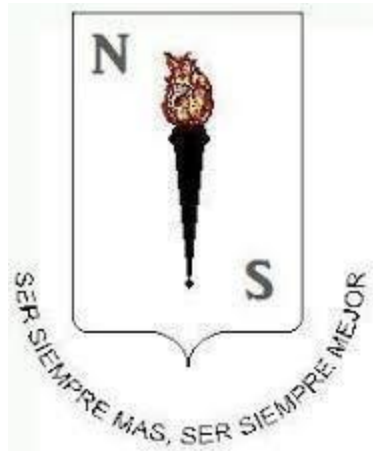


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8722



TESIS
PUERPERIO PATOLÓGICO, EN LA VISIÓN DE MAURO PARRA CORDERO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
AZUCENA MARTÍNEZ MEDINA

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8722



TESIS
PUERPERIO PATOLÓGICO, EN LA VISIÓN DE MAURO PARRA CORDERO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
AZUCENA MARTÍNEZ MEDINA

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2021

Agradecimiento

Quiero agradecer primeramente a Dios por haberme permitido llegar a este punto en mi vida por ayudarme a seguir adelante a pesar de todos los obstáculos que pende que nunca superaría.

Quiero agradecer infinitamente a mi madre y a mi padre, papás los amo con todo mi corazón quiero agradecerles por estar siempre en mi vida por siempre apoyarme, siempre dame las armas suficientes para salir adelante y siempre confiar en mí.

Quiero agradecer a mis hermanos Jovanny y Lupita por ayudarme en este gran proceso, gracias por darme las fuerzas que necesitaba para estar lejos de ustedes y por siempre confiar en mí lo amo siempre lo voy a amar.

Quiero darle las gracias a mis primas que así que eso son como mis hermanas, Lupita, Brenda y Mitzy Vallejo Medina gracias por apoyarme a culminar esta meta las quiero mucho gracias por siempre estar para mí.

Quiero agradecer a mis tías y a sus familias, a la familia Vallejo Medina y la familia Aguilar Medina gracias por ayudarnos a mi familia y a mí por ser siempre esa familia incondicional.

Gracias a todas las personas que estuvieron conmigo a lo largo de estos años de carrera gracias por enseñarme, cosas buenas y cosas malas, pero siempre me dejaron un gran aprendizaje.

Dedicatoria

Este logro y el culminar mi sueño se la quiero dedicar a mis padres en especial porque gracias a ellos estoy aquí en este punto de mi vida, a sus esfuerzos constantes para que yo lograra una meta, saben que los amo con todo mi corazón son lo más hermoso de mi vida, gracias por cada develo, cada día de trabajo donde ya estaban cansados y aun así nunca dejaron de esforzarse para que yo saliera adelante.

Se la dedico a mis hermanos que los amo con todo mi corazón

Se la dedico a toda mi familia porque ellos también contribuyeron en este logro, ellos me ayudaron a salir adelante.

Se la dedico a mis abuelitos que aun que ya no estén aquí conmigo siempre están en mi corazón, siempre llevo sus palabras para que yo lograra culminar esta meta, y aunque no estén aquí quiero decirles que siempre luche por mis sueños que siempre seguiré luchando para que ustedes estén muy orgullosos de mí. Infinitamente gracias a todas y cada una de las personas de mi familia, los amo.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1 VIDA Y OBRAS	3
2.2 INFLUENCIAS.....	4
2.3 HIPÓTESIS	5
2.4 JUSTIFICACIÓN	6
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2.6 OBJETIVOS.....	8
2.6.1 General	8
2.6.2 Específicos	8
2.7 MÉTODOS	9
2.7.1 Inductivo	9
2.7.2 Mayéutica	9
2.8 VARIABLES.....	10
2.8.1 Dependientes	10
2.8.2 independientes	10
2.9 ENCUESTA	11
2.10 GRAFICAS.....	13
3 PUERPERIO.....	38
3.1 Definición Puerperio.....	38

3.2 Cambios físicos	38
3.3 Modificaciones en el aparato circulatorio y hormonal.....	39
3.4 Modificaciones en el abdomen	39
3.5 En el aparato urinario	40
3.6 Modificación en las defensas inmunitarias.....	40
3.7 Etapas del puerperio	41
3.8 Modificaciones en el útero.....	41
3.9 Patologías.....	43
4 EMBARAZO	44
4.1 DEFINICIÓN	44
4.2 El embarazo Antecedentes.....	44
4.3 Características generales	45
4.4 Calendario	47
4.5 Fecha probable de parto.....	48
4.6 Detección y fecha de fecundación	48
4.7 Sangrado de implantación.....	49
4.8 Interrupción de la menstruación.....	50
4.9 Cambios	50
5 ALGUNOS TIPOS DE PUERPERIO PATOLÓGICO	52
5.1 INFECCIÓN PUERPERAL.....	52
5.2 FORMAS ANATOMOCLÍNICAS	53
5.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	56
5.4 PATOLOGÍA HEMORRÁGICA	58
5.5 PATOLOGÍA VASCULAR	60
5.6 PATOLOGÍA MAMARIA.....	63

5.7	ABCESO MAMARIO	64
5.8	PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	67
5.9	FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN POSTPARTO	71
6.	HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS	75
6.1	Definición de hemorragia obstétrica.....	75
6.2	MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA HPP	82
6.3	Placenta Acreta	83
6.3	Sangrado del embarazo tardío.....	87
6.4	RESUCITACIÓN	88
6.5	Resucitación hemorrágica	89
6.6	Resucitación hemostática	89
6.7	Recuperación y reposición de células sanguíneas	90
6.8	Tratamiento intervencionista (De segunda línea)	91
6.9	Tratamiento quirúrgico	92
7.	ANESTESIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA MASIVA.....	94
7.1	DESCOMPENSADA	94
7.2	Fibrinógeno funcional	95
7.3	Tratamiento médico.....	97
7.4	Fibrinógeno y hemorragia posparto	101
7.5	Protocolos de transfusión masiva en HMO	103
7.6	Recuperadores intraoperatorios.....	104
7.7	Embolización arterial selectiva.....	106
7.8	Plaquetas.....	110
7.9	Manifestaciones cutáneas	116
8.	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.....	125

8.1 Puerperio inmediato	125
8.2 Al salir del hospital.....	127
8.3 Cuidado de enfermería a la mujer con infección posparto	128
8.4 Cuidado de enfermería a la mujer con depresión posparto	129
8.5 Percepción y cognición	131
8.6 Priorización de problemas.....	131
8.7 El segundo problema en la jerarquía es el Riesgo de sangrado.....	132
8.8 Recomiendan explícitamente a los profesionales	133
8.9 Activación del código rojo.....	134
9. CONCLUSIÓN.....	135
10. Bibliografía.....	137
10.1 Electrónica	137
10.2 Básica.....	138
10.3 complementaria.....	140
11. GLOSARIO.....	144

1. Introducción

En el presente trabajo de investigación se realizará que 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 gravídico 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.

En este trabajo se dará a conocer diversas de las patologías que pueden atacar durante el estado puerperal, la información que cada una de las personas conozca es de vital importancia para identificar cualquier estado de riesgo en el embarazo y después e el embarazo,

La ginecología reúne la medicina propiamente tal con la cirugía y con resultados concretos que se deciden en nueve meses. En la fisiología humana, el puerperio es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (normalmente 6-8 semanas, o 40 días) para que el cuerpo materno, incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino, vuelvan a las condiciones pre gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.

En el puerperio también se incluye el período de las primeras 24 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto inmediato.

El puerperio abarca desde el parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan la normalidad y aparece la primera menstruación. Para conseguir esta normalidad, el cuerpo sufre una serie de cambios. La madre debe ser examinada en busca de lesiones del canal blando del parto y suturada de ser indicado.

Es un período en el que son comunes el estreñimiento y las hemorroides, por lo que se debe prestar atención a los síntomas que sugieran estas condiciones. La vejiga debe ser vigilada para prevenir una infección o detectar retención, y así cualquier otra patología que pueda ocurrir durante el puerperio, como el síndrome de Sheehan.

La muerte materna (MM) es uno de los indicadores fundamentales para medir el nivel socioeconómico y estado de salud de la población de cualquier país, pero medirla es un procedimiento delicado y complejo, no resulta fácil comparar los datos obtenidos de diferentes fuentes y establecer la real magnitud del problema, pero puede afirmarse que un aspecto de la sanidad que no ha mejorado en los últimos decenios, incluso como media mundial, es este acápite de la mortalidad y no muestra indicios de mejorar.

Cada día con más recursos humanos y tecnológicos, hoy se encuentra entre los países de baja tasa, pero las cifras han aumentado en la última década a más de 40 por 100,000 nacidos vivos. El puerperio es el período de ajuste posterior al parto, durante el cual los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal, o sea, no gestacional.

En los diversos sistemas de salud se ha incrementado la muerte materna debido a complicaciones puerperales, debido a procesos de puerperio patológico los cuales ocurren. El fin de este trabajo es dar a conocer los cuidados de enfermería y las actividades que se deben de realizar en las puérperas tanto preventivas como cuando ya ocurre un proceso patológico para evitar llegar a un final de la madre, concientizar al personal de enfermería para un mejor trato a las puérperas y saber identificar cualquiera de las complicaciones.

Saber qué nivel y que requiere las mujeres para una mejor calidad de vida durante el puerperio así se reducirá el nivel de la mortalidad materna.

Durante esta etapa pueden ocurrir complicaciones que en ocasiones evolucionan hacia un desenlace fatal y originan consecuencias negativas a la población y al país.

Las tres principales causas de MM en durante los últimos años fueron: las hemorragias (25 %), infecciones (15 %) y eclampsia (12 %), se hace necesario ahondar en las diferentes afecciones que pueden relacionarse con el puerperio ocasionando morbilidad.

Durante el puerperio pueden ocurrir complicaciones que evolucionen hacia la muerte, originando consecuencias negativas a la familia, la población y sistema de salud, las muertes se pueden dar en el puerperio sin importar que sea quirúrgico o fisiológico, muchas de las muertes se dan gracias a la negligencia o a los abusos obstétricos que sufren las pacientes, se debe de tomar en cuenta que las mujeres deben de estar informadas bien de las posibles complicaciones que pueden sufrir en este periodo sin restricción alguna sin importar los niveles económicos que las mujeres tengan.

Toda condición mórbida que interfiera la regresión fisiológica al estado pre gravídico de la puérpera, depende del nivel socio económico para los cuidados que tenga la paciente, aunque estas patologías pueden afectar a todas las puérperas.

2. Marco teórico

2.1 Vida y obras

Mauro Parra Profesor Titular de la Universidad de Chile. Médico Cirujano Universidad de Concepción, Chile. Especialista Obstetricia y Ginecología. Especialista Medicina Materno-Fetal, Kings Collage de Londres. Doctor en Medicina, Universidad de Londres. Director de Departamento de Obstetricia y Ginecología (2013-2017). El doctor Parra ha sido considerado uno de los talentos y avanzados nacionales en el campo de la medicina fetal. Docente e investigador, el reconocimiento lo hizo un diario que consultó a voces especializadas para detectar a aquellas personas que darán que hablar en los próximos años por los avances en que están empeñados en sus respectivos campos.

El profesional nació en Osorno, hizo el primer año del Bachillerato en Ciencias Biológicas en Valdivia y llegó luego a Concepción Ingresó en 1982 con una beca deportiva pues lanzaba jabalina y practicaba el salto largo. Se encontró con la Universidad estructuralmente muy hermosa, con historia, con un alma bien definida, con enorme potencialidad, pero con el peso manifiesto de la tutela militar de aquel entonces.

Inició como médico general de zona en Los Vilos. Luego postulé a la Universidad de Chile para una beca y la logré en 1990.

Llegar a un hospital como el JJ Aguirre es impactante por su condición de hospital público, pero también universitario, que permite una práctica médica del primer nivel. Más tarde vuelvo a San Felipe como médico especialista en ginecología donde estoy hasta el 95. Al año siguiente viajo a Londres becado por cuatro años al King's Collage Hospital.

2.2 Influencias

Buena y motivante el área de mi especialidad: la obstetricia y la ginecología. Recuerdo a profesores como el doctor Henning, con una enorme capacidad para transmitir no sólo sus propios conocimientos, sino que entusiasmar con su especialidad. De hecho, Ricardo Gómez, en el Sótero del Río, y Julio Astudillo, en la Clínica Alemana, nos dedicamos a lo mismo y nos andamos tocando en todos los congresos. La ginecología reúne la medicina propiamente tal con la cirugía y con resultados concretos que se deciden en nueve meses. Mi práctica en el hospital Higuera me confirmó el que mi decisión había sido la correcta.

2.3 Hipótesis

El puerperio quirúrgico hace más cambios físicos y psicológicos en la mujer dándole mayores complicaciones y causando más puerperios patológicos que en los puerperios fisiológicos.

Las mujeres con puerperio patológico presentes se deben a las laceraciones que sufren quirúrgicamente y fisiológicamente aumentando más en los procesos quirúrgicos.

Es más probable que las mujeres con puerperio fisiológico se curen más rápido que las de puerperio quirúrgico

La episiotomía y la incisión de cesárea es igual de probable que se infecten.

2.4 Justificación

En los diversos sistemas de salud se ha incrementado la muerte materna debido a complicaciones puerperales, debido a procesos de puerperio patológico los cuales ocurren.

El fin de este trabajo es dar a conocer los cuidados de enfermería y las actividades que se deben de realizar en las puérperas tanto preventivas como cuando ya ocurre un proceso patológico para evitar llegar a un final de la madre, concientizar al personal de enfermería para un mejor trato a las puérperas y saber identificar cualquiera de las complicaciones.

Saber qué nivel y que requiere las mujeres para una mejor calidad de vida durante el puerperio así se reducirá el nivel de la mortalidad materna.

2.5 Planteamiento del problema

La muerte materna es uno de los indicadores primordiales que miden el nivel socioeconómico y estado de salud poblacional y resulta muy compleja su evaluación. Durante el puerperio pueden ocurrir complicaciones que evolucionen hacia la muerte, originando consecuencias negativas a la familia, la población y sistema de salud, las muertes se pueden dar en el puerperio sin importar que sea quirúrgico o fisiológico, muchas de las muertes se dan gracias a la negligencia o a los abusos obstétricos que sufren las pacientes, se debe de tomar en cuenta que las mujeres deben de estar informadas bien de las posibles complicaciones que pueden sufrir en este periodo sin restricción alguna sin importar los niveles económicos que las mujeres tengan.

2.6 Objetivos

2.6.1 General

Identificar cuáles son los cuidados e intervenciones de enfermería en las puérperas

2.6.2 Específicos

Conocer cual tipo de puerperio es más riesgoso

Saber identificar ciertos signos de un puerperio patológico

Informar a las mujeres sobre las complicaciones y riesgos

2.7 Métodos

2.7.1 Inductivo

El método inductivo o inductivismo es aquel método científico que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos para su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación. Se realizará mediante la observación de las complicaciones que ocurren en el hospital en las púerperas y la reacción en cada uno de los puerperios.

2.7.2 Mayéutica

El método Mayéutica consiste en ayudar a descubrir la verdad por sí misma. La Mayéutica era el arte donde la partera auxiliaba a la mujer a dar a luz, la madre de Sócrates, Phaenarete, fue partera.

Se realizara con la investigación mediante encuestas entrevistas a las pacientes que sufrieron o que pasaron por las diversas situaciones o las complicaciones del puerperio.

2.8 Variables

2.8.1 Dependientes

A mayor edad gestacional menores complicaciones materno-fetal

A mayor información, menor incidencia de mortandad

A mayor número de gestas mayor riesgo

A mayor información menor índice de mortalidad

2.8.2 independientes

Las Edades extremas del embarazo producen mayores complicaciones.

A mayor número de gesta mayor riesgo de complicaciones uterinas

Tipo de puerperio quirúrgico o fisiológico

A mayor Número de Abortos mayor incidencia de afectación uterina

Prematuridad del neonato

Embarazos anteriores

Partos anteriores

Cesáreas anteriores

2.9 Encuesta

Encuesta dirigida a las mujeres embarazadas y puérperas para conocer la información sobre el tema

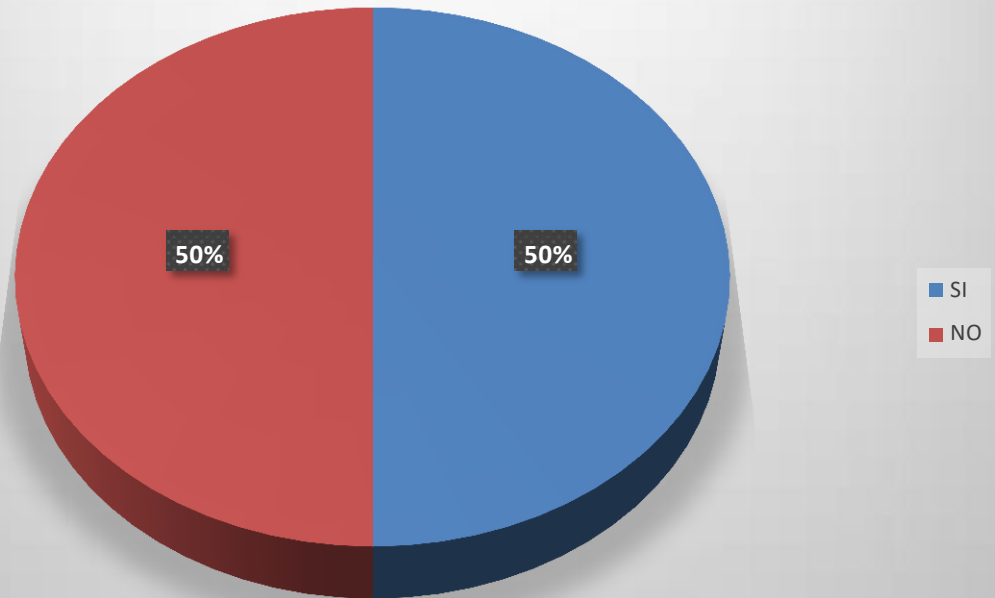
PREGUNTA	SI	NO
¿Conoce lo que es un puerperio?	28%	72%
¿Sabe qué es el puerperio patológico?	56%	44%
¿Conoce cuáles son los tipos de alumbramiento?	50%	50%
¿Sabe en qué etapas se divide el puerperio?	54%	46%
¿Identifica cuando es un puerperio inmediato?	56%	44%
¿Identifica cuando es un puerperio mediano?	52%	48%
¿Identifica cuando es un puerperio tardío?	54%	46%
¿Ha tenido alguna complicación en tu puerperio?	66%	34%
¿Considera usted importante conocer las etapas en las que se divide el puerperio?	30%	70%
¿Sabe cómo identificar una hemorragia vaginal después del parto?	36%	64%
¿Ha sufrido de un abundante sangrado después del parto?	46%	54%
¿Es de su conocimiento las principales complicaciones en el puerperio?	40%	60%
¿Conoce algunos signos y síntomas de una hemorragia?	30%	70%
¿Cree que dependiendo del puerperio (quirúrgico o fisiológico) es la complicación?	40%	60%
¿Cree que el puerperio quirúrgico cause más complicaciones?	34%	66%
¿Piensa usted que el puerperio fisiológico es más predisponente a las complicaciones?	60%	40%
¿Cree que el puerperio quirúrgico cause más infecciones?	26%	74%
¿Se le ha informado que los cuidados no son iguales en el puerperio?	32%	68%
¿Piensa que las hemorragias es la única complicación?	56%	44%
¿Puede identificar una infección en una herida de cesárea?	40%	60%
¿Sabe lo que es la episiotomía?	56%	44%
¿Cree que se pueda infectar?	40%	60%
¿La salida de líquido blanco de heridas quirúrgicas es normal?	64%	36%
¿Cree que La coloración rojiza intensa es normal en las heridas quirúrgicas?	30%	70%
¿Cree que se deban realizar curaciones en la episiotomía?	64%	36%
¿Piensa usted que las alteraciones psicológicas después del parto son una complicación?	36%	64%
¿Es de su conocimiento lo que significa "depresión postparto"?	40%	60%
¿Cree que afecte a todas las mujeres?	40%	60%

¿Ha sufrido depresión?	48%	52%
¿Cree que la muerte materna tenga que ver con la depresión?	40%	60%
¿Cree que se debería de dar seguimiento a la depresión postparto?	70%	30%
¿Cree que el aumento de la glándula mamaria es normal después del puerperio?	62%	38%
¿El dolor de las glándulas mamarias piensa usted que es normal?	26%	74%
¿Piensa que es normal el agrietamiento de las mamas?	64%	36%
La salida de líquido blanco de las mamas cree que es normal	40%	60%
¿Sabe lo que es el calostro?	40%	60%
¿Piensa que el color de las mamas no importa después del puerperio?	70%	30%
¿Considera importante el amamantar al recién nacido?	60%	40%
¿Sabe cómo identificar una infección?	38%	62%
¿Piensa usted que la fiebre sea una señal de infección?	48%	52%
¿Considera importante saber cuáles son las principales patologías del puerperio?	64%	36%
¿Cree que la mujer merece más información sobre el puerperio?	62%	38%
¿Cree que las patologías apliquen también dentro del alumbramiento?	62%	38%
¿La muerte materna también es considerada en el aborto?	30%	70%
¿Cree que el aborto es una patología en el embarazo?	34%	66%
Considera que el legrado puede presentar complicaciones	26%	74%
¿Piensa que la información que se tiene en torno al embarazo es la suficiente?	28%	72%

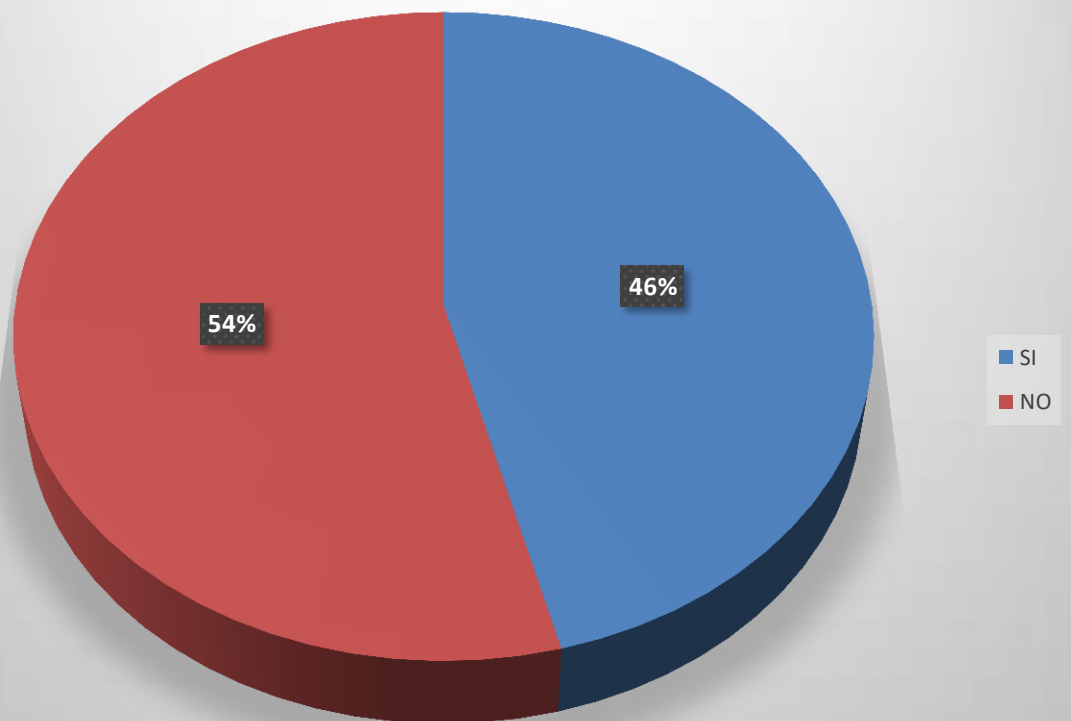
2.10 Graficas



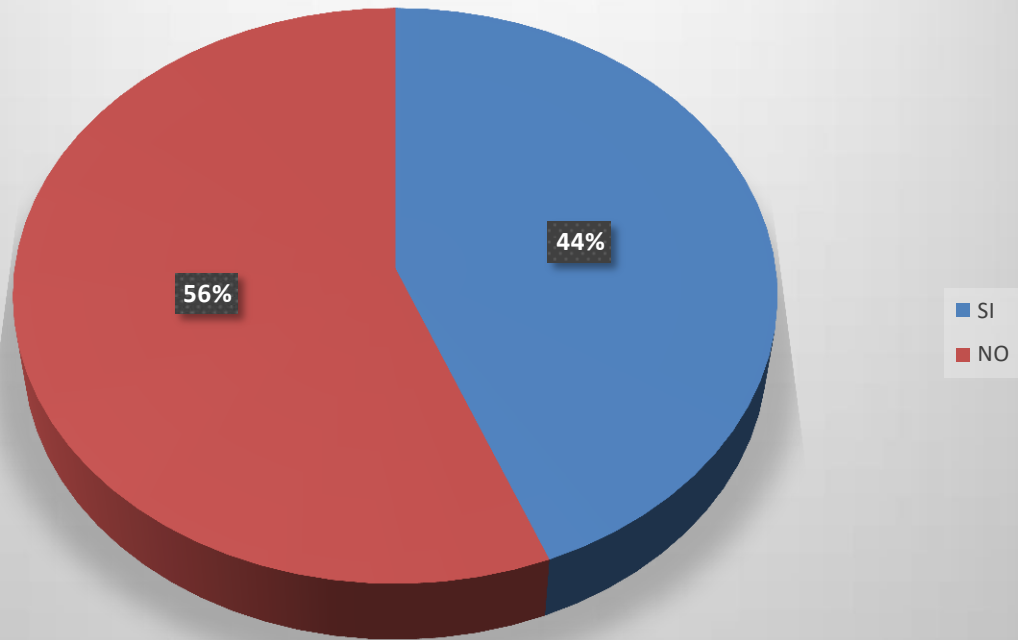
¿Conoce cuáles son los tipos de alumbramiento?



