PUERPERIO Y CUIDADOS DE LA MADRE

DR. PABLO DONATO VICENTE MAGNE
MEDICO ASSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CAMARGO

CONCEPTO:

Período comprendido desde la terminación del parto hasta la total regresión de las modificaciones ocurridas durante el embarazo

CLASIFICACIÓN:

Desde el punto de vista clínico se divide en diferentes momentos evolutivos:

1. Puerperio Inmediato: Comprende las primeras 24 hs posteriores al nacimiento.
2. Puerperio precoz: Abarca del 2° al 10° día posnatales.
3. Puerperio alejado: Se extiende desde el día 11 hasta los 42 días luego del parto.
4. Puerperio tardío: Abarca desde el día 43 hasta los 60 días posteriores al nacimiento.

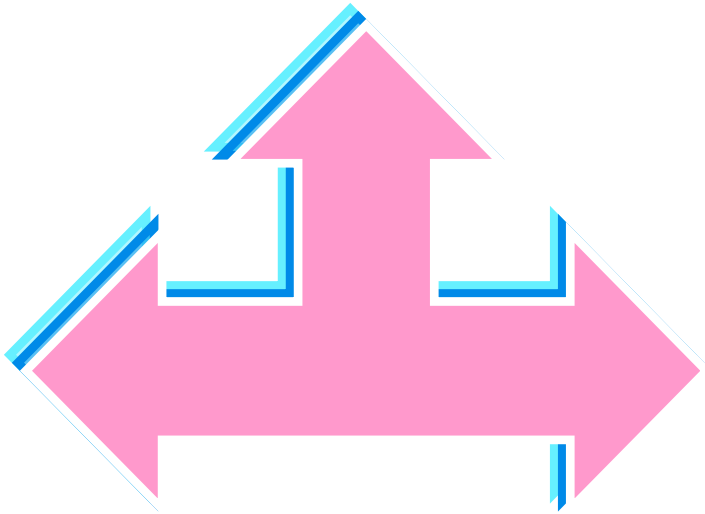
De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10, este período se extiende hasta los 364 días cumplidos debido a que no todos los órganos regresan a su estado basal en los 60 días post parto [3]

PUERPERIO NORMAL
PERIODOS:

- INMEDIATO: 24 horas.
- MEDIATO: Hasta el 7mo día.
- TARDIO: Hasta los 42 días.

PUERPERIO NORMAL
CAMBIOS:

LOCALES

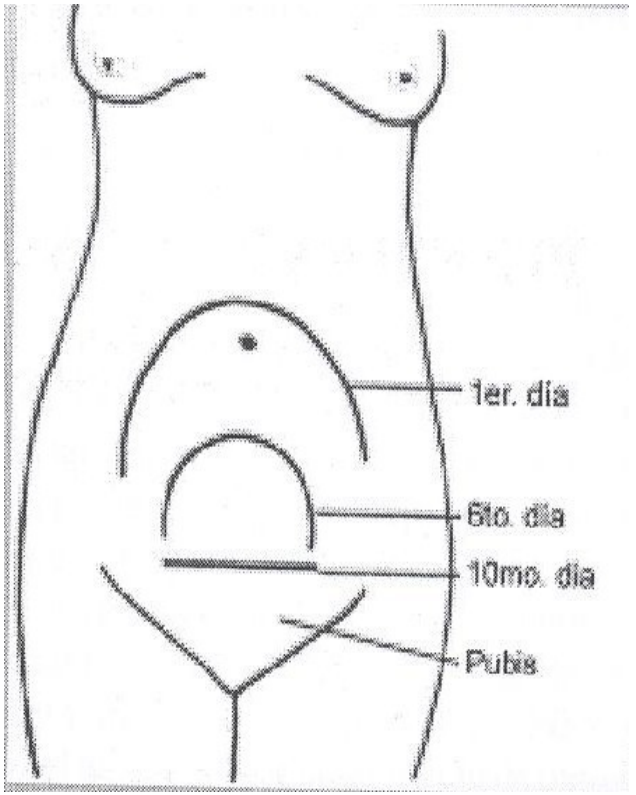


GENERALES

PUERPERIO NORMAL INVOLUCIÓN UTERINA:

A.- FONDO UTERINO:

*Alumbramiento 2cms ↑ del ombligo.
* 24 horas = 2cms ↓ del ombligo .
* Disminución = 1 cm por día .
* 6to día a la mitad entre el ombligo y la sínfisis del pubis.



