran de 2 a 3 días. Contienen sangre principalmente junto con pequeños fragmentos de membranas y restos fetales como lanugo, vermix 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.

-vagina

- La vagina recupera su forma y tamaño inicial en tres semanas. El himen rasgado cicatrizará formando nódulos fibrosos de mucosa, pequeños apéndice

-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, sobredistensión de la vejiga con incontinencia por rebosamiento y vaciamiento incompleto de la misma.
- 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.
- Casi el 50% de las mujeres, tendrán proteinuria residual durante 1 ó 2 días tras el parto.

-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.
- 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.

Puerperio fisiológico

-cambios metabólicos

- Los niveles séricos de colesterol y triglicéridos descienden en las primeras 24 horas del puerperio, alcanzando sus cifras pre gestacionales 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 disminuyen 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.
- La pérdida de sangre durante el parto, produce en el puerperio una reticulocitosis que es máxima en el 4º día postparto.
- El estrés del parto produce una leucocitosis importante en el puerperio.
- Los niveles de hierro sérico descienden en el puerperio por la eritropoyesis. La bradicardia es frecuente en los primeros días después del parto, además de un ligero aumento de la TA.

-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.
- Los cambios que se producen en los niveles de estrógenos en plasma dependen de la lactancia materna.
- 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.
- Al producirse el destete, disminuye la concentración de prolactina y aumentan los niveles de LH y estradiol. La función ovárica se reestablece y se produce la ovulación entre 15 y 30 días después del destete.
- Generalmente, la menstruación se reestablece antes que la ovulación. Por el contrario, en aquellas mujeres que dan lactancia y cuya amenorrea dura más de seis meses, existe una tendencia a ovular antes de tener la primera menstruación.

## Puerperio fisiológico

### -cambios en las glándulas mamarias

- 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, nunca superior a 24 horas.
- 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.
- La B- endorfina inhibe también la secreción de dopamina que favorece la liberación de prolactina. Por este motivo, cuanto más frecuente sea el estímulo de la succión, más leche se producirá.
- La succión del pezón también estimula la secreción de oxitocina que provoca la contracción del pezón y salida de leche.

### -Asistencia al puerperio hospitalario

- Inmediato: • Mantenimiento de la puérpera en una sala dedicada a la atención del postparto • Mantenimiento de la vía intravenosa • Signos y síntomas a controlar • 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 • Constantes vitales • 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. Importante el diagnóstico de subinvolución uterina.
- 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 cesarea.

- 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.
- 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.
- Alta. Se dará el alta a la paciente si cumple una serie de condiciones: • Paciente apirética desde 48 horas previas al alta. • Exploración herida quirúrgica y sangrado. • Correcta involución uterina • Exploración mamaria • Micción normal • Deambulación sin dificultad • Tolerancia oral y ruidos intestinales presentes.

## 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, meningitis, otitis • Previene o reduce el riesgo de alergia • Promueve un correcto desarrollo de los dientes • Disminuye la tendencia a la obesidad • Promueve un contacto físico con la madre. Relación madre-hijo. • Disminuye la incidencia de muerte súbita del lactante y riesgo de adquirir diabetes juvenil insulino dependiente.

-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

1. Mamogénesis: Crecimiento y desarrollo de la mama
2. Iniciación (Lactogénesis) y mantenimiento de la secreción láctea (galactopoyesis)
3. Eyección de la leche desde los alvéolos hasta los pezones.

### -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.



Lactancia materna

-problemas durante la lactancia

- ingurgitación mamaria
- grietas en el pezón
- Pezón unilateral doloroso
- Obstrucción de la glándula mamaria
- Pezón plano
- Mastitis
- Absceso mamario

-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. 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 ó 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. Se han descrito efectos adversos en el lactante como ginecomastia, alteraciones hematológicas... El período postparto es una etapa de hipercoagulabilidad relativa. Este problema es mínimo con la utilización de anticonceptivos hormonales a dosis reducidas.







-diagnostico