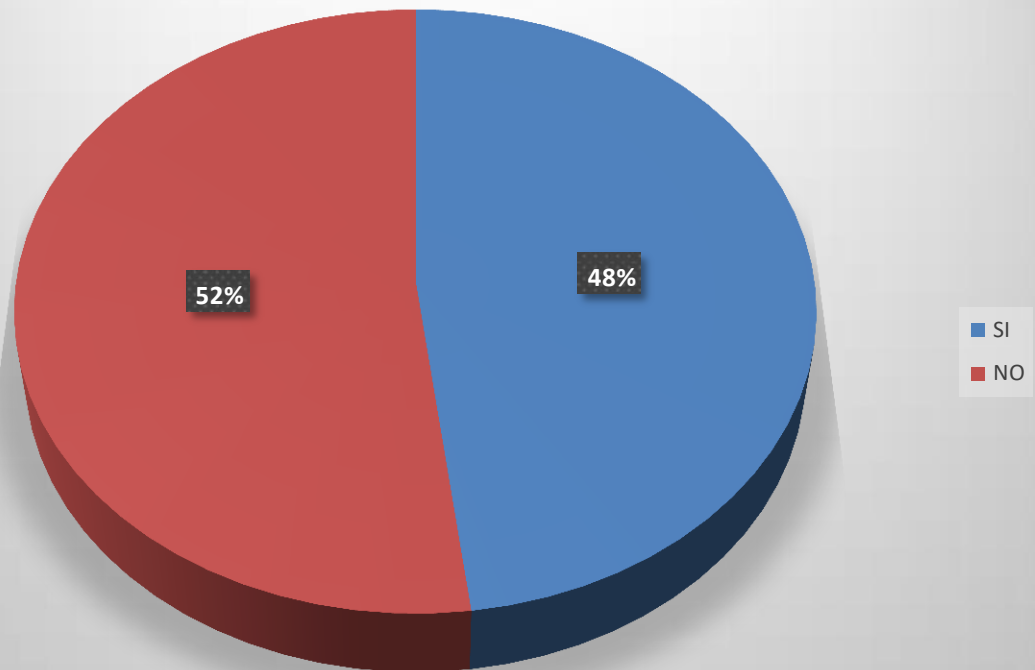
¿Sabe en qué etapas se divide el puerperio?



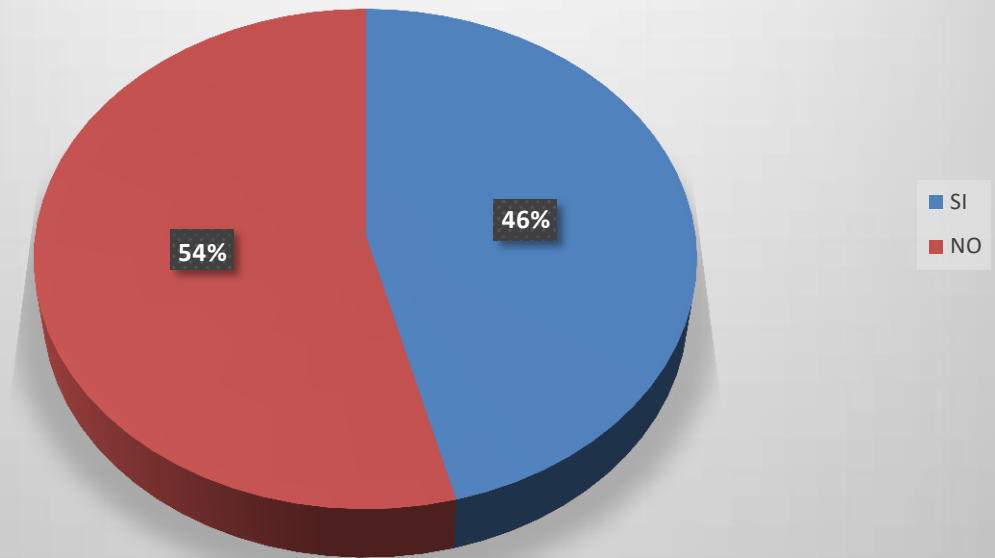
¿Identifica cuando es un puerperio inmediato?



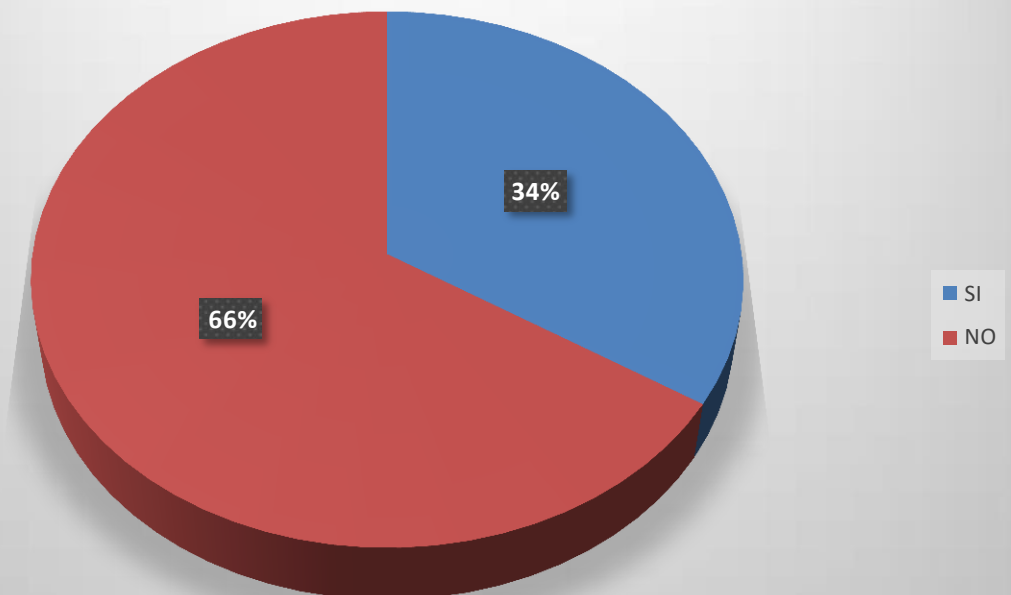
¿Identifica cuando es un puerperio mediato?



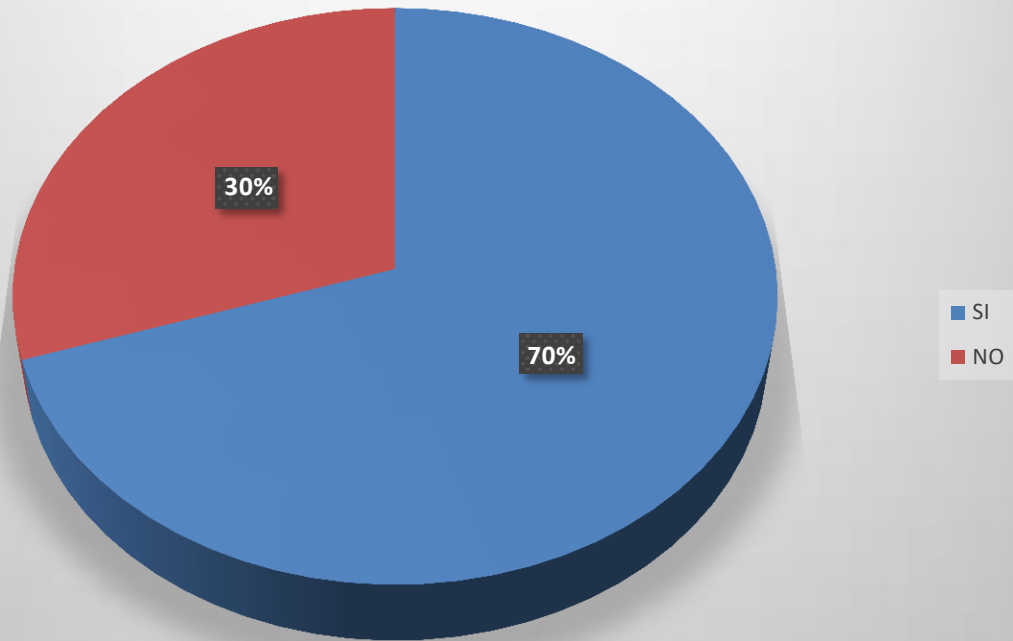
¿Identifica cuando es un puerperio tardío?



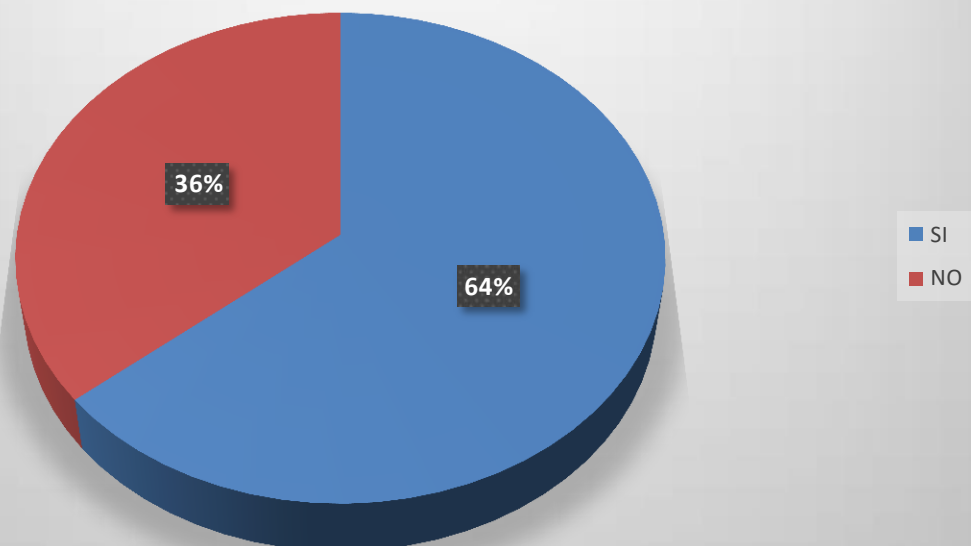
¿ha tenido alguna complicación en tu puerperio?



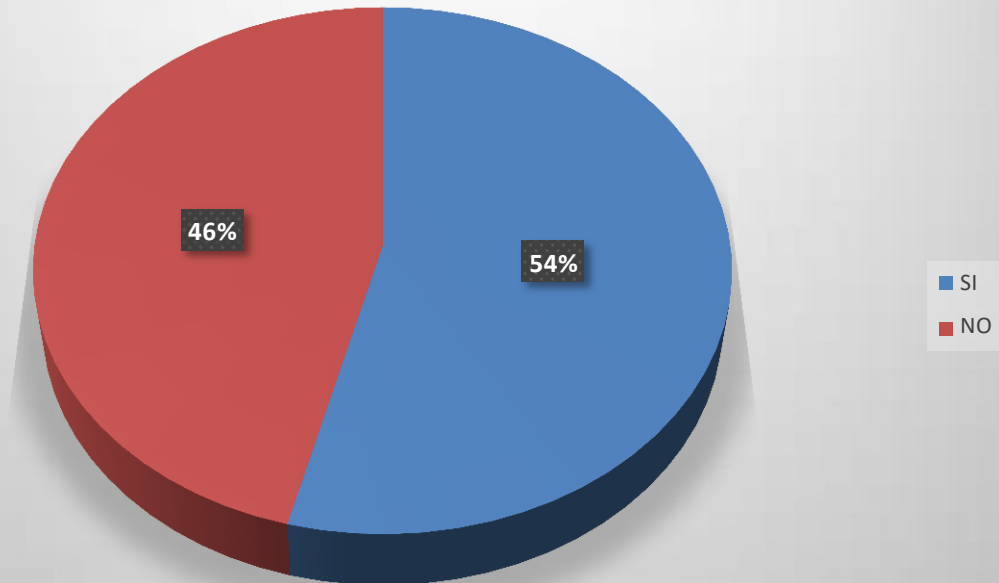
¿Considera usted importante conocer las etapas en las que se divide el puerperio?



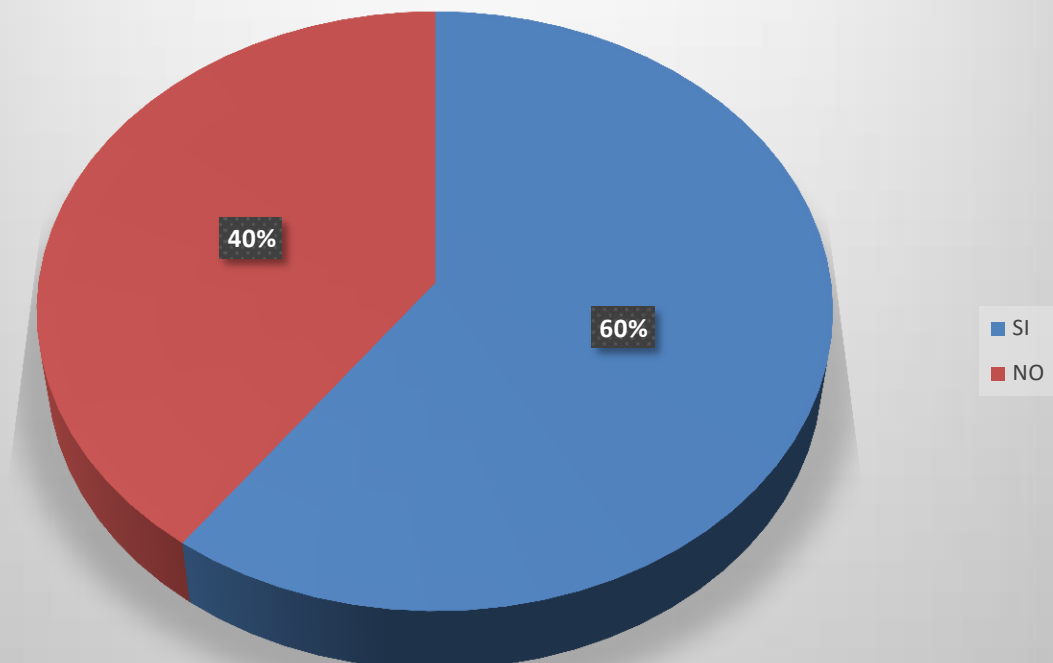
¿Sabe cómo identificar una hemorragia vaginal después del parto?



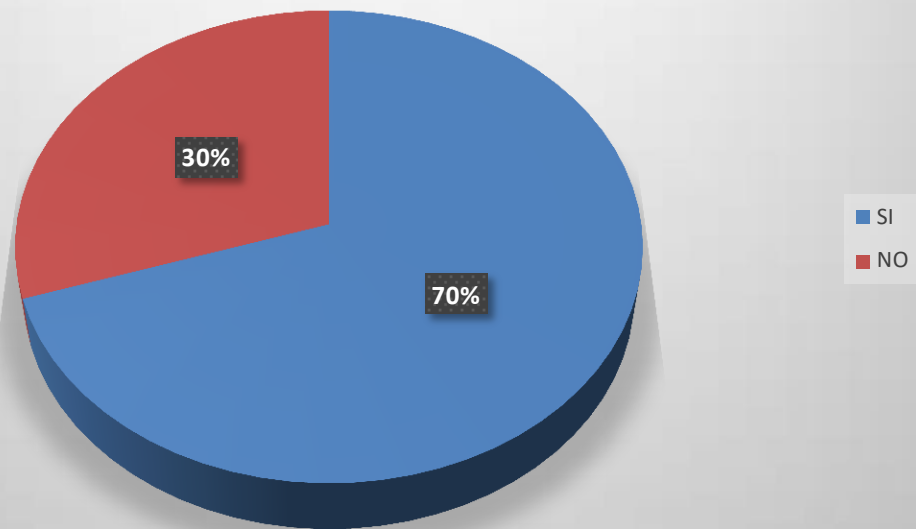
¿Ha sufrido de un abundante sangrado después del parto?



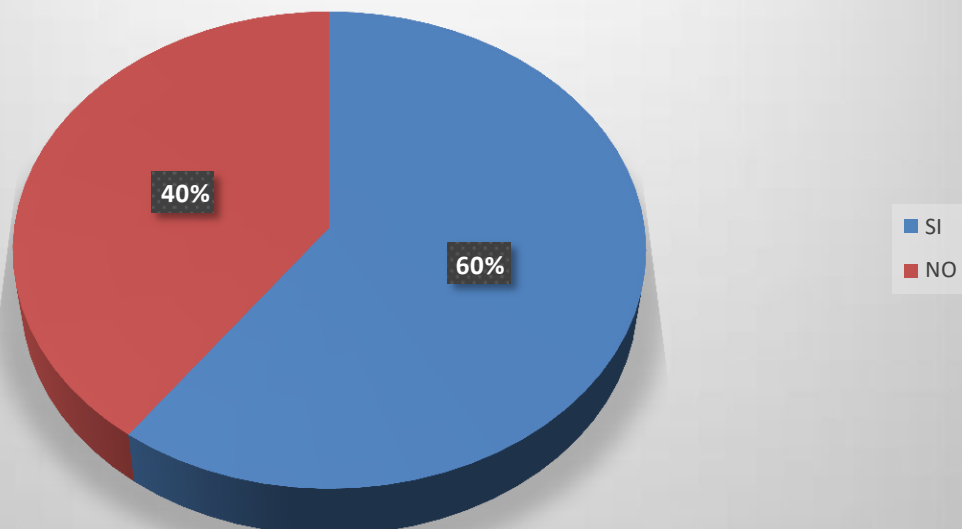
¿Es de su conocimiento las principales complicaciones en el puerperio?



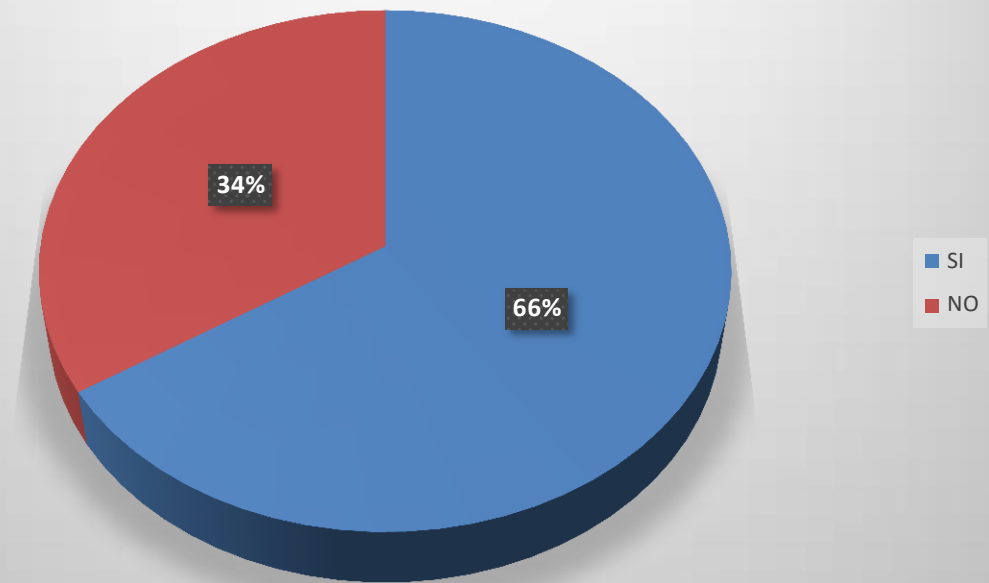
¿Conoce algunos signos y síntomas de una hemorragia?



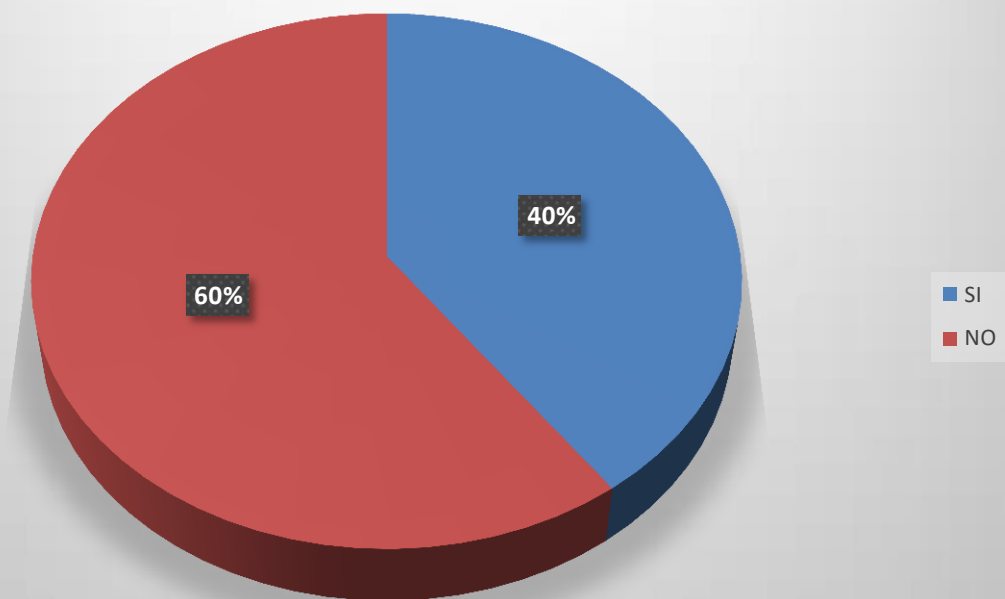
¿Cree que dependiendo del puerperio (quirúrgico o fisiológico) es la complicación?