PUERPERIO NORMAL .
INVOLUCIÓN UTERINA:

B.- SEGMENTO INFERIOR:

*Al momento del parto mide de 8 a 10 cms
*Al tercer día del parto es imperceptible.

C.- CAVIDAD UTERINA :

*Alumbramiento = recubierta por decidua.
*10 día inicia proliferación endometrial.
*25 día = el endometrio recubre toda la cavidad.
*Formación de barrera leucocitaria y reparación del lecho placentario.

PUERPERIO NORMAL
INVOLUCIÓN UTERINA:

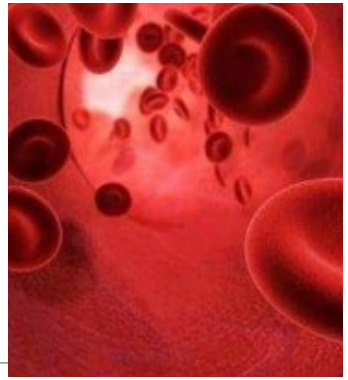
D.- CUELLO UTERINO :

* Alumbramiento = Descendido,edematoso y permeable a dos tres dedos.
* 72 horas = Se encuentra reconstruido y solo es permeable a los loquios.

E.- LOQUIOS:

* Primeras 48 horas = Rojos.
* 3er al 5to día = Sero- sanguinolentos.
* 6to al 7mo día = Blancos.
* 15 días = Desaparecen.
* eritrocitos, decidua desprendida, células epiteliales y bacterias

PUERPERIO NORMAL CAMBIOS GENERALES:



- CARDIOVASCULAR= Bradicardia 60 – 70.
- TEMPERATURA= 1 al 4 día ↑ 1º C.
- SANGRE = Anemia y leucocitosis fisiológica.
- PESO = Pérdida de 8 kg en seis semanas.
- METABOLISMO = ↑, hiperglicemia.
- ENDOCRINO = Amenorrea

PUERPERIO NORMAL Y PATOLÓGICO ELEMENTOS A EVALUAR:

- Estado clínico general.
- Piel y mucosas.
- Signos vitales: pulso, tensión y temperatura.
- Mamas.
- Abdomen: Involución uterina.
- Herida quirúrgica.
- Miembros inferiores.

PUERPERIO NORMAL Y PATOLÓGICO COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES:

- Hemorragia post parto.
- Dolor en la episiotomía.
- Retención urinaria.
- Fiebre = ingurgitación mamaria, sépsis urinaria y endometritis.
- Tromboflebitis pélvica.
- Mastitis

PUERPERIO PATOLÓGICO
PRINCIPALES COMPLICACIONES:

COMPLICACIONES

ANEMIA

AGUDA

CRÓNICA

INFECCIÓN

LOCALES

SISTÉMICAS

INFECCIÓN PUERPERAL FACTORES DE RIESGO:

- No cumplimiento de las normas de asepsia y antisepsia.
- Rotura prematura de membranas de mas de 24 horas.
- Trabajo de parto prolongado.
- Tactos vaginales excesivos.
- Manipulaciones anteparto.
- Coito cercano al parto.

Infección puerperal: Factores de riesgo

- I.- Relacionados con el riesgo general de infección:
  - Anemia
  - Control prenatal deficiente
  - Nivel socio económico ↓.
  - Relaciones sexuales
  - Obesidad
  - Infección cervico-vaginal.

Infección puerperal:

- II.- Relacionados con el parto:

  . Duración excesiva.
  . Corioamnionitis.
  . Monitorización fetal interna.
  . Exploraciones vaginales.
  . Rotura de membranas.

Infección puerperal:

- III.- Relacionados con la intervención obstétrica:

  En cesárea: Urgencia. Experiencia. Duración. Pérdidas hemáticas. Anestesia. Extracción manual.

  B. Instrumentación obstétrica.

  C. Episiotomía.

  D. Desgarros.

PUERPERIO PATOLOGICO PATOGENIA:

- FACTORES LOCALES:

  Presencia de detritus hísticos y exudados en la cavidad uterina

  Regresión del útero puerperal .

  Heridas y restos placentarios .

- FACTORES GENERALES

  Malnutrición

  Anemia.

  Factores pre disponentes para la infección.

PUERPERIO PATOLÓGICO. GÉRMENES CAUSALES:

- **Escherichia coli y los estreptococos anaerobios.**
- **Estreptococos hemolíticos (beta y alfa)**
- **Estafilococos áureos, citrus y albus.**
- **Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Pseudomonas, Chlamydia, Neisseria gonorrhoeae, Bacteroides, etc.**

PUERPERIO PATOLOGICO. PUERTAS Y VÍAS DE ENTRADA:

- PUERTAS.

  * HEMÁTICA.
  * HERIDA PUERPERAL. PERO INVADIENDO PRECOZMENTE LOS VASOS.

- VÍAS:

  * **EPITELIAL.**
  * **CONJUNTIV O LIFÁTICA.**
  * **HEMÁTICA**

PUERPERIO PATOLÓGICO MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

- No siempre son evidentes.
- Alteraciones en la involución uterina.
- Fiebre.
- Taquicardia.
- Cambios en los loquios.
- Leucocitosis.
- Alteración del estado general.
- Dolor abdominal, etc.

Diagnóstico de la infección puerperal:

- Clínico.
- Complementarios (sangre, cultivos, etc.)
- Ultrasonográfico (apoya y ayuda).
- Diferencial (Enfermedad trombo embolica, tracto urinario, alteraciones de la mama, enfermedades virales y respiratorias.

PUERPERIO PATOLÓGICO. PROFILAXIS:

- NUETRALIZAR LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN.
- TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PREVENTIVO EN CASO DE QUE EXISTAN DICHOS FACTORES.

PUERPERIO PATOLOGICO: TRATAMIENTO PROFILÁCTICO:

- Uso de Penicilina G (bencilpenicilina)en casos de rotura prematura de membranas-.
- Cefazolina en caso de operación cesárea.
- Triada: en caso de fiebre intraparto o de alto riesgo de sépsis.