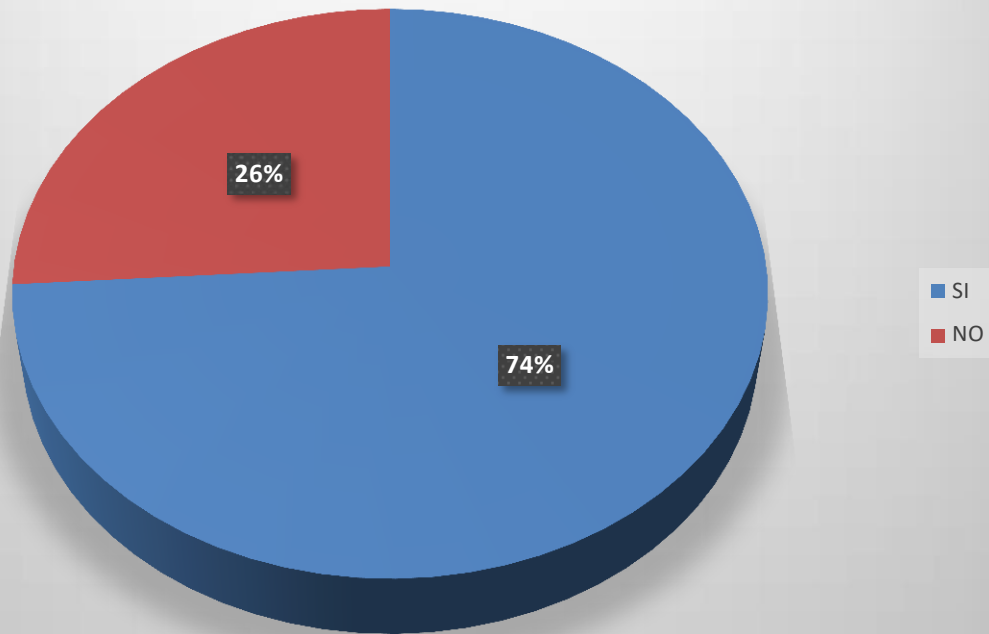
¿Cree que el puerperio quirúrgico cause más complicaciones?



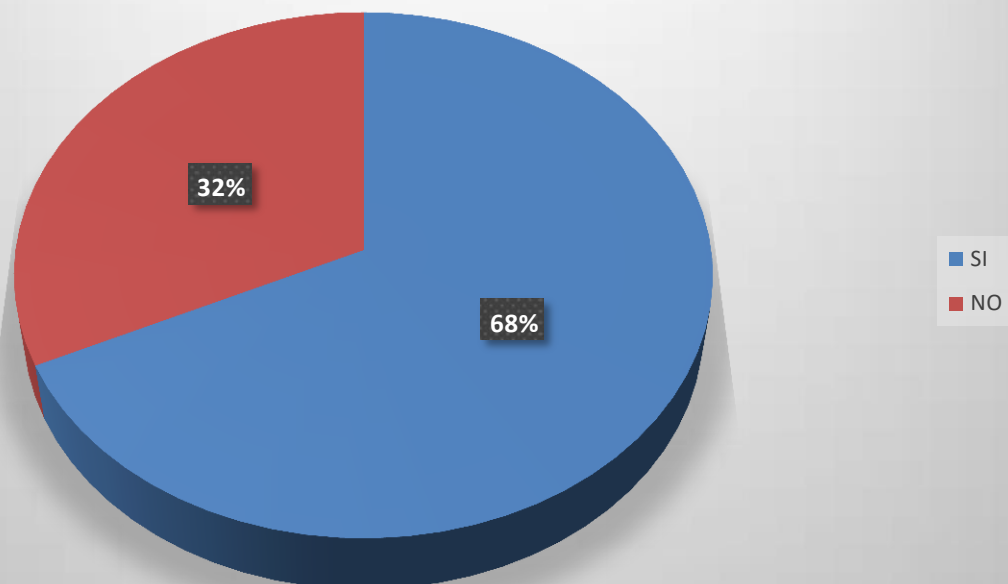
¿Piensa usted que el puerperio fisiológico es más predisponente a las complicaciones?



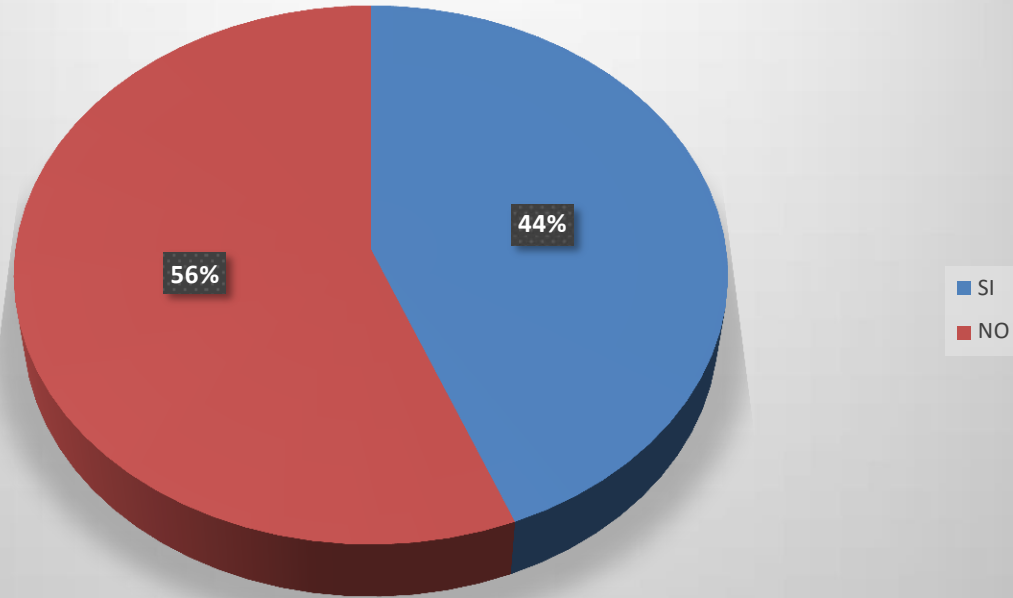
¿Cree que el puerperio quirúrgico cause más infecciones?



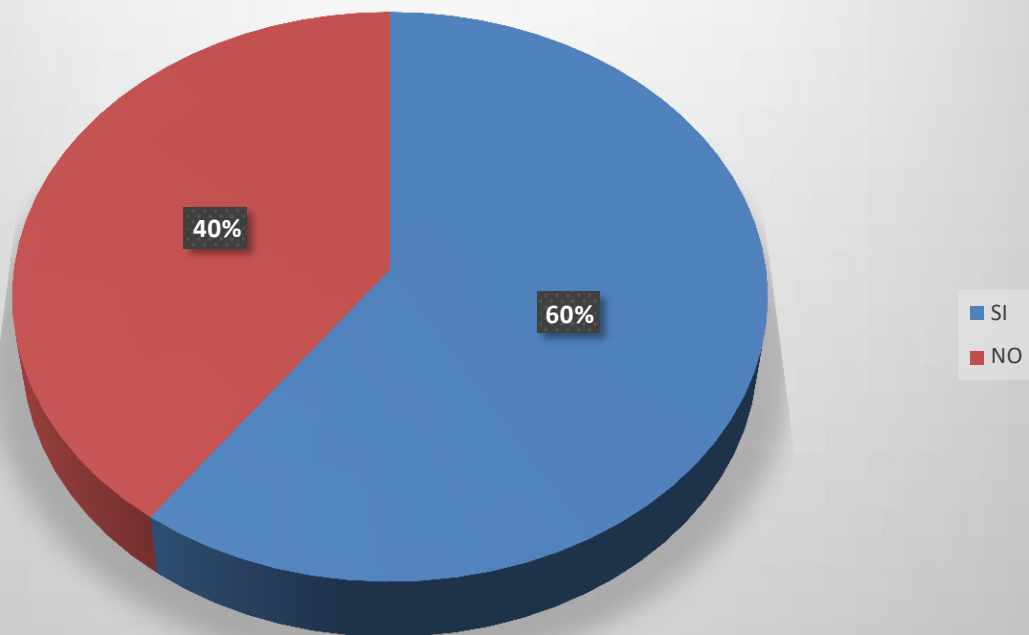
¿Se le ha informado que los cuidados no son iguales en el puerperio?



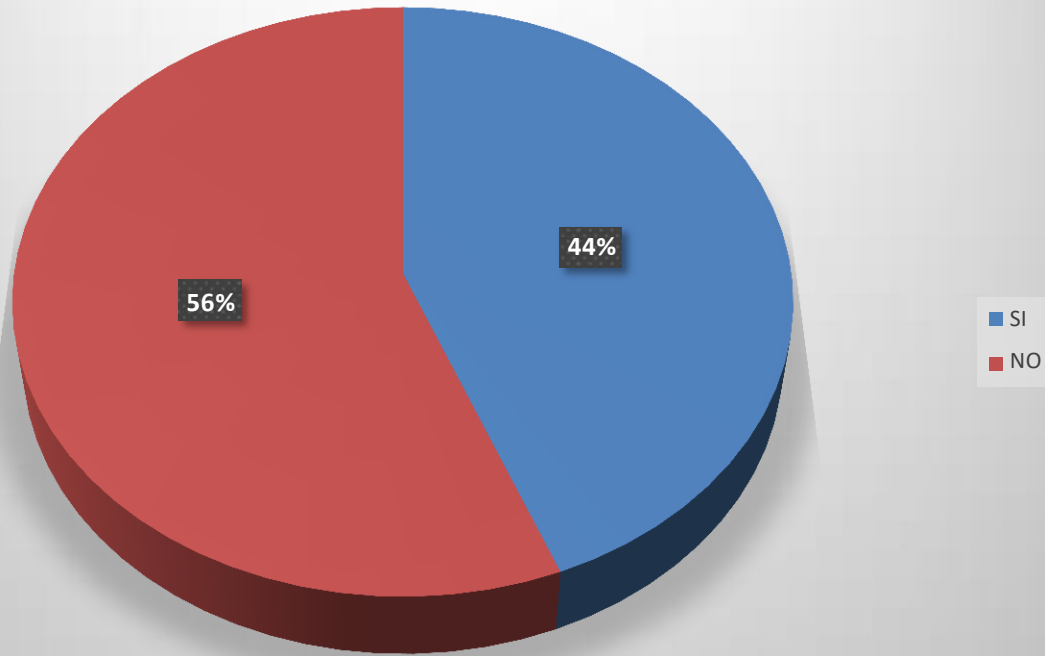
¿Piensa que las hemorragias es la única complicación?



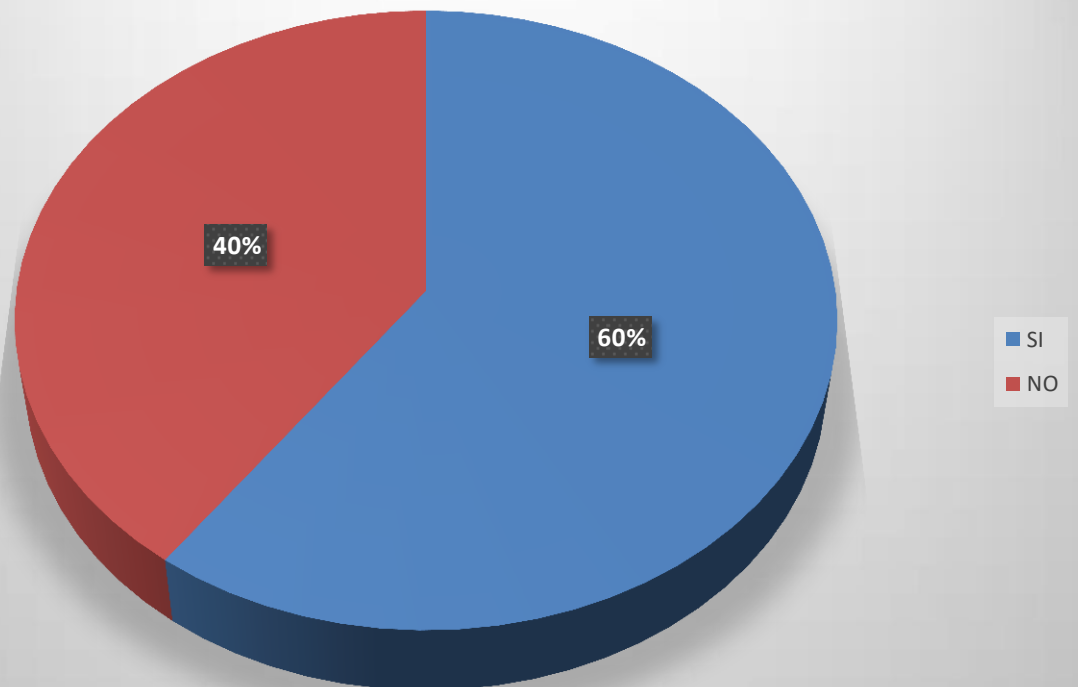
¿Puede identificar una infección en una herida de cesárea?



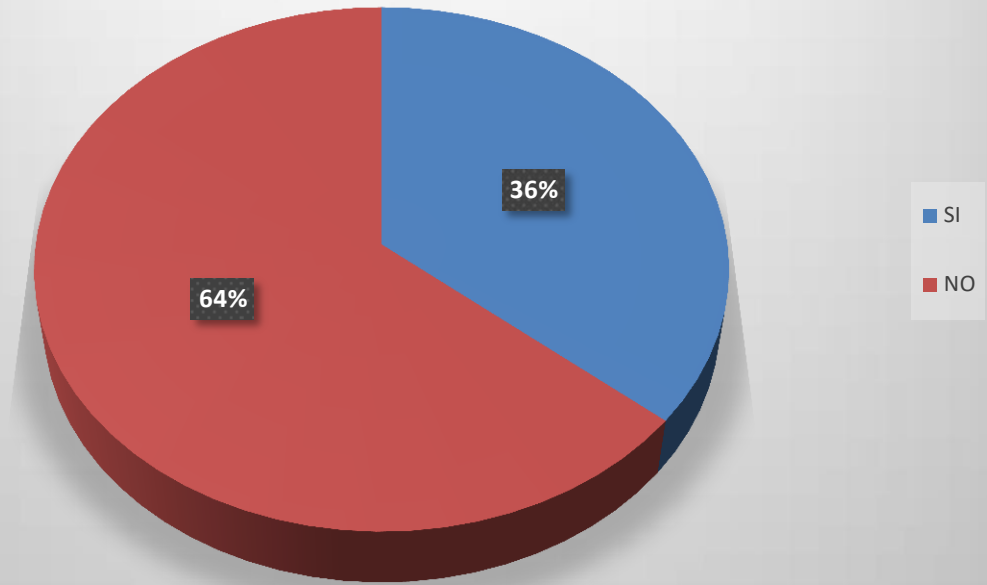
¿Sabe lo que es la episiotomía?



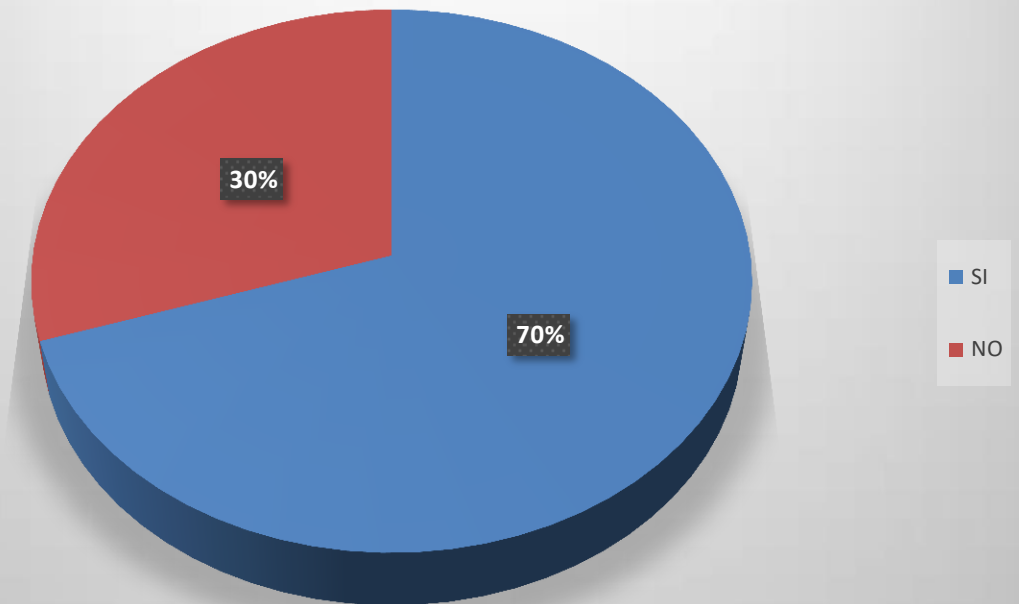
¿Cree que se pueda infectar?



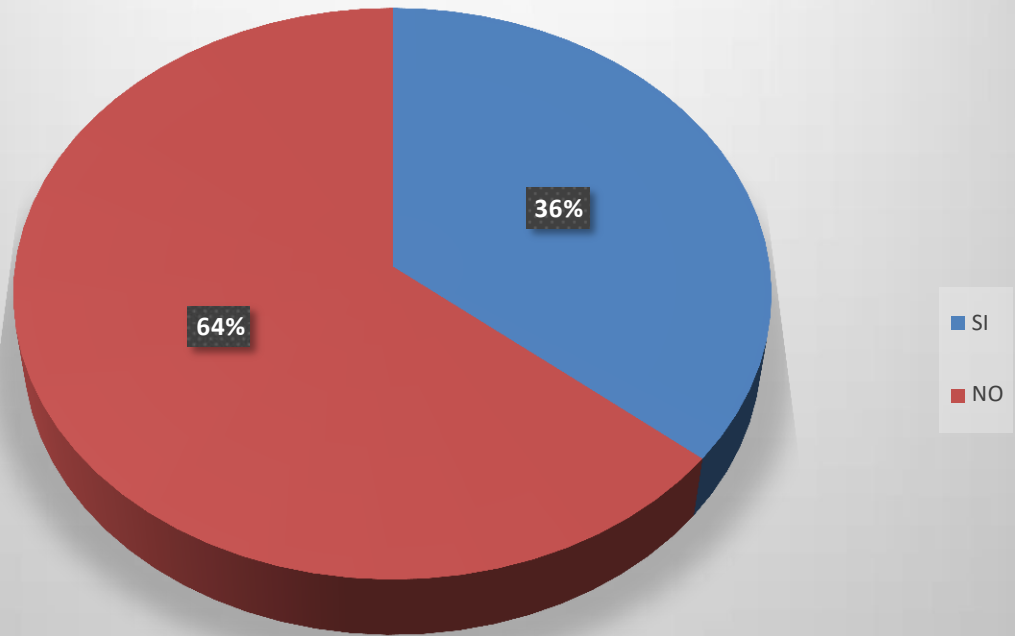
¿La salida de líquido blanco de heridas quirúrgicas es normal?



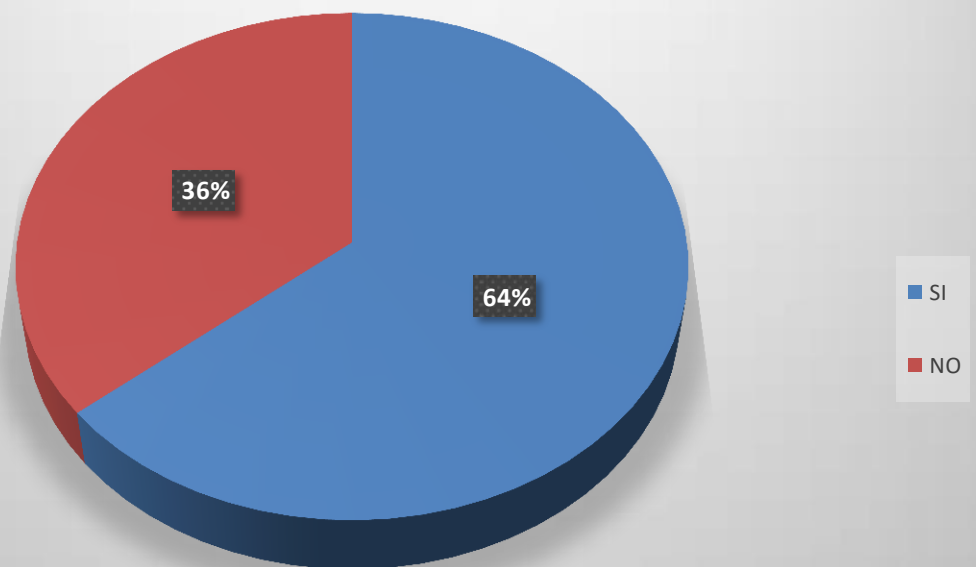
¿Cree que La coloración rojiza intensa es normal en las heridas quirúrgicas?



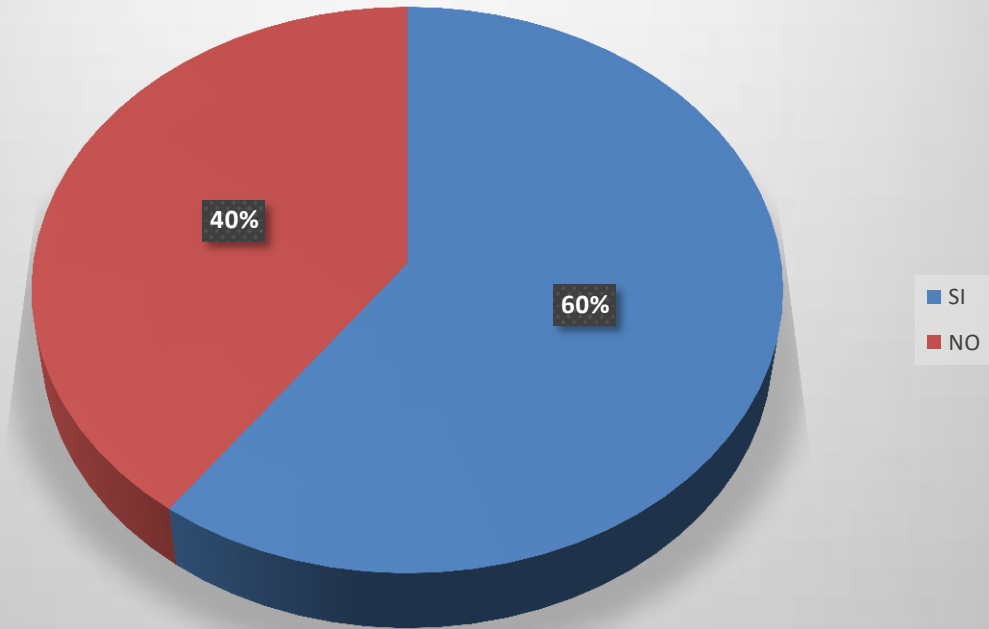
¿Cree que se deban realizar curaciones en la episiotomía?



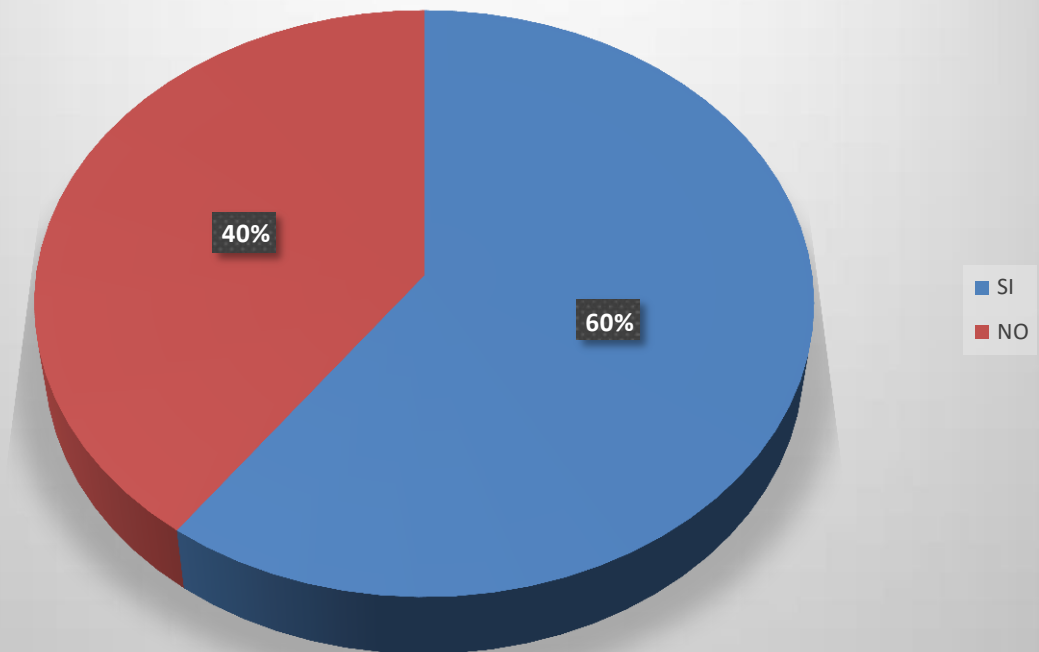
¿Piensa usted que las alteraciones psicológicas después del parto son una complicación?



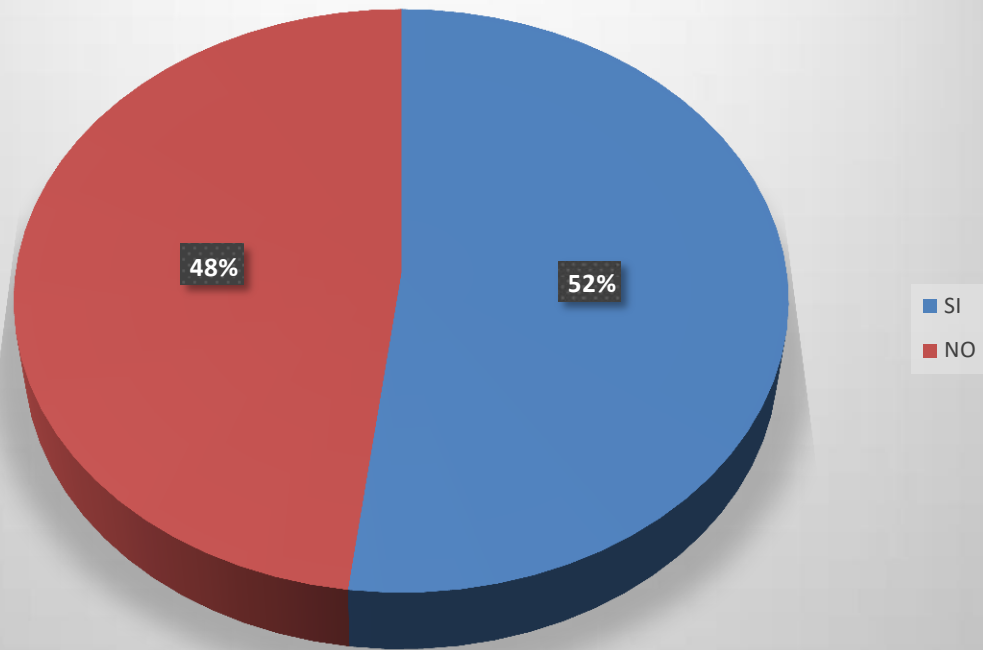
¿Es de su conocimiento lo que si significa “depresión postparto”?



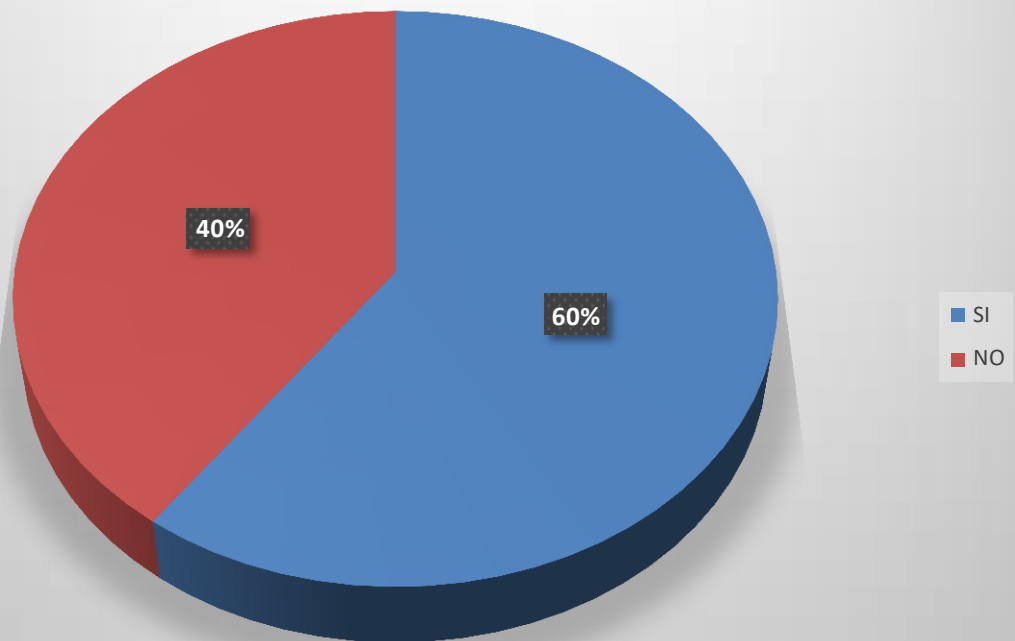
¿Cree que afecte a todas las mujeres?



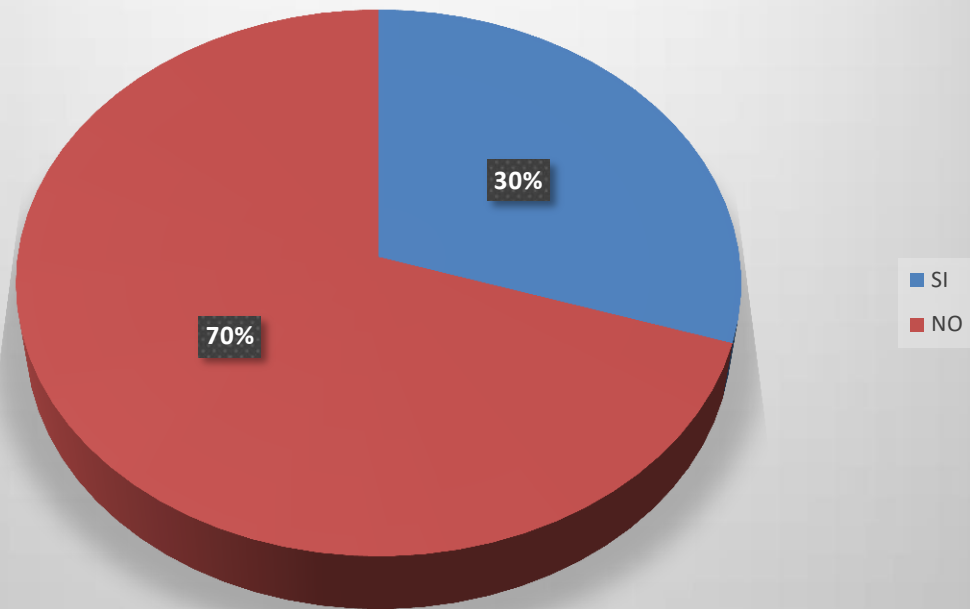
¿Ha sufrido depresión?



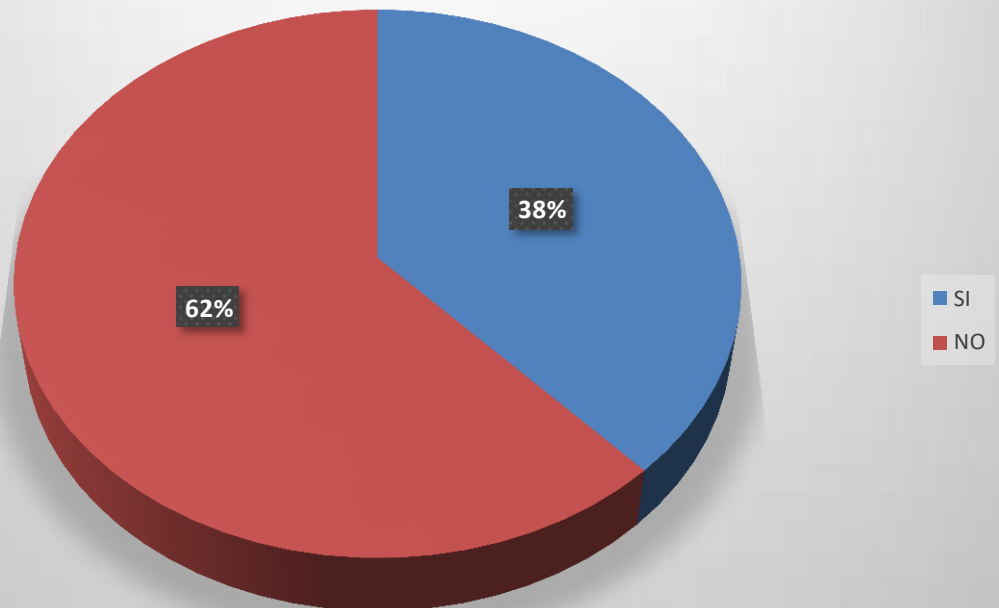
¿Cree que la muerte materna tenga que ver con la depresión?



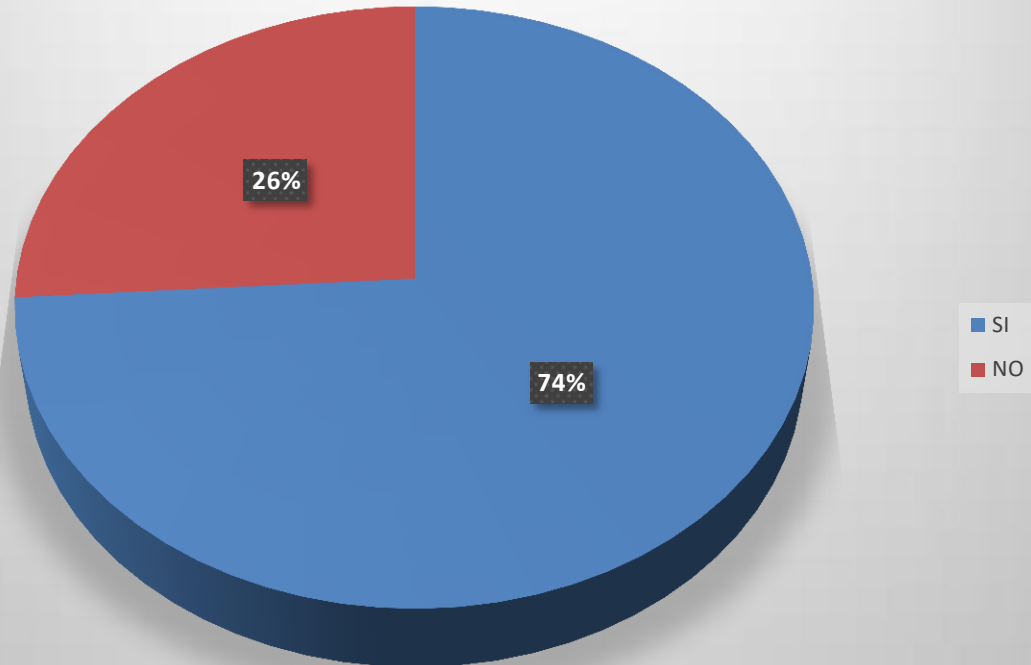
¿Cree que se debería de dar seguimiento a la depresión postparto?



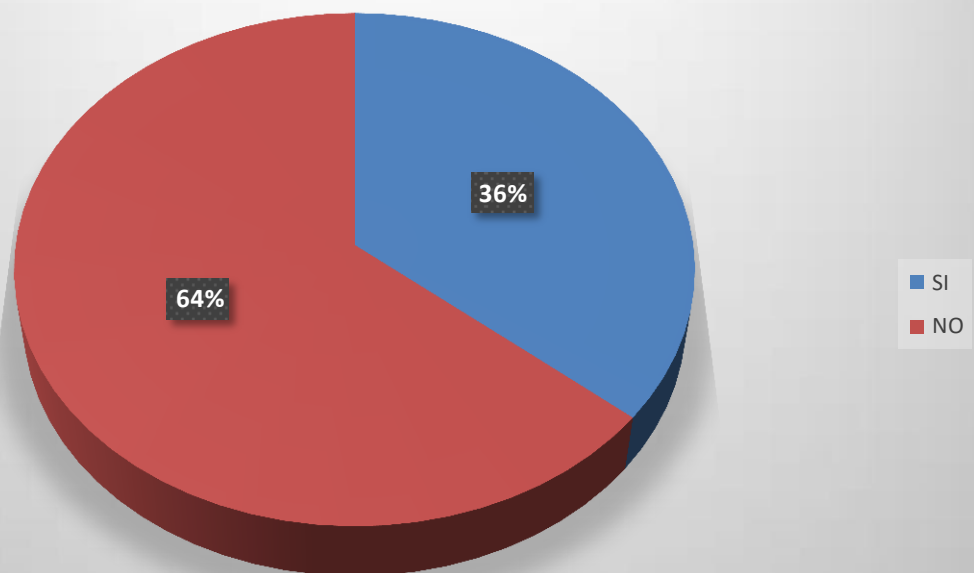
¿Cree que el aumento de la glándula mamaria es normal después del puerperio?



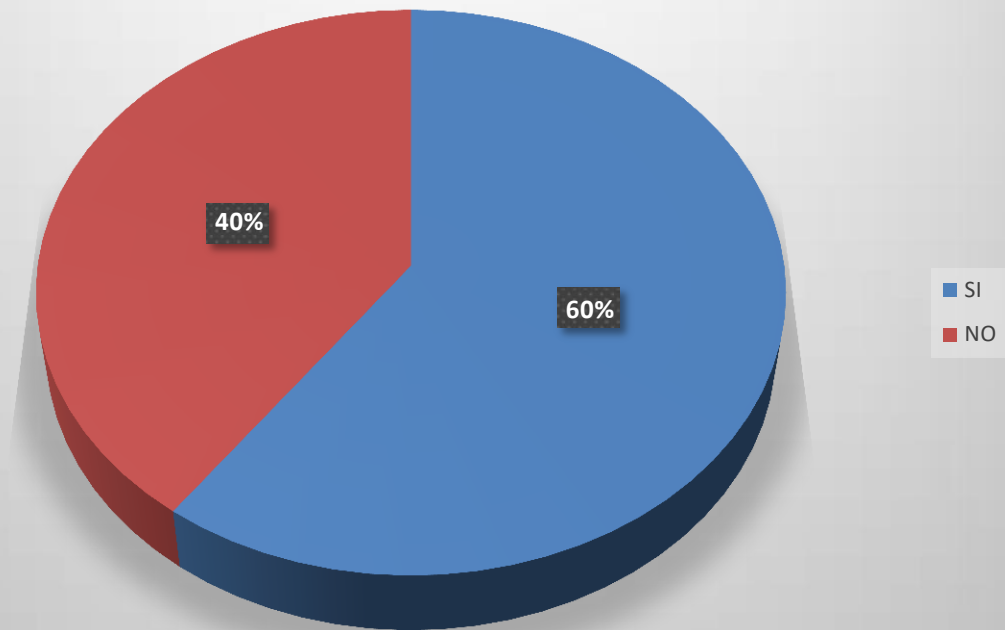
¿El dolor de las glándulas mamarias piensa usted que es normal?



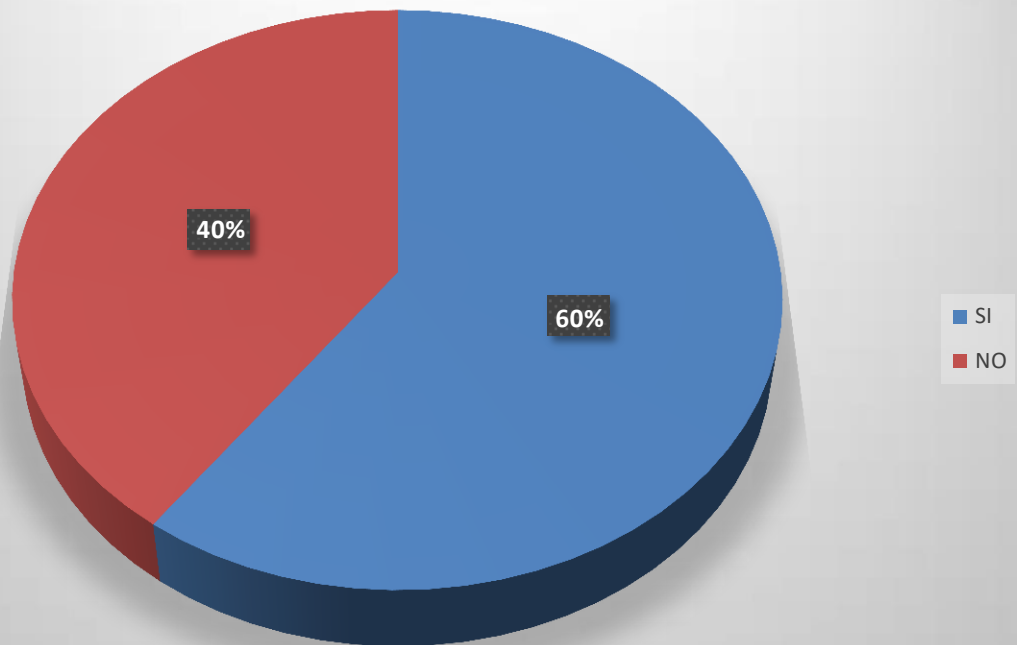
¿Piensa que es normal el agrietamiento de las mamas?



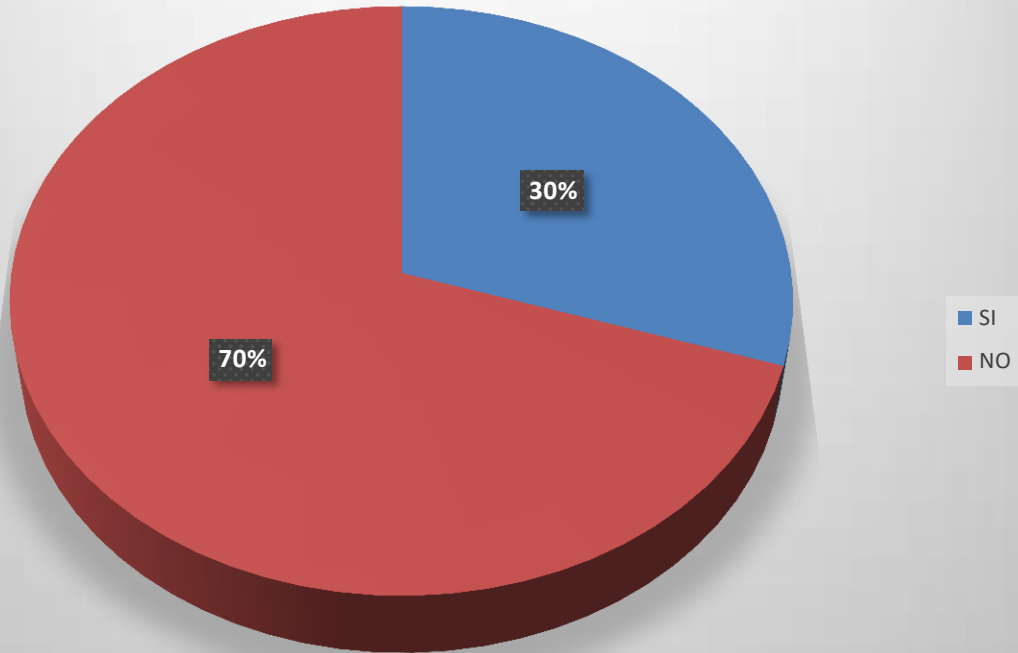
La salida de líquido blanco de las mamas cree que es normal



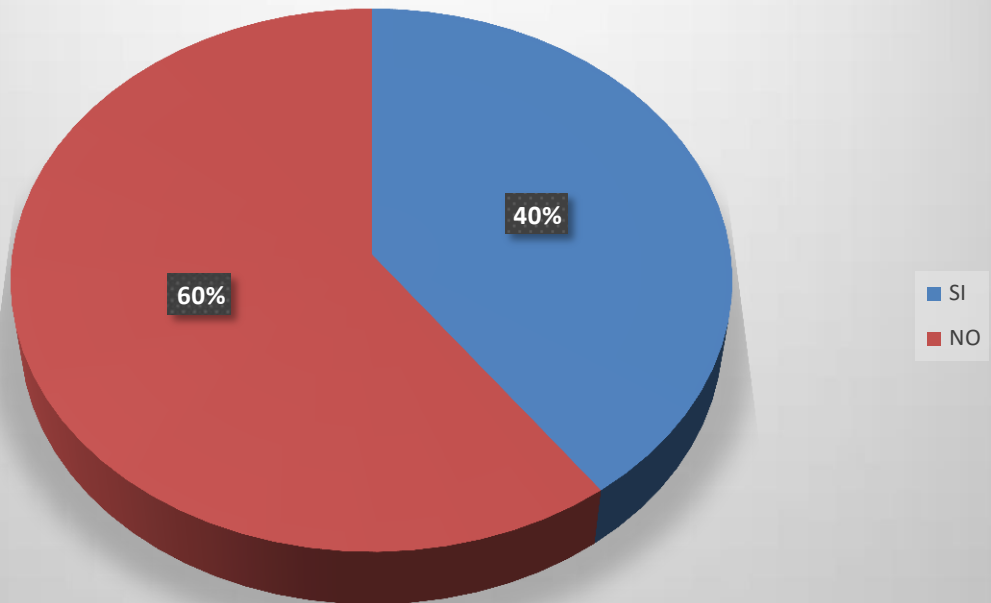
¿Sabe lo que es el calostro?



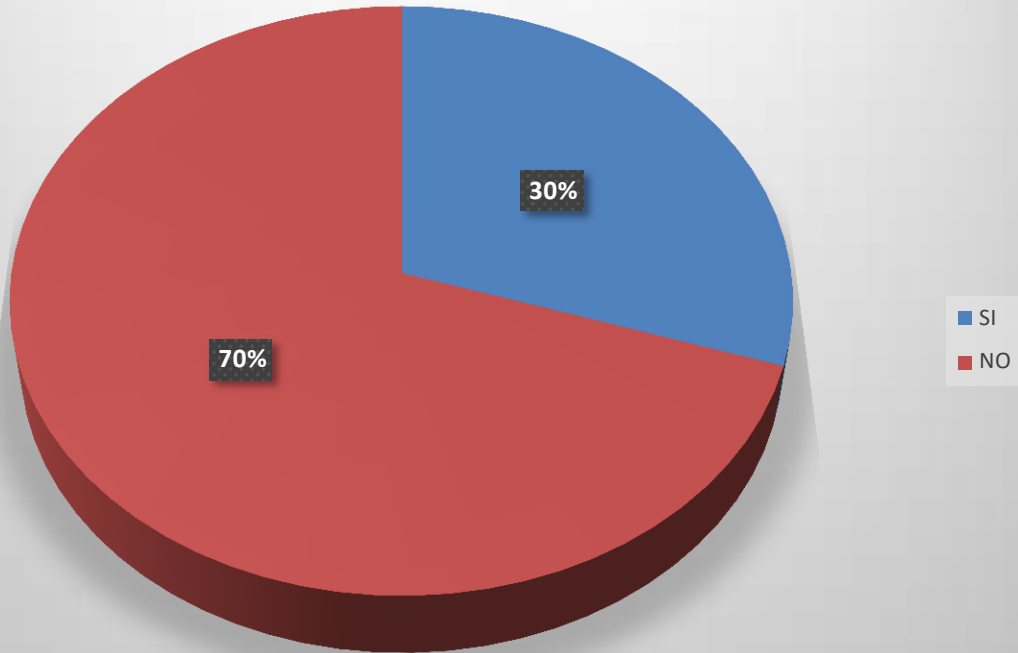
¿Piensa que el color de las mamas no importa después del puerperio?