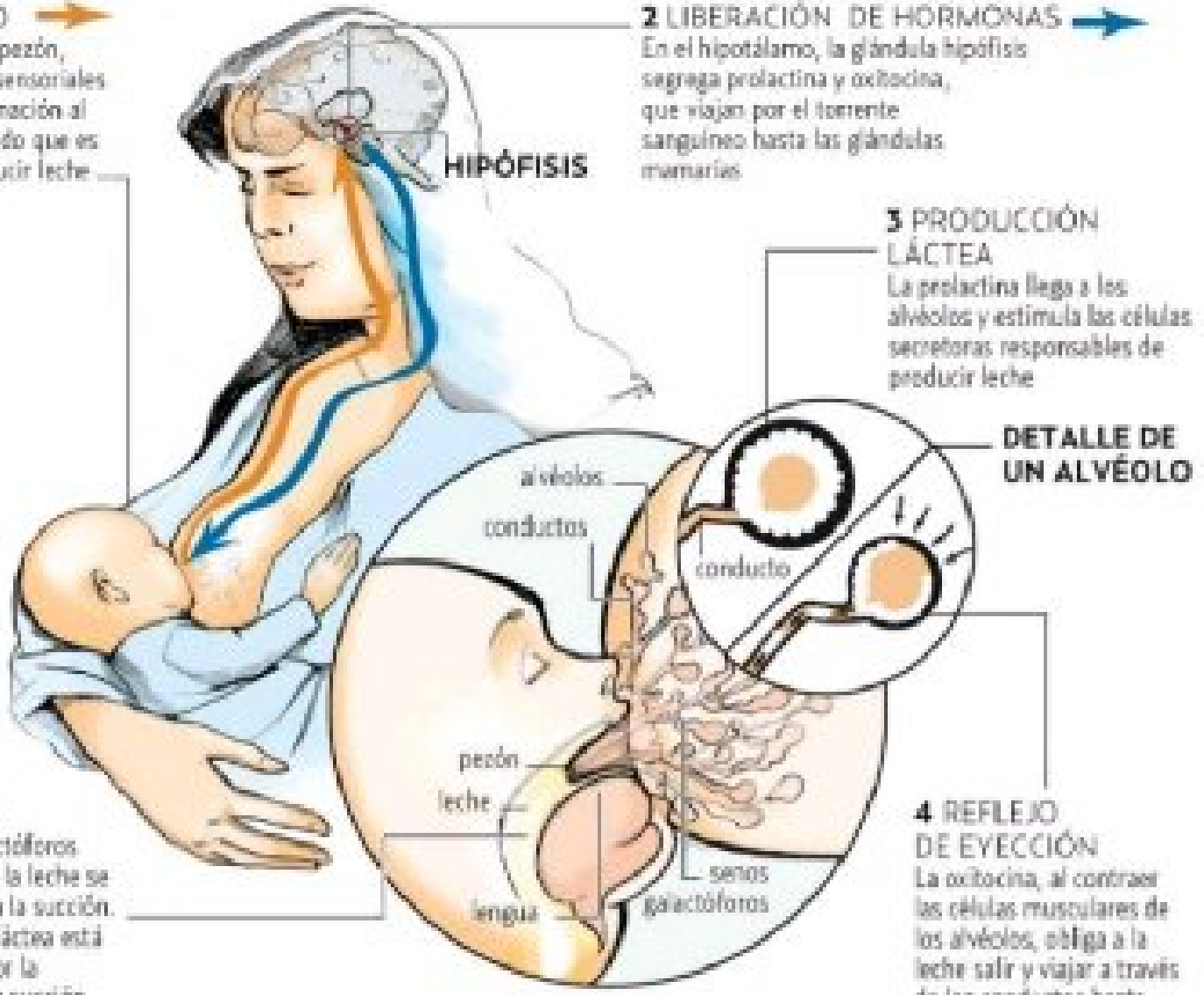
Recomendada:

Penicilina G + Gentamicina + Metronidazol.

LACTANCIA MATERNA. FASES DE LA LACTANCIA:

- LACTOGÉNESIS = Producción e inicio de la secreción láctea.
- LACTOPOYESIS = Mantenimiento de la secreción láctea.
- EYECCIÓN LÁCTEA = Eyaculación-Expulsión de la leche.

EL CICLO DE LA OFERTA Y LA DEMANDA



LACTANCIA MATERNA. VENTAJAS:

- Alimento ideal.
- Afectiva.
- Económica.
- Primera vacuna.

Contraindicaciones lactancia:

Consumo de sustancias tóxicas

Madre con VIH

Madre con tratamiento para cáncer

Madre con TBC sin tratamiento

Usando fármacos que son de categoría C,D Y X de la lista de la FDA.

- Ansiolíticos, incluidas benzodiazepinas
- Antidepresivos
- Antipsicóticos clozapina, haloperidol otros

Schwarcz R. Et al. Obstetricia.7ª edición; Argentina: editorial printing books;2015.
Berkow, R., Beers, M.H. y Fletchner, A. Manual Merck de información médica; España: editorial Grupo Océano; 1997.

Alta hospitalaria:

Signos vitales:	Dentro de parámetros normales.
Mamas:	Secretantes de calostro
Abdomen:	Con útero bien involucionado por debajo de la cicatriz umbilical
Loquios:	Escasos, no fétidos ☾ sin sangrado activo
Diurésis y catársis:	positivas
Deambulación:	Habilidad de hacerlo (evita TV y TEP)
Valoración :	Por psicología, psiquiatría o trabajo social o cualquier otra especialidad (si lo amerita)
Cita de control:	Entre 7 a 10 días.