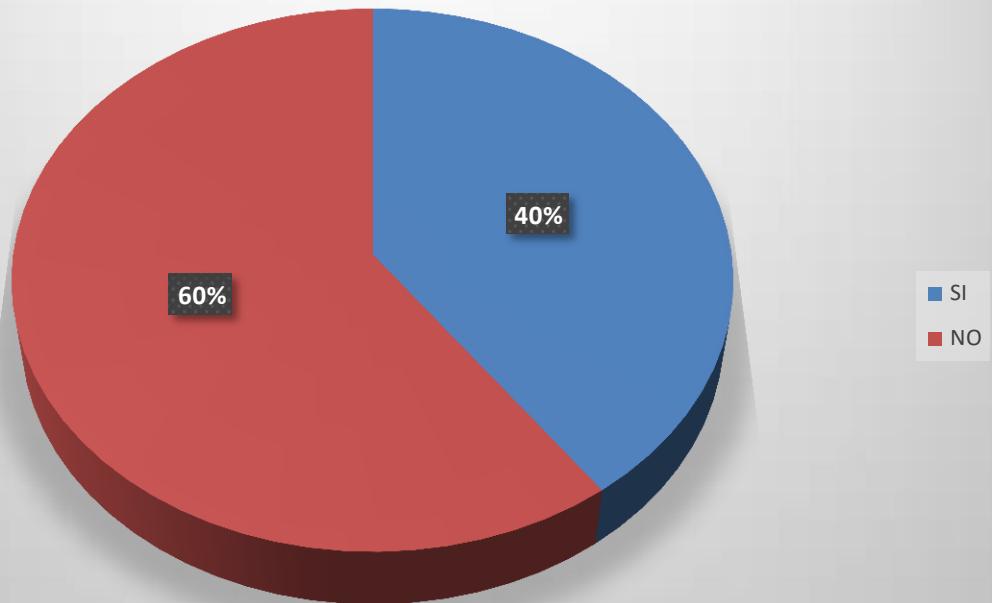
¿Considera importante el amamantar al recién nacido?



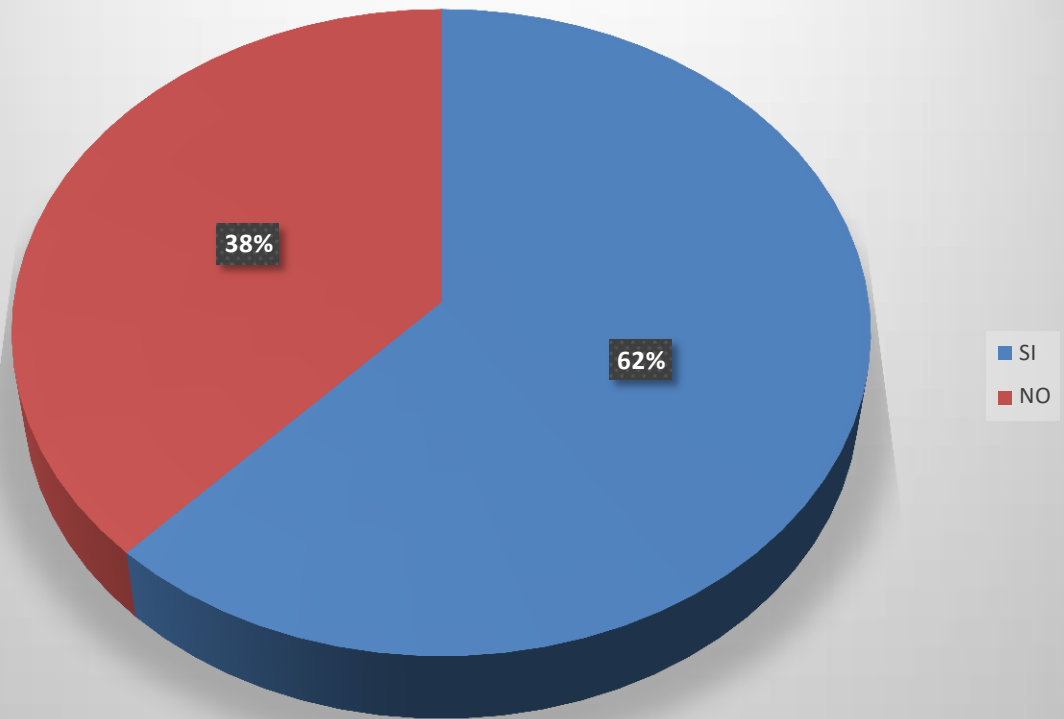
¿Piensa que el color de las mamas no importa después del puerperio?



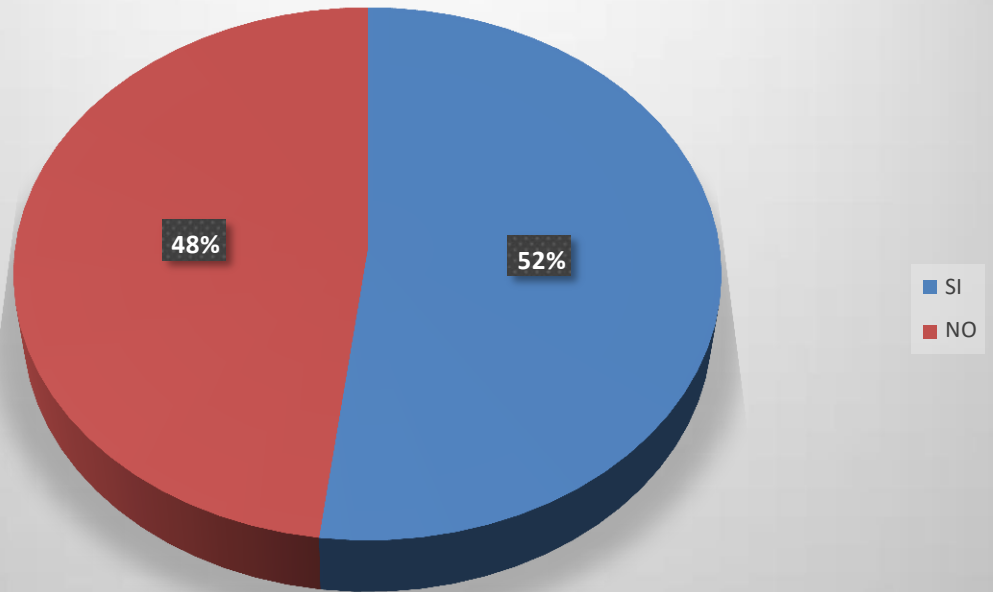
¿Considera importante el amamantar al recién nacido?



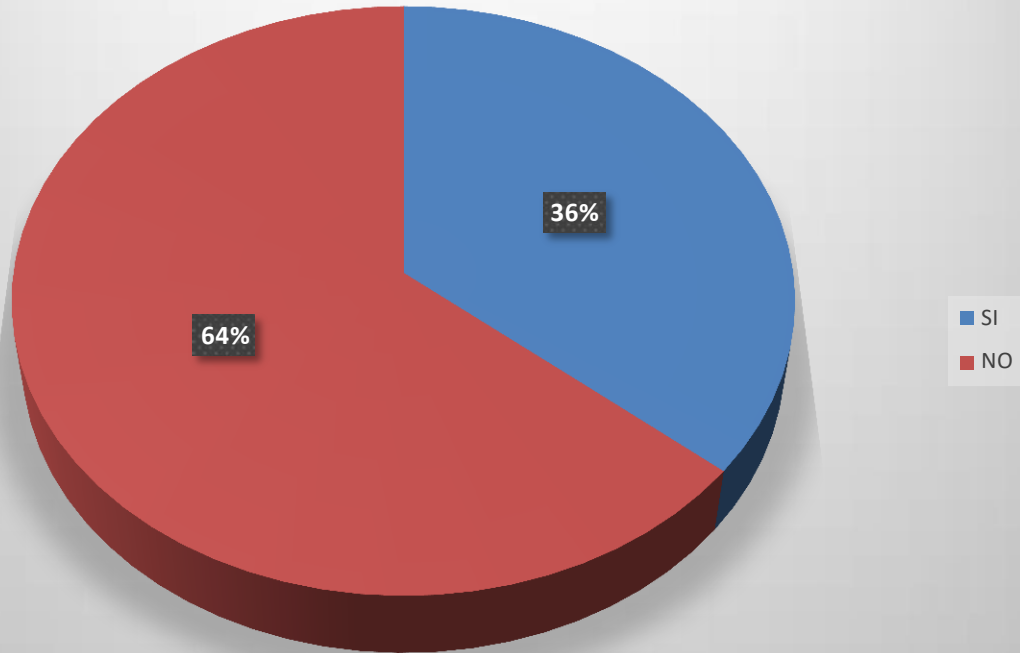
¿Sabe cómo identificar una infección?



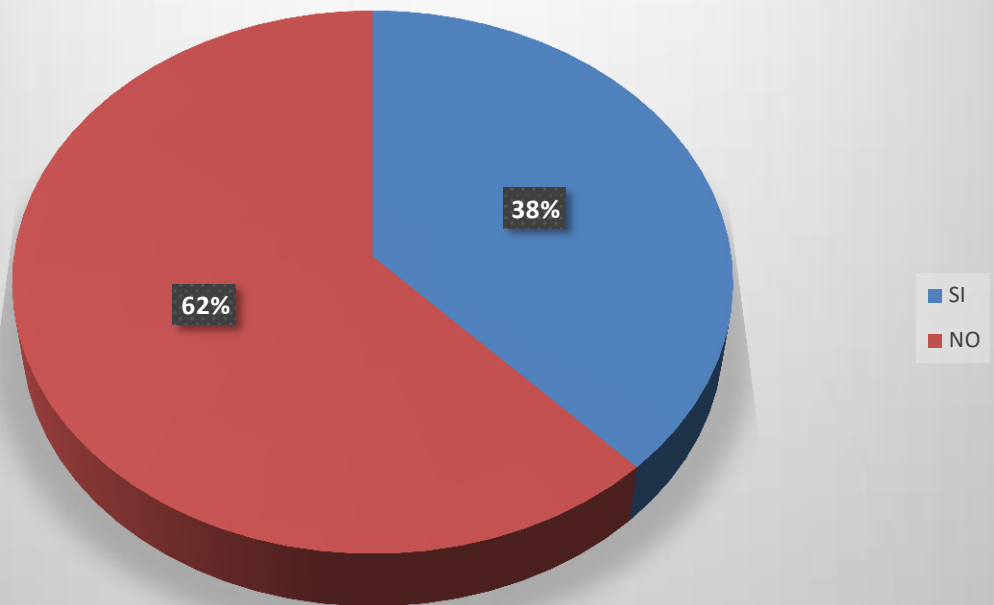
¿Piensa usted que la fiebre sea una señal de infección?



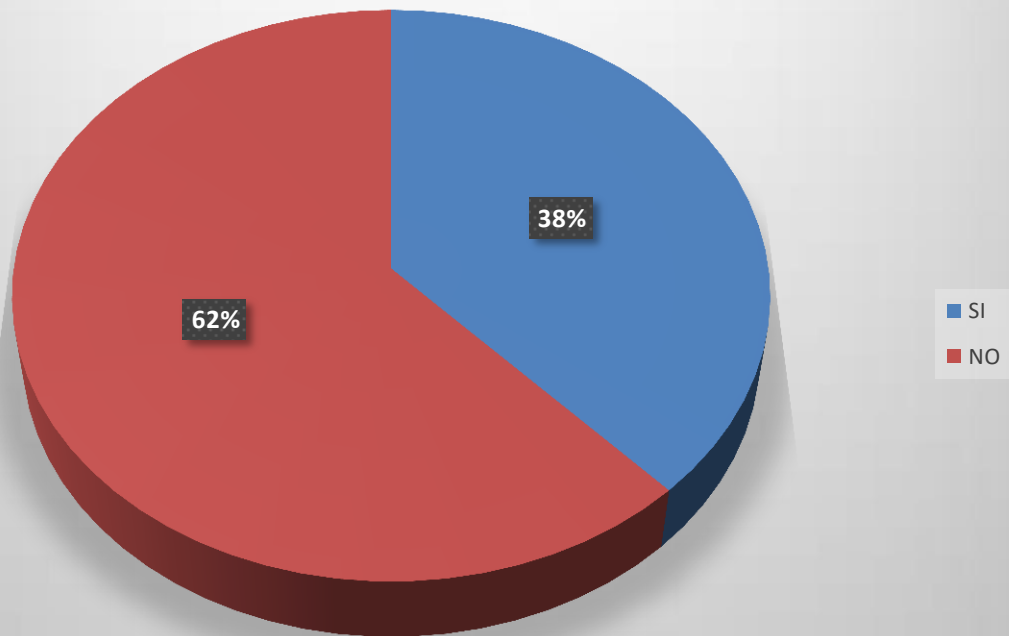
¿Considera importante saber cuáles son las principales patologías del puerperio?



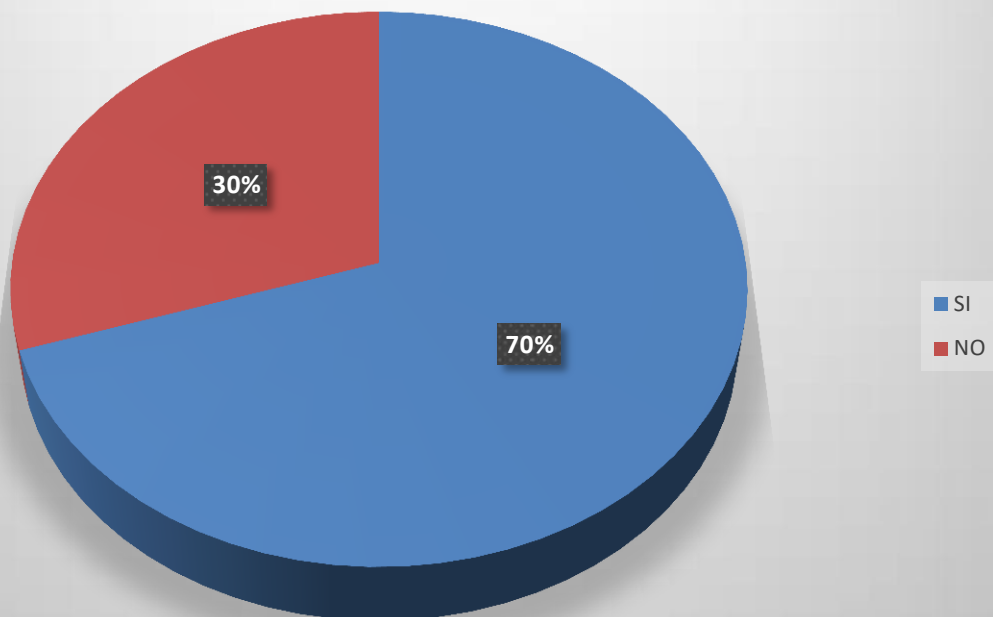
¿Cree que la mujer merece más información sobre el puerperio?



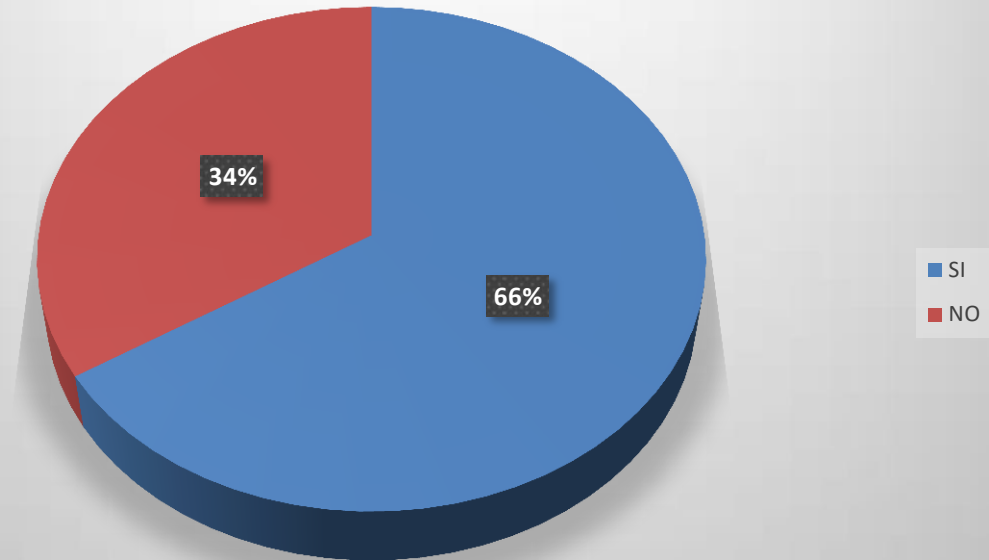
¿Cree que las patologías apliquen también dentro del alumbramiento?



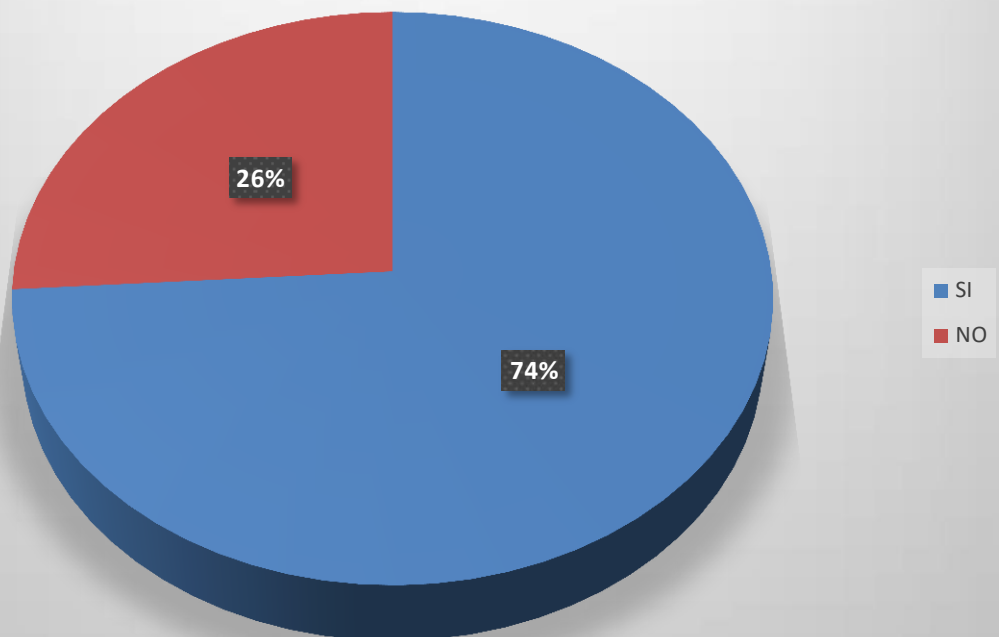
¿La muerte materna también es considerada en el aborto?



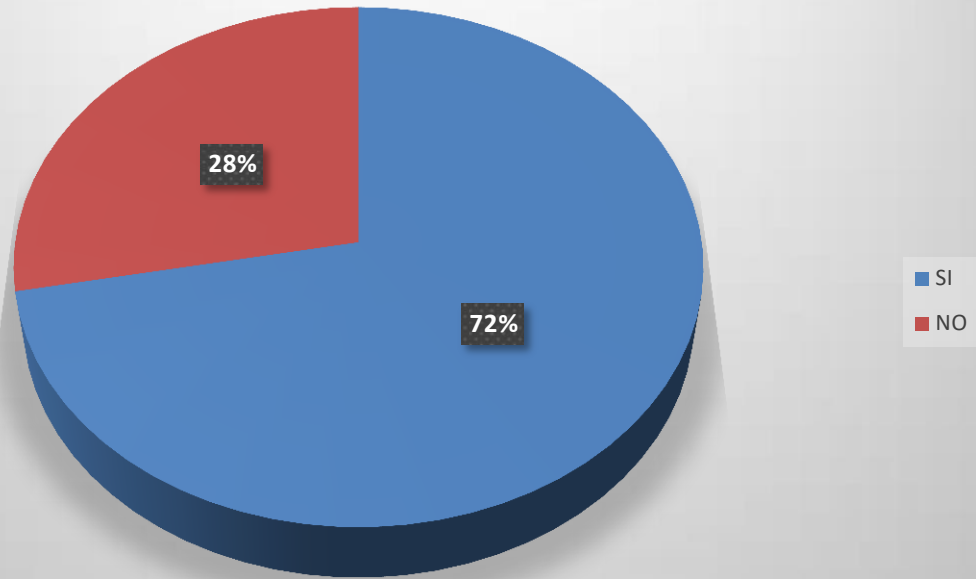
¿Cree que el aborto es una patología en el embarazo?



Considera que el legrado puede presentar complicaciones



¿Piensa que la información que se tiene en torno al embarazo es la suficiente?



3 PUERPERIO

3.1 *Definición Puerperio*

En la fisiología humana, el puerperio es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (normalmente 6-8 semanas, o 40 días) para que el cuerpo materno, incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino, vuelvan a las condiciones pre gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 24 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto inmediato.

Si los fenómenos se suceden naturalmente y sin alteraciones, el puerperio será normal o fisiológico, en caso contrario será irregular o patológico. Se trata de un período muy importante, ya que es el tiempo de aparición de los factores que encabezan las causas de mortalidad materna, como las hemorragias posparto, entre otras. Por ello, se acostumbra durante el puerperio tener controlados los parámetros vitales y la pérdida de sangre maternos.

El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es asegurar que la madre esté saludable y en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la lactancia materna, su salud reproductiva, planificación familiar y los ajustes relacionados con su vida.

Durante este período de transición biológica, el recién nacido pasa a su vez por un estado de adaptación extrauterina, una de las transiciones fisiológicas de mayor repercusión hasta la muerte.

3.2 *Cambios físicos*

Complicaciones por diferentes patologías del puerperio:

Infecciones.

Dolorosos mamarios y hasta por trastorno psíquico.

Infección puerperal. La paciente que presenta fiebre por arriba de 38°C. Durante dos días seguidos en los primeros diez días del puerperio, excluyéndose las primeras 24hrs.

Después del parto nos encontramos con un periodo de tiempo llamado puerperio. El puerperio abarca desde el parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan la normalidad y aparece la primera menstruación. Para conseguir esta

normalidad, el cuerpo sufre una serie de cambios. La madre debe ser examinada en busca de lesiones del canal blando del parto y suturada de ser indicado. Es un período en el que son comunes el estreñimiento y las hemorroides, por lo que se debe prestar atención a los síntomas que sugieran estas condiciones. La vejiga debe ser vigilada para prevenir una infección o detectar retención, y así cualquier otra patología que pueda ocurrir durante el puerperio, como el síndrome de Sheehan.