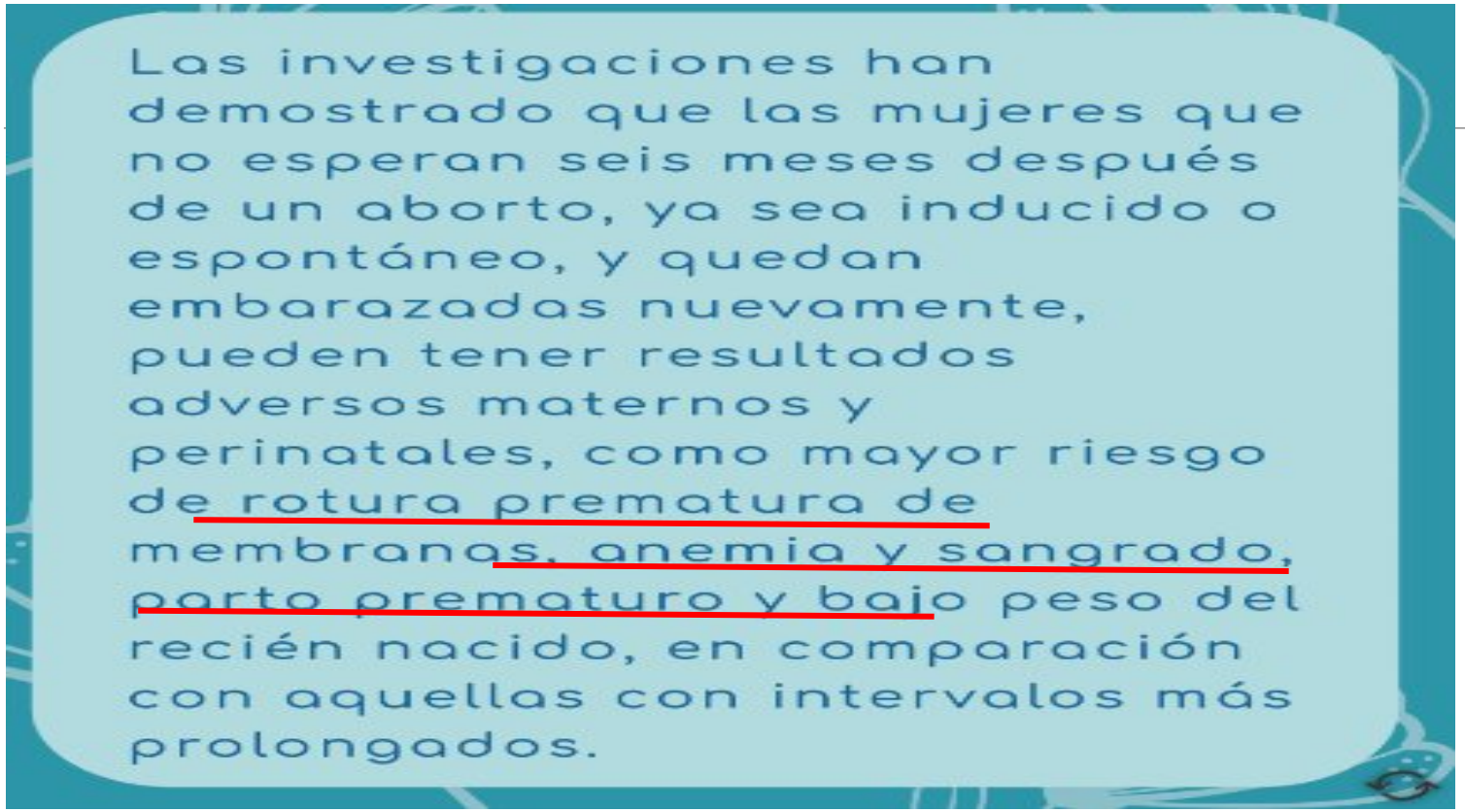
Schwarcz R. Et al. Obstetricia.7ª edición; Argentina: editorial printing books;2015.
Berkow, R., Beers, M.H. y Fletchner, A. Manual Merck de información médica; España: editorial Grupo Océano; 1997.

ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO

Definición

Las muertes maternas relacionadas con embarazos y los partos son una causa significativa de mortalidad en adolescentes. Se producen anualmente más de 70.000 muertes maternas entre 15 y 19 años. Las adolescentes de esta edad tienen dos veces más probabilidad de morir que las mujeres de 20 años.

Cuanto más joven es la persona al quedar embarazada, mayores son los riesgos para su salud. Las niñas que quedan embarazadas antes de los 15 años de edad tienen cinco veces más probabilidad de morir durante el parto que las mujeres de 20 años.


Las investigaciones han demostrado que las mujeres que no esperan seis meses después de un aborto, ya sea inducido o espontáneo, y quedan embarazadas nuevamente, pueden tener resultados adversos maternos y perinatales, como mayor riesgo de rotura prematura de membranas, anemia y sangrado, parto prematuro y bajo peso del recién nacido, en comparación con aquellas con intervalos más prolongados.

MADRE
ST PARTO
ANTES
HOS
EGRESO
LARIO
Inserción de DI
Oclusión tubári
Implante subdé
Método solo de
o o femenino
rogestina
ormonales
o inyectables
bilateral
DESPUÉS DE EGRESO HOSPITALARIO
MELA (protección hasta los seis meses)
Espermicidas
Condón femenino
Anticonceptivos hormonales combinados orales o inyectables (iniciar después del sexto mes en caso de lactancia exclusiva)
HOMBRES
Condón masculino
Vasectomía

Anticoncepción hormonal con progestina sola

El progestageno

inhibe el aumento de la hormona luteinizante

lo que impide la ovulación

espesa el moco cervical

disminuye el movimiento de las trompas de Falopio

provoca atrofia del endometrio

MÁS DE 6 SEMANAS DESPUÉS DEL PARTO (CON LACTANCIA)

- Si el sangrado menstrual no ha comenzado, se puede empezar con las inyecciones en cualquier momento entre las primeras 6 semanas y los 6 meses, si es razonablemente seguro que la mujer no está embarazada.
- Si el sangrado menstrual comenzó, se debe comenzar dentro de los primeros 7 días del sangrado.

as después del
al, se puede
iento en que
que la mujer
istre un
método de respaldo durante 7 días después de la inyección.

Mecanismo primario de acción:

Evita la ovulación (liberación de óvulos de los ovarios).

Espesa el moco cervical (lo que dificulta que los espermatozoides penetren).

MENOS DE 4 SEMANAS DESPUÉS DEL PARTO (SIN LACTANCIA)

- Se puede comenzar con las inyecciones en cualquier momento, no es necesario utilizar un método de respaldo.

DESPUÉS DE UN ABORTO INDUCIDO O ESPONTÁNEO

- Inmediatamente, si comienza dentro de 7 días después de un aborto de primer o segundo trimestre.
- Si transcurren más de 7 días, comenzar con la inyección en cualquier momento en que sea razonablemente seguro que la mujer no está embarazada. Se debe usar un método de respaldo durante 7 días.

CARACTERÍSTICAS DE LOS INYECTABLES DE PROGESTINA SOLA

Altamente eficaces.

Fáciles de usar.

Reversibles, con algo de demora para recuperar la fertilidad (el embarazo se produce en promedio cuatro meses después que con otros métodos modernos).

No interfieren con las relaciones sexuales, es privado.

No tienen efecto sobre la calidad o la cantidad de leche materna.

Ofrecen beneficios de salud no relacionados con la anticoncepción (protección contra el cáncer de endometrio, miomas, embarazo ectópico y enfermedad inflamatoria pelviana sintomática); pueden reducir las crisis en mujeres que tienen anemia con células falciformes (drepanocíticas).

Pueden tener efectos esperables, como por ejemplo, un sangrado irregular entre períodos.

No brindan protección contra infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

Contraindicaciones

- LACTANCIA DURANTE MENOS DE SEIS SEMANAS POSPARTO.
- MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.
- PRESIÓN ARTERIAL SUPERIOR A 160/100 MMHG.
- TROMBOSIS VENOSA AGUDA PROFUNDA (EXCEPTO QUE SE ENCUENTRE BAJO TERAPIA ANTICOAGULANTE).
- ANTECEDENTES O ACTUAL CARDIOPATÍA ISQUÉMICA O APOPLEJÍA.
- SANGRADO VAGINAL NO EXPLICABLE (ANTES DE LA EVALUACIÓN).
- ANTECEDENTES O ACTUAL CÁNCER DE MAMA.
- DIABETES CON COMPLICACIONES VASCULARES.
- CIRROSIS SEVERA; TUMORES HEPÁTICOS MALIGNOS O BENIGNOS, A EXCEPCIÓN DE LA HIPERPLASIA NODULAR FOCAL (QUE ES UN TUMOR QUE CONSISTE EN UN TEJIDO CICATRICIAL Y CÉLULAS HEPÁTICAS NORMALES).

DIU “T” cobre - LNG

- DIU (Tcu 380A/LNG): se pueden colocar hasta las 48 horas posparto o a partir de la cuarta semana.

1. Evita la fertilización.
2. Los iones de cobre disminuyen la motilidad de los espermatozoides y alteran el ambiente del fluido uterino y de las trompas, lo que evita que los espermatozoides lleguen a las trompas de Falopio y fertilicen el óvulo.

1. Espesamiento del moco cervical.
2. Interferencia con la motilidad de los espermatozoides.
3. Adelgazamiento del endometrio.

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OPS

DURANTE EL CICLO MENSTRUAL

- Si se realiza dentro de los primeros 12 días, no es necesario utilizar un método de respaldo.
- Si transcurren más de 12 días, asegure que la mujer no esté embarazada y administre un método de respaldo.

POCO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO (CON O SIN LACTANCIA)

- Dentro de las 48 horas del parto o durante una cesárea.
- Si transcurrieron más de 48 horas espere 4 semanas.

DIUPP

DISPOSITIVO INTRAUTERINO POSPARTO (DIU TCU- 380A / DIU- LNG)

Inmediatamente (dentro de los 10 minutos) después de la salida de la placenta, el DIU Tcu 380A/DIU-LNG se inserta con pinzas largas (preferentemente pinzas de Kelly de 33 cms).

Inmediatamente después de extraer la placenta durante una cesárea, el DIU Tcu 380A/DIU-LNG se inserta manualmente o con una pinza de aro antes de cerrar la incisión uterina.

Contraindicaciones

- EMBARAZO O SOSPECHA DE EMBARAZO.
- SEPSIS DESPUÉS DE UN PARTO O ABORTO (SI LA INSERCIÓN SE REALIZA INMEDIATAMENTE POSPARTO O POSABORTO).
- SANGRADO VAGINAL SIN CAUSA CONOCIDA.
- CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO, ENDOMETRIO U OVARIO.
- ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA ACTUAL.
- CERVICITIS PURULENTA (GONORREA O CLAMIDIA) ACTUAL.
- ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL MALIGNA.
- TUBERCULOSIS PÉLVICA CONOCIDA.
- MIOMA UTERINO U OTRAS ANORMALIDADES ANATÓMICAS QUE CAUSAN DEFORMACIÓN DE LA CAVIDAD UTERINA (CUANDO ESTA SITUACIÓN IMPIDE LA CORRECTA APLICACIÓN DEL DISPOSITIVO).

¿Cuándo se debe volver para el seguimiento?

El seguimiento de mujeres a quienes se les coloca un DIUPP en el posparto inmediato o temprano debería integrarse a la **visita de atención posparto a las 4 a 6 semanas posparto**.