3.3 Modificaciones en el aparato circulatorio y hormonal

La frecuencia cardíaca, que había aumentado a causa del cansancio después del parto, vuelve a su estado normal; a veces el pulso incluso se ralentiza (bradicardia puerperal) y tiene que considerarse como una respuesta fisiológica del organismo. Las venas, que se habían debilitado y podían romperse con facilidad, recuperan su estado normal. Todavía serán dolorosos e hinchados los nódulos hemorroidales, que volverán a la normalidad durante la primera semana de puerperio.

Modificaciones a nivel hormonal

La cantidad de hormonas estrógenas vuelve a la normalidad. La progesterona vuelve a los niveles normales después de 5-6 días, y la gonadotropina coriónica humana desaparece de la sangre y la orina después de 6 días.

Las glándulas endocrinas vuelven a funcionar dentro de sus valores normales, después de la hiperactividad debida al embarazo. Enseguida después del parto, la hipófisis secreta en notable cantidad prolactina, que estimula la producción de leche.

3.4 Modificaciones en el abdomen

El volumen del abdomen disminuye y eso facilita los movimientos del diafragma, permitiendo la respiración más amplia y más profunda. El estómago y el intestino pueden padecer una ligera dilatación, con una leve disminución de velocidad de la función digestiva.

El apetito al principio es escaso, mientras que aumenta la sensación de sed. Después, el apetito vuelve a su estado normal, más lento es el retorno de la actividad intestinal a sus niveles normales.

Modificaciones en la piel

La piel del abdomen queda flácida y propensa a la aparición de pliegues. La hiperpigmentación desaparece rápidamente (línea negra, rostro, genitales exteriores, cicatrices abdominales).

A causa de la sudoración abundante, es posible que se den fenómenos de irritación cutánea.

Después del parto puede aparecer un período de escalofríos, que puede ser intenso y durar algunos minutos, o bien fugaz y desaparecer enseguida.

La temperatura de la mujer durante el primer día puede elevarse (la axilar alcanza los 38 °C). Si la temperatura supera los 38 °C o dura más de 24 horas, hay que empezar a considerar eventuales complicaciones patológicas.

3.5 En el aparato urinario

En los primeros días de puerperio, los riñones son sometidos a un notable esfuerzo. La vejiga, que había estado comprimida mucho tiempo y ha padecido una disminución en el tono de su musculatura, aumentará su capacidad, aunque su vaciado será difícil. El estancamiento de orina en la vejiga facilita la instalación de gérmenes, que provocan inflamación en la vejiga, condición llamada cistitis (3% de los casos).

3.6 Modificación en las defensas inmunitarias

Durante el puerperio, las defensas inmunitarias disminuyen. Las mujeres que padezcan alguna enfermedad infecciosa sufren un empeoramiento después del parto.

Modificaciones anatómicas

El orificio del cuello del útero en las mujeres que han dado a luz sufre una modificación definitiva: de ser redondo se transforma en una hendidura dispuesta transversalmente. El fenómeno se debe a las pequeñas laceraciones producidas por el paso del feto. La

distensión del ostio vaginal determina la desaparición de toda huella del himen. Sólo quedan pequeños restos carnosos, las llamadas carúnculas mirtiformes.

3.7 Etapas del puerperio

Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.

Puerperio mediato o propiamente dicho: abarca del 2.º Al 7.º Día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.

Puerperio tardío: va desde el 8º día hasta las 6 semanas post parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.

Modificaciones corporales

Los genitales vuelven a un nivel primitivo, el que tenían antes del principio del embarazo.

3.8 Modificaciones en el útero

El útero, que durante la gestación aumentó de tamaño unas 30-40 veces, vuelve a sus condiciones normales, por un proceso llamado involución uterina. Al principio del puerperio tiene unos 20 cm de largo, 12 cm de ancho y un espesor de 8-9 cm. El espesor de la pared del cuerpo es de 4-5 cm. Después de pocas horas del parto, el fondo del útero sube al nivel del ombligo, para volver a bajar a su posición normal después de pocos días.

La involución del cuerpo del útero afecta a todos los niveles: el peritoneo se dispone en pliegues que, sucesivamente, desaparecen; la musculatura se reduce considerablemente, gran parte de las fibras musculares formadas a causa del embarazo desaparecen y las restantes vuelven a sus dimensiones normales; también el tejido conectivo vuelve a la normalidad.

Los productos de la destrucción de las fibras musculares se eliminan con la orina, que aumenta su contenido en nitrógeno. La separación de la placenta y las membranas ovulares crea en la cavidad uterina una gran llaga. La cavidad también contiene coágulos de sangre y fragmentos de decidua, que serán eliminados en 2-3 días.

Los productos eliminados durante el puerperio se llaman loquios. En los primeros tres días, los loquios están constituidos por sangre y vermix caseosa (loquios sanguíneos o rojos). En el cuarto y en el quinto día la cavidad del útero es invadida por gérmenes, que determinan un aflujo de leucocitos. En este período los loquios están constituidos por glóbulos blancos y gérmenes (loquios suero-sanguíneos). A finales de la primera semana, la cavidad uterina aparece limpiada por el material necrótico, se inicia así la regeneración del endometrio y los loquios adquieren un aspecto opalescente (loquios serosos). La regeneración se extiende gradualmente. Los loquios disminuyen de intensidad, adquiriendo una textura más densa y un color blanquecino-amarillento (loquios blancos) y desaparecen a la tercera semana de puerperio.

Al término del parto, el cuello uterino no se distingue del cuerpo uterino. Después de un día, el cuello se ha reconstituido, pero el canal se ha dilatado, lo que permite el paso de gérmenes. Sólo después de un mes del parto el canal cervical vuelve a sus dimensiones originales.

Modificaciones en los ovarios

El cuerpo lúteo gravídico en los ovarios desaparece. El sistema hormonal vuelve gradualmente a las condiciones que permiten una nueva ovulación.

El período de reanudación de la ovulación y, consecuentemente, de la menstruación, varía notablemente: en la mujer que no amamanta, después de unos 40 días (75% de los casos) en la mujer que amamanta, experimenta un retraso (amenorrea de la lactancia) variable (25% de los casos), que puede durar toda la lactancia; raras veces también puede durar más allá del destete, a causa de un hiperinvolución del útero.

Modificaciones en la vagina

La vagina retoma las condiciones normales en unos diez días. Los pliegues de la mucosa disminuyen: las paredes vaginales son más lisas. Esta también pierde su lubricación.

3.9 Patologías

Pueden considerarse fenómenos patológicos del puerperio infecciones que se pueden manifestar localmente o en las mamas. Otro carácter patológico posible son las hemorragias posparto, que pueden poner en riesgo la vida de la paciente. Para no tener una excesiva pérdida de sangre, en esta fase es fundamental que el útero esté bien contraído; de este modo los vasos presentes en la zona de inserción placentaria se "comprimen" y se evita, de esta manera, el derrame de sangre. Después de las primeras dos horas del parto vuelven los mecanismos normales de coagulación que determinan la formación de fibrina en la zona de inserción placentaria, y por este motivo las hemorragias son más raras.

Ciertas patologías afectan al útero, que van ligadas a una atonía muscular o a la inversión completa y topográfica del útero, y pueden ir acompañadas de derrames totales o parciales de líquido; también son posibles las laceraciones del órgano.

Otros problemas ligados al puerperio son la flebitis, la septicemia, la infección vulvo-vaginal, etcétera, todas partes de la infección puerperal. El estreptococo β -hemolítico es el agente más importante, junto con los anaerobios y sobre todo las bacterias Gram negativas. La isquemia, la herida placentaria y del canal blando incluyendo la episiotomía y posibles desgarros perineales, la corioamnionitis, ruptura prematura de membranas, partos prolongados y exámenes vaginales repetidos se han descrito como posibles factores predisponentes de la infección puerperal.

Consecuentes al parto, se pueden dar embolias gaseosas o embolias de trombos, que causan asistolia aguda o edema pulmonar.

Además, la disminución de hormonas sexuales y el aumento de la prolactina producen un efecto negativo en el estado emocional de la mujer (depresión posparto) y disminuye su deseo sexual.

A nivel emocional pueden aparecer además otros trastornos que a menudo no se diagnostican o se confunden con una depresión posparto, como un cuadro de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) tras haber sufrido violencia obstétrica, o, más grave aún, una psicosis posparto como enfermedad aguda que requiere.

4 EMBARAZO

4.1 DEFINICIÓN

El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravidus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En rigor, y bien expresado, la gestación se refiere al desarrollo del feto y el embarazo se refiere a los cambios en la mujer que lo hacen posible, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos. En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación, aproximadamente unos 9 meses. El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto, es decir, el momento a partir del cual puede sobrevivir extra útero.

En el argot popular es muy común usar como eufemismo para denotar esta condición estar en la dulce espera.

4.2 El embarazo Antecedentes

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del concepto en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de

implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. Se denomina embarazo ectópico o extrauterino al que se produce fuera del útero, por una implantación anómala del óvulo fecundado (habitualmente en alguna de las dos trompas de Falopio) y con mucha menos frecuencia en la cavidad peritoneal (embarazo abdominal) y otros sitios.

El embarazo no deseado es aquel que se produce sin el deseo o planificación previa por parte de la mujer y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales

Adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.

Ante un embarazo no deseado y atendiendo a los principios de salud reproductiva de la OMS, la mujer puede continuar con la gestación y llevar a término el embarazo en contra de su deseo, o, practicar una interrupción voluntaria del embarazo o aborto inducido, ya sea mediante un aborto con medicamentos o un aborto quirúrgico, dependiendo del periodo de gestación y siempre con la asistencia sanitaria adecuada, teniendo en cuenta que esta práctica puede ser ilegal en algunos países. En todo el mundo, el 38 % de los embarazos son no deseados, el 21 % de ellos se da en adolescentes (de los cuales entre el 30 y el 60 % terminan en un aborto); unos 80 millones de embarazos no deseados cada año de un total de 210 millones de embarazos en todo el mundo.

4.3 Características generales

Embrión humano a las 5 semanas.

La fecundación se produce por la unión del gameto femenino con el gameto masculino. Existe una polémica sobre cuando comienza el embarazo.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo comienza cuando termina la implantación del embrión en el útero, ya que, en muchos casos, el óvulo es fecundado pero no llega a implantarse y el embarazo no comienza. La implantación es un proceso que comienza unos 5 o 6 días después de la fecundación y que consiste en la adherencia del blastocito a la pared del útero, cuando el blastocito atraviesa el endometrio e invade el estroma, luego la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo.

Cuando se trata de una fecundación in vitro, el embrión es fecundado en un tubo de ensayo, se espera tres días y luego transferido al útero de la futura mamá. En el momento de la nidación el embarazo comienza pero, en la mayoría de los casos, el embrión no se adhiere y la mujer no queda embarazada.

Para muchos científicos, la vida empieza en el momento de la fecundación y, por lo tanto, el embarazo comienza cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. Fecundación y embarazo son contemporáneos. Esa es la posición sostenida por las organizaciones próvidas y por el Comité de Bioética de la Comisión de Familia de la Conferencia Episcopal Peruana.

La multiplicación celular del cigoto da lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto.

La polémica sobre el momento en que comienza el embarazo no es un dato menor ya que incide en las discusiones éticas en relación al aborto las técnicas de reproducción asistida y el uso de anticonceptivos, razón por la cual permanece muy actual.

La embriología es la parte de la medicina que estudia el complejo proceso de desarrollo embrionario desde el momento de la fecundación hasta la formación del feto, que es

como se denomina al organismo resultante de este desarrollo cuando aún no ha tenido lugar el parto.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad densa durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Mientras permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical. La expulsión de la placenta tras el parto se denomina alumbramiento.

4.4 Calendario

Artículo principal: Calendario del embarazo

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto.

Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Esto tiene mayor incidencia en embarazos conseguidos mediante fecundación in vitro, ya que el embrión implantado podría dejar de desarrollarse por fallos en los cromosomas heredados de los gametos de sus progenitores.

Durante el segundo trimestre (a partir de las 14 semanas de gestación) el desarrollo del feto puede empezar a ser monitorizado o diagnosticado.

El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad –aproximadamente después de la semana 25– que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un parto

prematureo, parto normal o cesárea. Ya que a partir de este momento los pulmones fetales se encuentran formados casi totalmente, solo les falta madurar.

4.5 Fecha probable de parto

Mujer embarazada de 40 semanas

Una mujer de ocho meses de embarazo.

Los cálculos para determinar la fecha probable del parto (FPP) se realizan usando la fecha de la última menstruación o por correlaciones que estiman la edad gestacional mediante una ecografía. La mayoría de los nacimientos ocurren entre la semana 37 y 42 después del día de la última menstruación y solo el 5 % de mujeres dan a luz el día exacto de la fecha probable de parto calculada por su profesional de salud.¹¹

Usando la fecha de la última menstruación, se le añade siete días y se le resta tres meses, dando la fecha probable de parto. Así, una fecha segura de última menstruación del 28 de noviembre de 2017, producirá una fecha probable de parto para el 5 de septiembre de 2018 –se usa el año siguiente al año de la última regla–. Si la fecha de la última menstruación cae en los primeros dos meses, se mantiene el año en curso, en todos los demás meses, se usa el año subsiguiente. Así, una fecha segura de última menstruación del 2 de enero de 2018, produce una fecha probable de parto para el 9 de octubre de 2018 –el año se mantiene–.

4.6 Detección y fecha de fecundación

El principio del embarazo es detectado con la presencia de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) que es producida por el embrión después de la concepción y posteriormente por el plasma materno (la placenta), esta hormona aparece en la sangre y en la orina de las mujeres embarazadas hasta 10 días después de la concepción y esta puede ser detectada por medio de análisis de orina y de sangre. Ambos tipos de

prueba solamente pueden detectar si la mujer está o no embarazada, pero no la fecha de inicio del embarazo.

Signos presuntivos del embarazo

Tal vez el primer signo presuntivo del embarazo sea la amenorrea o ausencia del período menstrual. Debido a que puede ocurrir amenorrea por causas distintas a un embarazo, no siempre es tomada en cuenta, especialmente si la mujer no tiene ciclos regulares. Sin embargo, pueden presentarse varios signos más que, junto a la amenorrea sugieren un embarazo, como son: la hipersensibilidad en los pezones, mareos, vómitos matutinos, somnolencia, alteración en la percepción de olores, y deseos intensos de ciertos tipos de alimentos (antojos). Esto lo puedes notar a partir del segundo al tercer mes de la concepción.

47 Sangrado de implantación

Es uno de los primeros síntomas del embarazo, aunque no sucede en todas las mujeres. El sangrado de implantación ocurre aproximadamente 12 días después de la ovulación, en los días en que se espera la menstruación. Este sangrado se distingue por ser poco duradero - no más de 5 días - y muy ligero. El sangrado de implantación ocurre porque el blastocito se asienta en el útero y en algunas ocasiones se rompen algunas venas que afectan al endometrio y provocan el sangrado.

Fatiga

Otro signo de sospecha del embarazo es el cansancio, caracterizada por astenia, debilidad y somnolencia. Aunque algunas mujeres sienten energía renovada, la mayoría confesarían sentir intensa fatiga. Algunas afirman quedarse dormidas a cualquier hora del día, a veces al poco de haber salido de la cama, y otras aseguran sentir tal somnolencia en la sobremesa. Otras sienten cansancio pronunciado al llegar la noche.

Dicha fatiga es a menudo incontrolable y exige el sueño. Nunca se ha encontrado una explicación a este extraño deseo de dormir. Es un síntoma frecuente en los primeros meses del embarazo y se cree que es un efecto de la elevada producción de progesterona. Esta hormona es un sedante para los seres humanos, con fuertes efectos tranquilizantes e hipnóticos. En las etapas posteriores se presenta otro tipo de fatiga debida simplemente a cansancio corporal, pero rara vez ocurre en el primer trimestre del embarazo.

4.8 Interrupción de la menstruación

Amenorrea

Al cabo de dos semanas de ocurrida la fecundación se notará la ausencia de menstruación. El cese de la menstruación en una mujer sana en edad reproductiva y sexualmente activa, que hasta entonces ha tenido un ciclo menstrual regular y predecible, es un signo muy sugestivo del embarazo. Es un signo sospechoso del embarazo denominado amenorrea y no es exclusivo de la gestación. Además del embarazo son causas de la amenorrea enfermedades físicas (algunas de cierta gravedad, como tumores del ovario, trastornos de la glándula tiroides y muchas otras), un choque muy fuerte, anorexia, el efecto de un viaje en avión, una operación, estrés o la ansiedad pueden retrasar la menstruación.

En ocasiones, después de la concepción, se observan uno o dos episodios de hemorragia uterina que simulan la menstruación y se confunden con ella. Es denominado signo de Long-Evans y es más frecuente en múltiparas que en primigestas.

4.9 Cambios

En la alimentación

El cambio en el gusto y la preferencia por ciertos alimentos puede ser uno de los primeros signos. Es común el rechazo a ciertos alimentos, bebidas y olores como el humo de los cigarrillos. A menudo se describe un sabor metálico en la boca que hace variar el gusto por los alimentos. Se cree que los antojos se deben al aumento de los niveles hormonales; a veces se experimentan en la segunda mitad del ciclo menstrual por el mismo motivo. No es conveniente satisfacer antojos con alimentos de alto contenido calórico, cuyo poder nutritivo sea bajo.

Deseos frecuentes de orinar

A medida que se extiende el útero, oprime la vejiga. Por tanto, ésta trata de expulsar pequeñas cantidades de orina, y muchas mujeres sienten deseos frecuentes de orinar desde la primera semana tras la concepción; quizás necesiten ir al cuarto de baño cada hora. Esto también se debe al efecto de la progesterona, ya que es un potente relajante del músculo liso, (que es el músculo del cual está formado la vejiga, el útero y otros órganos) lo cual sirve para mantener al útero en reposo hasta el momento del parto. Salvo que sienta ardor o dolor al orinar, no es necesario que consulte al médico. Hacia las 12 semanas, el tamaño del útero aumentará, de modo que subirá y saldrá de la cavidad pelviana. Esto reducirá la presión sobre la vejiga y la frecuencia de la micción por lo que la vejiga se va hacia un lado.

Cambios En las mamas

Ocurre congestión y turgencia en los senos debido al factor hormonal y la aparición del calostro. Puede aparecer en etapas precoces de la gestación por el aumento de la prolactina, entre otras hormonas. Las areolas se vuelven más sensibles e hiperpigmentadas. Pueden ocurrir agrietamiento por la cantidad de leche que la madre tiene, al igual el dolor que se tiene en los pechos.

5 ALGUNOS TIPOS DE PUERPERIO PATOLÓGICO

5.1 INFECCIÓN PUERPERAL

proceso séptico localizado en el aparato genital femenino, localizado o generalizado, y que se manifiesta en el puerperio.

Comité Norteamericano de Salud Materna: temperatura de 38°C o más , al menos durante dos días, y desde 24 horas después del parto hasta 10 días (T° determinada vía oral, y por lo menos cuatro veces al día) .

FACTORES PREDISPONENTES

A) Locales:

- Rotura prematura de membranas, partos prolongados con múltiples tactos vaginales y los partos operatorios: laceraciones o desgarros de los tejidos.

Lo favorecen la monitorización CTG intrauterina y las infecciones vaginales previas al parto.

- Isquemia postparto del útero y de su interior: favorece un medio anaerobio y la acidosis local.

- Exudación de la herida placentaria: caldo de cultivo favorable para el desarrollo de gérmenes en presencia de restos placentarios.

- Traumatismos del canal del parto: vías de penetración para los gérmenes.

- Cesáreas: 3-20 veces superior. Bajo grado cesárea electiva, sin trabajo de parto o rotura de membranas. Alto grado bolsa rota durante periodo prolongado o múltiples exploraciones vaginales. También influye la duración de la intervención y la técnica quirúrgica.

Generales:

- Enfermedades coexistentes

- Obesidad, diabetes y déficits nutricionales.

MICROBIOLOGÍA

- Generalmente poli microbianas (anaerobios y aerobios).
- Gran mayoría: intestino y tracto genital inferior.
- Anaerobios Bacteroides (B.fragilis), peptococos, peptoestreptococos.
- Aerobios gramnegativos, E.coli y menos frecuentes, Proteus, Kleibsella y Enterobacter.
- Infección genital por estreptococos hemolíticos del grupo A o por estafilococos es menos frecuente.
- Cultivos bacterianos: endocervicales o endouterinos son difíciles de interpretar.
- Hemocultivos pueden ser útiles, pero sólo son positivos el 5-8% de casos.
- Eficaces los cultivos obtenidos por punciones o aspiración peritoneal.

PATOGENIA

- Mecanismos: exógeno (instrumental o manos del obstetra), o endógeno (gérmenes de cuello y tracto genital inferior, o focos sépticos distantes que se reactivan a consecuencia del parto).
- Vías de penetración y extensión:
 - Vía mucosa: manipulación del partoendometritis, salpingitis o parametritis.
 - Vía linfática: herida de inserción placentaria, desgarros del canal del parto o la **episiotomíaparametritis y peritonitis.**
 - **Vía hemática: proceso infeccioso alcanza vaso venosotromboflebitis séptica que puede ocasionar metástasis sépticas a distancia.**

5.2 FORMAS ANATOMOCLÍNICAS.

Condicionadas por la vía de penetración.

Infección del periné, vulva, vagina o cuello: desgarro suturado o no, o la herida de la episiotomía.

Endometritis: infección de la superficie intrauterina, cruenta y traumatizada (endometrio, o más exactamente, decidua y miometrio adyacente). Más frecuente tras cesárea (10-20 veces más) y rara tras parto vaginal (1,3-3%). Los microorganismos invaden la cavidad endometrial durante el trabajo de parto y el parto. Realizar hemo y urocultivo antes de instaurar tto antibiótico.

Factores de riesgo de endometritis:

Cesárea.

Parto prolongado

Rotura prematura de membranas.

Tactos vaginales repetidos.

Monitorización fetal interna.

Salpingooforitis(anexitis): generalmente por progresión a partir de una endometritis.

Peritonitis: vía linfática hasta peritoneo o tejidos celulares laxos entre los ligamentos anchos, causando, en el primer caso, peritonitis, y en el segundo, una parametritis (celulitis pélvica).

Celulitis pélvica (parametritis): infección del tejido conjuntivo pélvico laxo, que puede ocurrir de tres maneras:

- Vía linfática (más frecuente): desgarró cervical infectado, incisión o laceración uterina.
 - Directa: desgarró cervicales.
 - Secundaria a tromboflebitis de la pelvis: por necrosis de pared venosa.
- Generalmente unilateral.

Puede permanecer limitado a la base del ligamento ancho, pero si la reacción es más intensa, el exudado tiende a seguir las líneas naturales de separación y dar lugar a supuración, con formación de abscesos que pueden fistulizarse o fibrosarse.

Tromboflebitis séptica: extensión a través de las venas pelvianas y/o miembros inferiores (flegmasia alba dolens). Forma anatomopatológica grave, pero poco frecuente.

Septicemia : bacteriemia mantenida por un foco séptico que comunica con el torrente circulatorio. Puede originar un shock bacteriano. La pleuresía, neumonía y el absceso pulmonar se desarrollan así.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Signos y síntomas comunes:

- FIEBRE: signo más precoz y constante. La fiebre en agujas va precedida de escalofríos y la taquicardia asociada al proceso febril. Comisión Conjunta de

Bienestar Materno de EEUU definió fiebre puerperal T^a oral de 38°C o superior en dos de los diez primeros días postparto, o de $38,7^{\circ}\text{C}$ o superior durante las primeras 24 h postparto.

- LOQUIOS FÉTIDOS: olor desagradable, signo importante de infección uterina, causado por invasión del útero por bacterias anaerobias. Algunas infecciones, en especial las producidas por el estreptococo Beta-hemolítico, a menudo se asocian con loquios escasos no malolientes.