Se debe realizar **una visita a las 4 a 6 semanas** para garantizar a la mujer que el DIU Tcu 380A/ DIU-LNG está in situ (no se ha expulsado.)

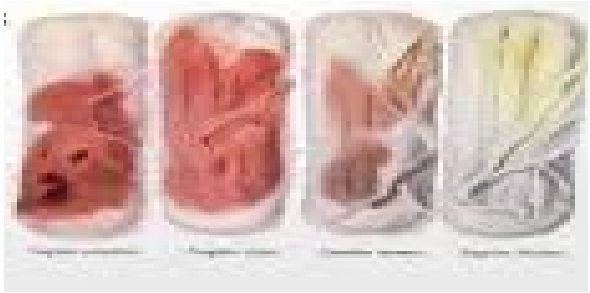
La mujer debe regresar al establecimiento de salud si presenta alguno de los siguientes signos

Secreción vaginal de mal olor (diferente al característico de los loquios posparto).

Sangrado vaginal intenso.

Dolor en la zona baja del abdomen, en especial, si está acompañado de malestar general, fiebre o escalofríos.

Inquietudes respecto de si el DIU Tcu 380A/DIU-LNG ha sido expulsado.



IMPLANTES

Los implantes de progestina sola consisten en cápsulas o varillas rellenas de hormonas que se insertan debajo de la piel en la parte superior del brazo de la mujer.
Tienen una eficacia de más del 99% y ofrecen una ventaja significativa porque demandan escasa o nada de acción por parte de la mujer una vez que ya están insertados, (solo deben regresar al centro de salud para su extracción).

MECANISMO DE ACCIÓN: la hormona pasa al torrente sanguíneo a través de las paredes de la cápsula a un ritmo constante.
¿SE PUEDE RETIRARLOS EN CUALQUIER MOMENTO? Un profesional de la salud capacitado puede extraer los implantes en cualquier momento e inmediatamente se

POSTPARTO

Características de los implantes de progestina sola

Altamente eficaces, aunque como cualquier método hormonal, podría disminuir la eficacia ante la ingesta de Rifampicina. En este caso, se recomienda reforzar con preservativos.

No requieren otra acción más que visitas de seguimiento y regreso para su extracción.

No interfieren con las actividades diarias normales.

De larga duración y reversible.

Tiene una de las dosis más bajas de cualquier anticonceptivo hormonal y no contienen estrógeno.

Pueden ser usado por mujeres en el posparto inmediato o antes de volver al hogar después del parto, como también en el posaborto.

No tienen efecto sobre la calidad o la cantidad de leche materna.

La inserción implica un procedimiento quirúrgico menor y algo de molestias durante un día o dos.

Cómodos, una vez que el lugar de inserción ha sanado completamente (alrededor de 1 semana), las varillas no deberían causar ningún dolor y no se notan en la mayoría de las mujeres.

Tienen beneficios de salud no relacionados con la anticoncepción (ayudan a prevenir embarazos ectópicos).

LAS MUJERES QUE PRESENTAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- EMBARAZADAS (CON CERTEZA O SOSPECHA).
- CÁNCER DE MAMA O ANTECEDENTES DE CÁNCER DE MAMA (CATEGORIA 4).
- TUMOR EN EL HÍGADO Y ENFERMEDAD HEPATICA GRAVE (CATEGORIA 4).
- TROMBOEMBOLIA VENOSA AGUDA (CATEGORIA 3).

*SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE CATEGORIAS PROPUESTAS POR LA OMS PARA LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

En este momento o etapa de orientación, es importante fomentar que, si la mujer lo que desea, alguien elegido por ella o, por ejemplo su pareja, pueda participar en el asesoramiento y familiarizarse con el método anticonceptivo y el tipo de apoyo que pueda darle.

BIBLIOGRAFÍA:

. Williams Obstetricia: El Puerperio. Editorial Ciencias Médicas 2007;17:347-363.

. Colectivo de autores: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Ginecología. El Puerperio. 1997;433-445