- DOLOR ABDOMINAL: al principio en hipogastrio y en una o ambas fosas iliacas; cuando aparece peritonitis, el dolor se generaliza.

- SUBINVOLUCIÓN UTERINA: por palpación abdominal y puede asociarse a la palpación de masas anexiales dolorosas.

Signos y síntomas específicos

- LESIONES DEL PERINÉ, VULVA, VAGINA Y CUELLO: visualización de la herida y por síntomas locales.

- ENDOMETRITIS PUERPERAL: útero doloroso a la palpación y el PCE sigue abierto. Leucocitosis 15.000-30.000. el diagnóstico se basa en la fiebre sin causa aparente (comúndolor uterino, loquios purulentos o de olor fétido y leucocitosis. Complicaciones: peritonitis, absceso intrabdominal y sepsis. Una no muy frecuente, en cambio, es la tromboflebitis séptica pélvica, que puede asociarse a la embolia pulmonar séptica.

- SALPINGOOFORITIS: dolor intenso a la movilización uterina y en ambas fosas iliacas. Pueden detectarse masas anexiales.

- PELVIPERITONITIS: fiebre alta, dolor intenso, distensión y defensa abdominal e íleo paralítico. Vómitos frecuentes, eventualmente estercoráceos, y a menudo son expulsados con violencia, a veces hay una intensa diarrea.

- PARAMETRITIS Y CELULITIS PÉLVICA: causa más frecuente de fiebre sostenida y prolongada en el puerperio. Dolor a la presión en uno o ambos lados del abdomen y a la movilización del útero. Otros signos más característicos son la fijación del útero o endurecimiento de los fondos de saco vaginales y desarrollo de una masa dura e inmóvil en el ligamento ancho, el exudado se reabsorbe en la gran mayoría de casos; en el resto, se desarrollan abscesos.

- TROMBOFLEBITIS SÉPTICA: difícil de diagnosticar, pues suele afectar a las venas ováricas, uterinas e hipogástricas, y el tacto vaginal es anodino. Sólo cuando llega a la femoral, poplitea o safena, cuadro de dolor y edema en la pierna afectada (flegmasia alba dolens). Cursa con exacerbación de la fiebre en agujas, y entre los accesos febriles, la paciente tiene BEG.

- SEPTICEMIA: múltiples órganos y sistemas y que puede producir la muerte

.Fiebre alta, cefalea, confusión mental, erupción escarlatiniforme, edema subcutáneo, náuseas, vómitos, diarrea acuosa, notable hemoconcentración, oliguria e insuficiencia renal, seguida de insuficiencia hepática, CID y colapso circulatorio.

5.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Descartar causas extrapélvicas.

Causas extragenitales:

- PIELONEFRITIS: bacteriuria, piuria, aumento de sensibilidad en el ángulo

costovertebral y el aumento de T^a.

Cultivo de orina (confirma).

- MASTITIS: congestión de mama, puede originar fiebre (raro >38,5°C, durante los primeros días, y de manera característica nunca dura más de 24 horas). En la mastitis verdadera la curva de T^a es sostenida y se asocia con signos y síntomas mamarios que se hacen manifiestos en 24 horas.

- INFECCIONES RESPIRATORIAS: primeras 24 horas siguientes al parto. Pueden consistir en atelectasias, neumonía aspirativa o ambas.

- ABCESOS O HERIDAS ABDOMINALES: inspección meticulosa de la zona.

TRATAMIENTO

A) Tratamiento antibiótico: a partir de la revisión de la Cochrane, se puede deducir que la combinación de GENTAMICINA+CLINDAMICINA es la adecuada para el tratamiento de la endometritis y que un régimen con actividad contra

Bacteroides frágilis y otras bacterias anaerobias resistentes a penicilina es preferible.

Con la excepción de las cefalosporinas que se asocian a una menor tasa de diarreas, no existe evidencia que relacione un régimen determinado con una menor incidencia de efectos colaterales.

- GENTAMICINA 2,4-2,7 gr/día + CLINDAMICINA 240mg en 1-3 dosis.

- Si no funciona: asociar AMPICILINA (3-4 gr/día), para cubrir enterococo.

Cefalosporinas de 3^a generación o Imipemen, carbapemen, inhibidores de Bactamasas (Ac clavulánico, sulbactam, tazobactam) combinados con ampicilina, amoxicilina, ticarcilina y piperacilina. Metronidazol.

- Aparición tardía: incluir doxiciclina a razón de 100mg/12 horas.

Continuar con vía parenteral 36-48 h tras desaparición de fiebre y posteriormente vía oral

- Clindamicinapuede inducir colitis pseudomembranosa por sobrecrecimiento de

Clostridium difficile.

Tratamientos complementarios:

- Drenar abscesos perineovulvares y los pélvicos (fondo de saco de Douglas).
- Abstenerse de legar la cavidad uterina si no hay sospecha de retención de restos placentarios.
- Tromboflebitis séptica: asociar heparina al tratamiento antibiótico. La ligadura de las venas afectas se realiza cuando el cuadro no se resuelve y son potenciales emisores de émbolos sépticos.

5.4 PATOLOGÍA HEMORRÁGICA

Hemorragia puerperal precoz: primeras 12 horas. Alarmante por su instauración brusca y por el volumen de pérdidas. La intervención facultativa debe ser rápida pues puede peligrar la vida.

Las causas principales son:

- *Hemorragias por traumatismos en el canal del parto.
- *Hemorragias por atonía uterina.
- *Hemorragias por alteraciones de la coagulación.
- *Retención de restos ovulares intracavitarios.

Hemorragia puerperal tardía: pasadas las primeras 12 horas postparto hasta finalizado el puerperio (6-7 semanas). Se complican el 1% de partos

CAUSAS:

- Funcionales:

- *Subinvolución o atonía uterina: más frecuente (50-60%).
- *Déficits de regeneración endometrial: puerperio más allá de los 40 días teóricos. Puede ser intrínseco (disfunción endometrial o del eje HipotálamoHipófisi Ovario) o extrínseco (fármacos bloqueantes de la lactancia, ergóticos, anticoagulantes, etc.)

- Orgánicas:

*Acretismo placentario

subinvolución del hecho placentario. Más frecuente en la 2ª semana. Cicatrización completa a las 6 semanas, si defectuoso se produce.

Persistencia de restos de anexos fetales: al final de la 1ª semana e incluso más tarde.

*Desgarros del canal del parto

*Infecciones puerperales

- EXAMEN GENERAL Y REVISIÓN GINECOLÓGICA cuidadosa (revisión del canal del parto , ecografía y la histeroscopia con flujo líquido).- PATOLOGÍA PREVIA : miomas, pólipos o alteraciones del cerviz... a veces pueden desencadenar problemas hemorrágicos.

Tratamiento

- LEVE: ergóticos via oral. No hay material intraútero o escasa cantidad de restos placentarios de localización proximal en útero (istmo y endocervix) porque ayudan a la involución uterina.

- SUBINVOLUCIÓN oxitocina, PG, legrado en casos rebeldes e incluso histerectomía.

- LEGRADO bajo anestesia siempre que se sospeche o se evidencie la presencia de restos placentarios en la cavidad, con cuidado de no perforar y riesgo de sinequias endouterinas. Histeroscopia permite la visualización directa y legrado dirigido, evitando el legrado de toda la cavidad. Si $> 3 \text{ cm}^2$ los restos legrado, si $<$ control estricto, puesto que generalmente se reabsorben espontáneamente.

- DEFECTO DE REGENERACIÓN ENDOMETRIAL:

Sustitución hormonal haciendo 2-3 ciclos artificiales con E y G.

- TRAUMATISMOS: sutura.

- ATONÍA: masaje, uterotónicos, oxitocina.
- NO CESA: ligadura de arterias uterinas, hipogástricas, histerectomía subtotal.

5.5 PATOLOGÍA VASCULAR

- Enfermedad trombo-embólica principal causa de muerte materna postparto.
- Incidencia 0,1-1%.
- Triada de Virchow hipercoagulabilidad, lesión de pared venosa y éxtasis.
- Tres tipos de trombosis venosa:
 - Varicoflebitis y trombosis venosa superficial: varices externas de los miembros inferiores. Los trombos se depositan en esta zona y provocan una gran reacción inflamatoria de tejidos vecinos.
 - Trombosis venosa profunda: más frecuente primeros tres días postparto, afecta venas profundas: poplítea, femoral e iliaca..
- Clínica: dolor muscular, edema e impotencia funcional. En ocasiones se palpa el engrosamiento venoso profundo y signo de Horman (dolor en la pantorrilla al forzar pasivamente la dorsiflexión del dedo gordo). Muchos de estos signos aparecen de forma fisiológica durante el embarazo y puerperio.
- Pruebas complementarias: ecografía dopplerflujo venoso, incruento y sencillo (identificar oclusión venosa y lugar).

Flebografía: 2º paso diagnóstico el patrón de oro con el que comparar otros métodos. Estudia con contraste. Más agresivo perodiagnóstico definitivo del tipo de lesión y la localización, aunque tiene sus limitaciones, sobre todo en el territorio de la iliaca.

- Tromboembolismo pulmonar: miembros inferiores arteria pulmonar. El

síntoma más característico es la disnea, y el signo más frecuente la taquipnea.

- Los pequeños émbolos en la periferia y suelen provocar infarto junto con signos pleurales (tos, hemoptisis, dolor torácico y roce pleural); sin embargo, en muchos casos, múltiples pequeños émbolos pueden no provocar clínica.

- Un embolismo masivo (al menos 50% de circulación de arteria pulmonar), puede mimetizar un infarto de miocardio.

- EKG: más frecuente taquicardia. En 40% inversión de T, y el clásico S1Q3T3 cuando existe una embolización extensa.

- Gasometría: $pO_2 > 90$ mm Hg casi lo descarta, si persisten síntomas gammagrafía de ventilación-perfusión, que proporciona el diagnóstico definitivo para localizar e identificar la embolización.

TRATAMIENTO

- Varicoflebitis reposo con miembro inferior elevado, vendaje compresivo y tratamiento antiinflamatorio.

- TVP, TEP TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE debajo de fosa poplitea, dudas, aunque la mayoría de autores piensa que sí. Si la localización es más alta es obligado anticoagular. Tres tipos de terapia:

A) Antiagregantes plaquetarios: ácido acetilsalicílico y derivados

B) Heparina y dicumarínicos

- El tratamiento inicial de ELECCIÓN: HEPARINA, es un potente inhibidor de la trombina. No atraviesa la placenta ni se excreta por la leche. Dosis: 10000-

60000 Unidades en 24 horas en administración iv continua o intermitente subcutánea.

- Pasadas las 2 primeras semanas DICUMARÍNICOS: oral, antivitamina K, y por tanto inhiben los factores II, VII, IX, y X. Control con I.de Quick (25-30%). Durante 3-6 meses si primera vez, e indefinidamente en pacientes de alto riesgo o con antecedentes tromboembólicos.

Fibrinolíticos: destrucción de trombos recientes (< de 5 días). Se usan como terapia alternativa o adyuvante en casos seleccionados y bajo estricto control hematológico. Los más usados son la estreptoquinasa y la uroquinasa.

Estos tratamientos de anticoagulación precisan comunicación entre obstetra y hematólogo, y deben ser realizados en centros especializados.

Papel del OBSTETRA Profilaxis de episodios tromboembólicos:

GESTACIÓN:

- Identificar factores de riesgo: varices, obesidad, edad, alter, cardiorrespiratorias, hipercoagulabilidad.
- Promover: ejercicio moderado, hábitos posturales.

PARTO

- Evitar: hipotensiones, traumatismos, tracciones, encamamientos.
- Heparina subcutánea: si factores de riesgo previo a cirugía y hasta deambulación.

PUERPERIO:

- Analgesia correcta.

- Movilización precoz MMII.
- MMII elevados.
- Medias compresivas.

MÉTODOS ADYUVANTES A LA ANTICOAGULACIÓN:

TVP:

- Vendaje compresivo.
- Tren de lemburg.
- Deambulacion temprana.
- Calor húmedo.
- Medias elásticas.

TEP:

- Oxigenoterapia.
- Mórnicos.
- Reposo.
- Fármacos vasoactivos.
- Fármacos inotrópicos.
- Broncodilatadores.

5.6 PATOLOGÍA MAMARIA

MASTITIS PUERPERAL:

- Inflamación del tejido mamario
- Característico de la mama lactante.
- Origen infeccioso, + fr flora nasofaríngea del RN (cocos grampositivos estafilococos y estreptococos), y la puerta de entrada fisura del pezón. Más fr

Stafilococo aureus.

- Clínica: dolor mamario unilateral progresivo, tumefacción focal, induración y eritema localizados. Se puede acompañar de fiebre y de afectación del estado general.

- Diagnóstico: clínico. Radiología aumento difuso de la densidad.

- Tratamiento: fases iniciales tratamiento local de la grieta (pomadas emolientes, calor seco, restricción hídrica) y antibioterapia antiestafilocócica (

cloxacilina 500 mg/6 h, amoxi-clavulánico 500mg/8 h, cefalosporinas de 1ª

generación, vibracina..) 10 días. Si el antibiótico no es el adecuado o si no se

completa infección subaguda o crónica, e incluso un absceso mamario.

Tratamiento antiinflamatorio: Varidasa, AINEs. Si alergia a B-lactámicos

clindamicina, teicoplanina o vancomicina (glucopéptidos) o linezolid. continuar con lactancia (salvo absceso, infección estafilocócica epidémica o supuración por pezón.

5.7 ABCESO MAMARIO

Colección de pus localizada en la mama

- Clínica: dolor y fiebre, así como afectación del estado general. Puede haber afectación hematológica leucocitosis, desviación izquierda.

- Pruebas complementarias: no se recomienda la mamografía, (compresión).

Para saber si el proceso es difuso o localizado ecografía mamaria. La mamografía después de remitido el proceso, para descartar proceso maligno.

- Tratamiento: evacuación espontánea ductal o fistulizando por piel. Calor local acelera el proceso de fluctuación. Si no ocurre, y se delimita una zona eritematosa y fluctuante apertura y desbridamiento quirúrgico, lavado con suero, curas locales con agua oxigenada y antisépticos locales, cierre de la piel por segunda intención.

Si el pus no es evacuado, se espesa y se puede calcificar. El tejido cicatricial a veces se retrae y puede ocasionar foveas o retracciones que dificultarán el screening.

- El mejor tratamiento es su profilaxis: higiene integral de la madre, trato cuidadoso de la mama y pezón. Basta con la ducha corporal diaria, sin excesivo frotamiento. Importante la protección del pezón con gasa estéril al acabar la tetada, así como la búsqueda de un ambiente.

- El mantenimiento de la lactancia no modifica el pronóstico. En cuadros iniciales sin absceso, no es necesario suprimir la lactancia, salvo dolor o rechazo de la madre (desaconsejar unos días la succión por la mama afecta). El tratamiento antibiótico es compatible con la lactancia, pero en casos rebeldes o con absceso mamario suprimir la lactancia y/o extraer leche.

INGURGITACIÓN MAMARIA

- Frecuente 2^º-3^º día postpartoexceso de producción de leche, excesivo acúmulo al no poder expulsarse.

- Leve, no precisa tratamiento más que un correcto vaciado tras la succión.

- En ocasiones dolor y tumefacción bilateral que a veces se acompaña de fiebre.

- Exploración: mamas tensas, calientes y dolorosas. La excesiva tensión puede dificultar la salida por compresión de los conductos galactóforos.

- Tratamiento:

Oxitocina.

Vaciamiento de mamas hasta quedar blandas. Analgesia. Lactancia regular si se desea continuar.

Vendaje compresivo mamario 2-3 días.

Inhibidores de la prolactina: bromocriptina, cabergolina, quinagolida durante 2 días.

INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA

Causas:

MATERNA:

- Voluntaria.
- Enfermedad crónica.
- Enfermedad transmisible: CMV, VHB crónico (eliminados en la leche) o VIH
- Drogadicción.
- Uso de fármacos nocivos.

FETAL:

- Feto muerto.
- Gran prematuridad.
- Enfermedad o malformación.

SOCIAL:

- Trabajo incompatible.
- Hijo de adopción.
- Métodos no farmacológicos:

Evitar la succión: bloquea el arco reflejo y el hipotálamo deja de producir ocitocina.
Aumenta el PIF y disminuye la producción hipofisaria de prolactina.

Compresión: vendaje o sujetador apretado.

Restricción hídrica, dieta hiposódica y diuréticos: pero no es suficiente.

- Métodos farmacológicos:

Andrógenos y estrógenos..

Bromocriptina: derivado del cornezuelo de centeno que actúa a nivel

centralactivación de los receptores dopaminérgicos (agonistas) aumento de la actividad de la dopamina (potente inhibidor de la prolactina)disminuye la producción mamaria de leche. Más usado, vía

oral a 5 mg/día (2,5/12h) durante 2 semanas. Náuseas, vómitos y cefaleas

son los efectos secundarios más frecuentes. Si la tolerancia no es buena

vía vaginal a doble de dosis. Graves efectos 2º en psicóticos, enf cardiovascular, insuficiencia hepática, HTA... Por ello auge de Lisuride,

Quinagolida o Cabergolina 1 dosis única de 1 mg para la inhibición

primaria de la lactancia (preferentemente el primer día postparto. Si queremos inhibir la lactancia ya establecida 1mg repartido en 4 tomas de 0,25 mg/12h. Estudios publicados hablan a favor de eficacia superior y una incidencia inferior de efecto rebote tras la supresión del tratamiento así como de efectos secundarios.

5.8 PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas.

La depresión posparto no tiene una sola causa, sino que es consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales. La depresión posparto no ocurre por algo que una madre hace o deja de hacer.

Después de dar a luz, los niveles de hormonas (estrógeno y progesterona) en las mujeres bajan rápidamente. Esto genera alteraciones químicas en el cerebro que pueden provocar cambios en el estado de ánimo. Además, muchas mujeres no pueden descansar tanto como deberían para poder recuperarse totalmente del parto. La falta

constante de sueño puede generar incomodidad física y agotamiento, factores que pueden contribuir a los síntomas de la depresión posparto.

¿Cuáles son los síntomas de la depresión posparto?

Algunos de los síntomas más comunes que se puede experimentar incluyen los siguientes:

Sentirse triste, desesperanzada, vacía o abrumada

Llorar más frecuentemente de lo normal o sin motivo aparente

Preocuparse o sentirse excesivamente ansiosa

Sentirse malhumorada, irritable o inquieta

Dormir en exceso o no poder dormir, incluso cuando el bebé duerme

Tener problemas para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones

Sentir enojo o furia

Perder el interés en las actividades que le resultaban agradables

Padecer dolores y molestias físicas, como dolores de cabeza frecuentes, problemas estomacales y dolor muscular

Comer demasiado o muy poco

Aislarse de amigos y familiares

Tener problemas para crear un vínculo emocional con su bebé

Dudar constantemente de su capacidad de cuidar al bebé

Pensar en hacerse daño a sí misma o a su bebé.

Dado que los síntomas son amplios y pueden variar de una mujer a otra.

La tristeza posparto es un término que se utiliza para describir los sentimientos de preocupación, tristeza y fatiga que muchas mujeres experimentan después de tener un bebé. Los bebés requieren mucho cuidado, de modo que es normal que las madres se preocupen o se sientan cansadas de proporcionar ese cuidado. La tristeza posparto, que afecta hasta a un 80 por ciento de las madres, incluye sentimientos leves que duran una o dos semanas y desaparecen por sí solos.

En el caso de la depresión posparto, los sentimientos de tristeza y ansiedad pueden ser extremos e incluso pueden afectar la capacidad de una mujer de cuidarse a sí misma o a su familia. Debido a la gravedad de los síntomas, por lo general, se requiere tratamiento. La depresión posparto, que ocurre en casi el 15 por ciento de los partos, puede comenzar un poco antes o en cualquier momento después de que nazca el bebé, pero generalmente comienza entre una semana y un mes después del parto.

Algunas mujeres están expuestas a un mayor riesgo de padecer de depresión posparto porque tienen uno o más de los siguientes factores de riesgo:

Síntomas de depresión durante o después de un embarazo anterior

Antecedentes de depresión o trastorno bipolar en otra etapa de su vida

Un miembro de su familia que padeció depresión u otras enfermedades mentales

Una situación estresante durante el embarazo o poco después de dar a luz, como la pérdida del empleo, la muerte de un ser querido, violencia doméstica o enfermedad

Complicaciones médicas durante el parto, como el parto prematuro o que el bebé nazca con problemas médicos

Sentimientos encontrados sobre el embarazo, así haya sido planificado o no

Falta de apoyo emocional de su esposo, pareja, familia o amigos

Problemas de abuso de alcohol o drogas.

La depresión posparto puede afectar a cualquier mujer, independientemente de su edad, raza, origen étnico o situación económica.

Existen tratamientos eficaces para la depresión posparto.

Consejería/terapia de diálogo: Este tratamiento consiste en hablar de manera individual con un profesional de la salud mental (un consejero, terapeuta, psicólogo, psiquiatra o trabajador social). Los siguientes son dos tipos de consejería que han demostrado ser particularmente eficaces en el tratamiento de la depresión posparto:

la terapia cognitiva-conductual (TCC), que ayuda a las personas a reconocer y cambiar sus pensamientos y conductas negativas; y

la terapia interpersonal (TIP), que ayuda a las personas a comprender y lidiar con relaciones personales problemáticas.

Medicamentos: Los medicamentos antidepresivos actúan sobre las sustancias químicas del cerebro que intervienen en la regulación del estado de ánimo. Muchos antidepresivos demoran unas semanas en ser más eficaces. Aunque estos medicamentos generalmente se consideran seguros para usar durante el amamantamiento, la mujer debería consultar con su proveedor de atención médica acerca de los riesgos y los beneficios que estos medicamentos implican tanto para sí misma como para su bebé.

Estos métodos de tratamiento se pueden usar solos o en combinación.

Sin tratamiento, la depresión posparto puede durar meses o años. Además de afectar la salud de la madre, puede interferir con su capacidad de relacionarse con y de cuidar de su bebé, y puede hacer que éste tenga problemas para dormir y alimentarse además de conducta a medida que crece.

Es probable que los familiares y los amigos sean los primeros en reconocer los síntomas de la depresión posparto en una mujer que acaba de dar a luz. Pueden alentarla a que hable con su proveedor de atención médica, ofrecerle apoyo emocional y ayudarla con las tareas diarias como cuidar del bebé y del hogar.

- Puerperio particular labilidad emocional, pude desencadenar procesos psiquiátricos nuevos o alterar el curso de patologías subyacentes.

Ansiedad o estrés postparto: 1%, primeras 48 horas, tras un parto dificultoso o traumático. Nerviosismo y dificultad en el sueño, e imágenes recurrentes acerca de la experiencia traumática. No precisa tratamiento farmacológico y se benefician del apoyo psicológico de los familiares y personal sanitario.

Tristeza postparto (baby blues): muy frecuente, 80%.

Sentimiento de tristeza leve que puede tener su origen en la

soledad en que se ve la paciente para afrontar la nueva carga.

Tercer o cuarto día postparto coincidiendo con la salida del hospital, y su intensidad supone un valor predictivo de la depresión postparto. No precisa tratamiento farmacológico.

Psicosis puerperal: 0,2%. Trastorno maníaco, psicótico, en mujeres con historia psiquiátrica previa. Primera-tercera semana postparto de forma aguda o subaguda. Factores hereditarios, constitucionales, psicosociales (problemas de adaptación al entorno) y orgánicos (agotamiento físico y psíquico tras embarazo

o parto dificultoso). Se puede manifestar en forma de esquizofrenia, pero en general, domina el componente depresivo, que puede evolucionar hacia un cuadro melancólico, maníaco, y de psicosis periódica, o hacia la esquizofrenia y el delirio. En la mayoría de los casos, el tratamiento es psiquiátrico. El obstetra identificar la paciente de riesgo y profilaxis de los factores exógenos predisponentes (embarazo complicado, parto traumático, patología puerperal)

Depresión postparto: prevalencia 20%, estado depresivo mayor que suele iniciarse a partir de las 4-6 semanas. Se trata de la misma enfermedad que la depresión en otro momento de la vida, pero con algunos factores biológicos y psicosociales propios del puerperio que no son del todo conocidos caída rápida de algunas hormonas tras el alumbramiento como el cortisol, la progesterona y la gonadotropina coriónica.

5.9 FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN POSTPARTO. ASOCIADOS:

Prenatal:

- Historia de depresión postparto.
- Historia de alter emocional.
- Historia familiar de alter emocional.
- Ansiedad/depresión durante el embarazo.

Postnatal:

- Tristeza postparto.
- Estrés relacionado con el neonato.

Ambos:

- Desavenencia matrimonial.
- Acontecimientos vitales adversos.
- Soporte social de baja calidad.

PROBABLEMENTE ASOCIADOS:

Prenatal.

- Historia de síndrome premenstrual.
- Edad materna.
- Complicaciones obstétricas.
- Paridad.

Postnatal:

- Mal control puerperal.

NO ASOCIADOS.

Prenatal:

- Nivel educacional.
- Grupo socioeconómico.
- Embarazo no deseado.

Postnatal:

- Sexo del neonato.

- Lactancia materna.
- Tipo de parto.

EI DIAGNÓSTICO PRECOZ

Importante para el pronóstico.

Identificar: grupos de alto riesgo.

Información: obstetra y matrona y foros de encuentro con madres gestantes.

Orientar acerca de los primeros síntomas y facilitar la comunicación con el personal sanitario.

Documentar bien todas las alteraciones emocionales que ocurren pasadas las 2 primeras semanas postparto, lo que sobrepasa la duración de la tristeza postparto.

Analizar cambios de humor en la primera revisión tras la cuarentena: cambios en el sueño, energía, peso, apetito, libido, etc... pueden ocultar una depresión postparto subyacente.

TRATAMIENTO:

Apoyo psicológico.

Fármacos: elección antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, desipramina, clonipramina)no se excretan en la leche y no efectos adversos importantes. Los nuevos ISRS fluoexetina y paroxetina tienen efectos similares, mejor tolerancia y mayor margen de seguridad, aunque falta por establecer los riesgos terarogénicos en madres lactantes.

- Conveniente controlar los niveles séricos y consultar la opinión del psiquiatra.
- Mantener el tratamiento al menos 6 meses o un año.

- Algunos estudios tratamiento hormonal con estrógenos transdérmicos, aportando resultados excelentes en cuanto a rapidez de acción y reversión de los síntomas. Dosis de estrógenos altas (200 microgramos/ día de estradiol) y se añade gestágeno en pauta cíclica (Dihydrogesterona 10-20 mg/día durante 12

días al mes) para evitar la hiperplasia endometrial. Todavía debe ser valorado por estudios ulteriores.

6. Hemorragias obstétricas

6.1 Definición de hemorragia obstétrica

La hemorragia es fisiológica tras el parto. cuando esta excede una cierta cantidad, se considera patológica. Es difícil definir de forma clara la hemorragia obstétrica. Existen numerosas definiciones

La cuantificación de la hemorragia es particularmente difícil durante el parto y/o la cesárea debido a que la sangre se mezcla con otros fluidos. Además, cuando ocurre una atonía posparto puede existir una gran cantidad de sangre retenida en el útero, bien si el parto ha sido por cesárea, bien si se ha tratado de un parto eutócico

Los signos clínicos clásicos (taquicardia e hipotensión) son engañosos en la gestante debido al notable incremento del volumen plasmático, y pueden no manifestarse hasta que la hemorragia no ha sido muy cuantiosa.

La hemodilución relativa y el elevado gasto cardiaco, propios del embarazo normal, permiten que ocurra una pérdida hemática cuantiosa antes de que se pueda objetivar una caída en los valores de hemoglobina y/o hematocrito.

Es una hemorragia anormal aquella que supera los 500ml tras un parto vaginal y los 1.000ml tras una cesárea. Estas cantidades se superan en 1:20 partos o cesáreas, respectivamente

La HMO se define como la pérdida >2.500ml de sangre y se asocia a una morbilidad significativa, a la necesidad de ingreso en unidades de pacientes críticos y a la realización de una histerectomía obstétrica. Otras definiciones incluyen: una caída de la concentración de hemoglobina $\geq 4\text{g/dl}$, la necesidad de transfusión de 5 o más unidades de concentrado de hematíes (CH), o la necesidad de tratar una coagulopatía o realizar un procedimiento invasivo para su tratamiento

La tasa de HMO es 6:10.000 partos, mientras la tasa de mortalidad dentro de estas es de 1:1.200 HMO. La tasa global de mortalidad por hemorragia obstétrica es de 0,39 por 100.000 maternidades.

Problemas específicos de la paciente obstétrica

Cambios fisiológicos del embarazo

El aumento de la masa eritrocitaria en un 20-30%, junto con el incremento del volumen plasmático en un 50%, hacen que la gestante presente una anemia fisiológica dilucional.

Existe un estado hipercoagulable propio del embarazo, con un aumento de la concentración plasmática de casi todos los factores de la coagulación (fibrinógeno y factores vii, viii y ix), mientras el sistema fibrinolítico disminuye su actividad. El plasminógeno está aumentado, pero su actividad está disminuida debido al incremento del inhibidor del plasminógeno tipo ii. (tabla 2). Existe, asimismo, una hiperfibrinogenemia fisiológica propia del embarazo.

Los anticoagulantes naturales, tales como la proteína S, sufren un descenso, contribuyendo al estado protrombótico, con un aumento de la fibrinólisis, especialmente en el útero, en el momento de la separación placentaria.

Existe una trombocitopenia gestacional fisiológica, sin traducción clínica en forma de aumento de la tendencia hemorrágica.

Estos cambios dan como resultado un acortamiento del tiempo de protrombina (TP) y del tiempo parcial de tromboplastina activado (aPTT), además de un aumento de parámetros tromboelastográficos: máxima firmeza del coágulo y máxima amplitud

Algunas comorbilidades asociadas al embarazo pueden contribuir a la aparición de una hemorragia catastrófica con una coagulopatía de consumo.

Monitorización de la hemostasia y fisiopatología de la coagulopatía

Los test rutinarios de coagulación son los métodos más frecuentes de monitorización de la hemostasia en una HMO. Estas pruebas son muy lentas en una situación tan dinámica como es un episodio de HMO. Además, la sensibilidad de estas (TP, aPTT) puede no ser la más adecuada. Si se usa el nivel de fibrinógeno plasmático, debería ser valorado por el método de Clauss.

La mortalidad materna (MM) es una de las principales preocupaciones de la salud pública y representa un buen indicador para medir la calidad asistencial, indicador que permite además, establecer las diferencias socioeconómicas entre los países.

Cada día mueren unas 1.000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En 2008 murieron 358.000 mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. El 99% de esas muertes se produjo en países en vías de desarrollo y la mayoría eran muertes prevenibles.

La hemorragia post parto (HPP) puede conducir a la muerte en un corto lapso de tiempo, como señala Kane el 88% de las muertes por HPP ocurren en las primeras cuatro horas

Por lo tanto, si bien es importante incorporar prácticas de prevención, la hemorragia obstétrica es una urgencia que requiere un adecuado y oportuno accionar de un equipo multidisciplinario para el manejo del shock, así como la disponibilidad de hemoderivados. La hemorragia obstétrica es un término que se usa para el sangrado que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio. Es un sangrado que puede aparecer por los genitales externos o bien, más peligrosamente, una hemorragia intraabdominal. El sangrado puede ser un evento característico del embarazo mismo, pero otras circunstancias pueden causar sangrados más voluminosos. El sangrado obstétrico es una causa principal de mortalidad materna.

6.2 EPIDEMIOLOGÍA

La Organización Mundial de la Salud reveló que para el año 2010, la Tasa de Mortalidad Materna mundial es de 402 muertes/100.000 nacidos vivos, y en la declaración del milenio propuso reducir a 100/100.000 nacidos vivos para el año 2015 (75%).

De acuerdo a datos que aporta la "Confidencial Enquiries into Maternal Death and Child Health" (CEMACH), referente de mortalidad para los países desarrollados, las muertes maternas de causa directa han disminuido de 6.24 /100.000 nacimientos a 4.67/100.000, trienio 2006-2008. Se asume que esta reducción fue debida a la disminución de muertes causada por enfermedad tromboembólica, siendo la primera causa de muerte materna la sepsis. Las causas indirectas no han variado, la cardiopatía continúa siendo la principal causa de muerte indirecta.

Las principales causas de MM en los países en vías de desarrollo son la hemorragia y la hipertensión, que en su conjunto representan el 50%. La hemorragia postparto (HPP) constituye el 35% del total de las MM. La Organización Mundial de la Salud estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por HPP

Las principales razones que explican esta elevada incidencia son: la falta de acceso de parto asistido por personal capacitado y la práctica inadecuada o limitada del manejo activo del alumbramiento. De acuerdo a Cowen, cuando la paciente es asistida en los servicios de salud, la demora en el reconocimiento de la hipovolemia y el inadecuado reemplazo del volumen, son la razón principal de MM

Se estima que alrededor de 14 millones de mujeres sufren una pérdida de sangre severa después del parto, el 1% de éstas muere y un 12% adicional sobrevive con anemia severa

DEFINICIÓN

No existe una definición universal de la hemorragia obstétrica, porque no se ha establecido claramente, lo que constituye una pérdida sanguínea excesiva.

De acuerdo al momento en que se presenta la hemorragia obstétrica se puede clasificar en hemorragia anteparto (HAP) y hemorragia posparto (HPP)

La pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen), que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, que supera los 500 ml, postparto o 1000 ml post cesárea

Actualmente se define como HPP a la pérdida sanguínea de gran magnitud que produce cambios hemodinámicos

Criterios diagnósticos

Perdida mayor al 25% de la volemia. (50% de la volemia en 3 horas)

Descenso del hematocrito 10 o más puntos

Pérdida aproximada de 150 ml/ minuto en 20 minutos

Descenso de la hemoglobina 4 gr/dl

Cambios hemodinámicos que desencadena presencia de síntomas: debilidad, vértigo, síncope y /o signos: hipotensión, taquicardia u oliguria. Estos datos están presentes cuando la paciente ha perdido una cantidad importante de sangre

Clasificación

Antes de parto: Placenta previa (0.5%)

Desprendimiento de placenta (10%)

Ruptura uterina

Vasa previa

En el puerperio:

Precoz 50% (Primeras 24 horas) Atonía uterina (50 a 60%)

Traumatismo cérvico-vaginal (20 a 30%)

Retención de restos ovulares (10%)

Trastornos adherenciales placentarios

Inversión uterina

Tardío (Entre las 24 horas y la 6ta. semana)

Retención de restos ovulares

Endometriometritis

Involución anormal del lecho placentario

Dehiscencia de la histerorrafia

Secundarias: Coagulopatías congénitas, adquiridas

Coagulación intravascular diseminada

Coagulopatía pos transfusional

Sepsis intrauterina

Pre eclampsia /HELLP

Óbito fetal

Factores de Riesgo de la HAP [12]

Placenta previa: Edad Materna mayor a 35 años, multiparidad, cicatrices uterinas previas (legrado, aspiración manual endouterina, miomectomía, cesáreas), tabaquismo.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI): Uso de cocaína, sobre-distensión uterina, enfermedades hipertensivas, colagenopatías, antecedente de DPPNI, trauma abdominal, trombofilias.

Rotura Uterina: Antecedente de cicatrices uterinas, uso iatrogénico de oxitócicos, parto prolongado, malformaciones, infecciones y adenomiosis uterinas.

Manifestaciones clínicas de HAP

Placenta Previa: La hemorragia genital se caracteriza por ser indolora, con expulsión de sangre líquida de cantidad variable, roja rutilante, que aparece en forma brusca e inesperada, la mayoría de las veces en reposo e incluso durante el sueño. Se presenta al final del segundo trimestre, habitualmente sin actividad uterina.

La terapia debe estar orientada a prevenir el shock hipovolémico y el parto pretérmino.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI): Síndrome hemorrágico que se presenta por desprendimiento total o parcial de la placenta normalmente insertada .

La tríada clásica de síntomas en el DPPNI son: hemorragia dolor e hipertonia uterina. Si el desprendimiento supera el 50%, generalmente ocurre muerte fetal por hipoxia y sobreviene otras complicaciones como shock hipovolémico, alteraciones la crisis sanguínea e insuficiencia renal. Se debe considerar que las cifras de presión pueden aparentar normalidad si existe síndrome hipertensivo del embarazo.

La hemorragia genital es oscura y con coágulos, de cuantía variable que no guarda relación con la gravedad del cuadro clínico. Se evidencia irritabilidad uterina progresiva: contracciones uterinas, polisistolía, hipertonia y finalmente un útero de consistencia "leñosa", típico de este cuadro. Es difícil palpar al feto y en un 60 % existen datos de riesgo de pérdida de bienestar fetal y un 15 a 35% muerte fetal.

En un DPPNI con feto vivo menor de 34 semanas, sin alteraciones de la coagulación ni existencia de otros problemas maternos y/o fetales, se puede optar por una actitud expectante, con vigilancia del estado materno fetal e inducción de la maduración pulmonar con corticoides.

Con feto vivo mayor a 34 semanas, se debe interrumpir el embarazo por vía vaginal, si la paciente se encuentra estable, o por cesárea.

Con feto muerto se puede interrumpir el embarazo por vía vaginal y si existe compromiso del estado general materno la interrupción debe ser por cesárea .

Rotura Uterina: Se dividen en: dehiscencia (rotura de cicatriz previa) y rotura de útero sin cicatriz previa (por maniobras obstétricas, traumatismos, trabajo de parto prolongado con desproporción feto-materna).

El principal factor de riesgo es el antecedente de una cesárea previa 0.2%. Luego de dos cesáreas previas el riesgo se eleva a 3.7%.

Los signos clínicos son: Dolor abdominal, dolor a la palpación, pérdida de bienestar fetal, palpación fácil de partes fetales, muerte fetal, hemorragia vaginal, colapso circulatorio materno; taquicardia, hipotensión.

Si se sospecha de ruptura uterina se debe practicar una laparotomía para valorar la severidad de la misma y decidir la conducta. La histerorrafia se usa en pacientes jóvenes, que deseen preservar su fertilidad y que se encuentren hemodinámicamente estables. La histerectomía se recomienda en pacientes añosas, con paridad satisfecha, cuando la rotura es amplia y anfractuosa o cuando existe compromiso del estado general.

Rotura de vasa previa: Es una condición rara cuya falta de diagnóstico puede ocasionar una mortalidad fetal del 60%. Ocurre cuando existe una inserción velamentosa del cordón, que atraviesa las membranas en el segmento inferior del útero por delante de la presentación fetal. Clínicamente se evidencia sangrado genital que ocurre después de la ruptura de membranas, con un útero relajado, en presencia de riesgo de pérdida del bienestar fetal que no guarda relación con la cuantía de la hemorragia. Ante la sospecha se debe analizar la sangre vaginal para determinar si existe hemoglobina fetal y se debe proceder a interrupción inmediata del embarazo por la vía más expedita.

Rotura de seno marginal (separación marginal de la placenta): En un 20% de los casos la hemorragia queda limitada a un hematoma retro placentario, existe un sangrado prolongado que se asocia a parto prematuro, rotura de membranas, infección ovular y en ocasiones a consumo de factores e hipofibrinogenemia.

El tratamiento es expectante y se basa en reposo absoluto y mantenimiento del estado general de la paciente. En el momento del parto se realiza aminorrexis y transfusión de hemoderivados en caso necesario.

6.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA HPP

De acuerdo a Herschderfer un 60% de todas las muertes maternas ocurren en el periodo postparto y un 45% en las primeras 24 horas.

Las tres causas más frecuentes de HPP son: Atonía uterina (50-60%), placenta retenida, restos placentarios (20-30%), laceraciones cervicales y/o vaginales (10%). Todos ellos representan aproximadamente el 95% de todas las causas de HPP.

Atonía Uterina: Es la causa principal de la HPP. Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en países pobres.

Los factores de riesgo son: sobre distensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal, agotamiento muscular por parto prolongado, rápido y/o gran multiparidad; y corioamnionitis por rotura prematura de membrana. Se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato.

Al examen físico se evidencia sangrado transvaginal abundante, rojo rutilante continuo, no doloroso. Se palpa un útero aumentado de tamaño flácido con poca o nula respuesta a la estimulación manual. Al examinar el canal del parto, no se evidencia laceraciones, el cuello uterino está dilatado y los signos vitales se alteran dependiendo de la cuantía de la pérdida hemática.

El manejo activo de alumbramiento reduce el riesgo de HPP en más de un 40%.

El tratamiento se basa en vaciar la vejiga y administrar uteroconstrictores, masaje uterino y ocasionalmente medidas quirúrgicas.

Retención Placentaria: Si luego del manejo activo del alumbramiento y realizar la tracción controlada del cordón, la placenta permanece retenida después de 30 minutos, se establece el diagnóstico de placenta retenida. El primer paso en el manejo de esta patología es la inyección venosa intraumbilical de occitocina: 10-20 U diluidas en 20 ml de solución fisiológica .

Si luego de 15 a 30 minutos no se observa signos de desprendimiento se debe realizar una extracción manual de la placenta. Se encuentra contraindicada la administración de ergonóvnicos, porque puede ocasionar una contracción uterina tónica que retardaría más la expulsión.

Restos Placentarios: El sangrado uterino persistente, secundario a la expulsión incompleta de la placenta, lo que impide una contracción uterina eficaz por lo que se presenta un sangrado persistente. La conducta más adecuada es la revisión de cavidad uterina y legrado instrumental.

Traumatismo del Canal del Parto: Asociado a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa.

La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina, la severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio.

Se manifiesta con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos. Su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarro. Los Cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas.

6.3 Placenta Acreta

Es la adherencia anormal de la placenta a miometrio. El diagnóstico se puede realizar a través de la ecografía durante la gestación.

La incidencia de placenta acreta va en aumento debido al mayor número de cesáreas realizadas. Cuando el útero no presenta cicatriz la incidencia de acretismo es del 5% si existe placenta previa. Con una cicatriz de cesárea previa la incidencia aumenta al 10% y con más de una cesárea previa la incidencia se eleva a más del 50%. de las pacientes presentan placenta ácreta.

Actualmente están en investigación conductas alternativas más conservadoras como la embolización de las arterias uterinas, dejando la placenta in situ esperando su

reabsorción, así como la administración semanal de metotrexato después del parto, con lo que se logra el alumbramiento espontáneo semanas más tarde.

Inversión Uterina: Caracterizada por la triada: Hemorragia transvaginal profusa, dolor y choque. Puede ser parcial; la inversión está aun dentro del conducto vaginal diagnosticada por examen vaginal y total; el útero se exterioriza a través de la vulva.

Se debe revertir el útero manualmente manteniendo sostenido con oxitócicos, en caso necesario tocolíticos, ritrodina, terbutalina, sulfato de magnesio y/o los anestésicos halogenados, para facilitar la reversión uterina. El fracaso requiere tratamiento quirúrgico.

Hemorragias "Ocultas": Lesiones de la arteria uterina, pueden originar extensos hematomas pelvianos: en ligamento ancho, región para cervical o para vaginal y en retroperitoneo, el diagnóstico es clínico, confirmado por ecografía abdomino-pelviana. Cuando el volumen supera los 4 cm de diámetro, requiere tratamiento quirúrgico: drenaje y hemostasia.

Hemorragias retroperitoneales secundarias a una histerectomía requieren transfusiones masivas y nueva laparotomía exploradora para efectuar hemostasia, en caso de histerectomía subtotal con sangrado probable de vasos cervico-vaginales se puede realizar una arteriografía de arteria hipogástrica con el objetivo de identificar el vaso sangrante y proceder a su embolización.

TRATAMIENTO

El manejo inicial de la hemorragia obstétrica se basa en la identificación y la corrección de la causa que lo origina. El tratamiento debe estar basado en tres pilares fundamentales:

I. Medidas generales

II. Resucitación

III. Control del sangrado:

A. Tratamiento no quirúrgico

Medicamentoso (de primera línea)

Intervencionista (de segunda línea)

Radiológico

Tratamiento quirúrgico

Cirugía conservadora

Cirugía radical

MEDIDAS GENERALES

. Historia clínica detallada, para identificar la causa del sangrado genital.

- Sonda Vesical para vaciar vejiga y cuantificar diuresis horaria.
- Identificar posibles restos ovulares o laceración del tracto genital.
- Cuantificar la perdida sanguínea.

Monitoreo del estado hemodinámico y la resucitación adecuada

- Electrocardiograma, presión arterial y saturación de oxígeno.
- Monitoreo invasivo en paciente hemodinámicamente inestable

El sangrado es un síntoma frecuente durante el primer trimestre de gestación.

Existen varias posibles causas que pueden ocasionar un sangrado en el primer trimestre de gestación:

- Sangrado por implantación: Se trata de un sangrado escaso, que puede aparecer en algunas mujeres embarazadas en las fechas en la que debería aparecer la regla. Este hecho, puede generar confusión a la mujer puesto que en ocasiones, puede interpretarlo como si fuese una regla muy escasa. Se considera un evento fisiológico y que no pone en riesgo la evolución de la gestación.

- Amenaza de aborto: En este caso, se produce un sangrado vaginal de cantidad variable, aunque en general inferior a un sangrado menstrual y que puede asociarse a dolor tipo dismenorrea de carácter leve. A la exploración ginecológica, se confirmará un sangrado procedente de la cavidad uterina y el cérvix uterino se encontrará cerrado. Si se realiza una ecografía, se confirmará la evolución adecuada de la gestación¹.

- Aborto en curso: Existe un sangrado generalmente abundante y dolor tipo dismenorrea habitualmente intenso, con expulsión de restos del embarazo de forma activa por lo que el cuello uterino se encuentra abierto. De forma espontánea, evolucionará hacia un aborto completo o incompleto.

- Aborto incompleto: Se produce cuando hay una expulsión parcial de los restos del embarazo. Habitualmente, se manifiesta como un sangrado abundante, superior a una menstruación. El cuello del útero se visualizará abierto y en la ecografía se confirmará la presencia de persistencia de restos dentro del útero. En estos casos, puede facilitarse la expulsión completa de los restos abortivos con fármacos o mediante la realización de un legrado.

- Aborto completo: Consiste en la expulsión completa del embarazo. El cuello uterino queda cerrado y en la ecografía se visualiza un útero sin contenido. El aborto espontáneo es un evento relativamente frecuente, afectando a alrededor del 15% de los embarazos. La causa más frecuente de aborto suelen ser las anomalías genéticas del embrión, que evitan su desarrollo adecuado¹.

- Embarazo ectópico o extrauterino: Se trata de un tipo de gestación en la cual el embrión implanta en un lugar diferente a la cavidad del útero. En la mayoría de los casos, este tipo de embarazo se localiza en la trompa de Falopio. Si no recibe un seguimiento y tratamiento apropiados, puede poner en riesgo la vida de la mujer por una hemorragia interna ocasionada por la rotura de la trompa de Falopio. En las fases iniciales, suele manifestarse con un sangrado escaso y oscuro que puede ser persistente. En la ecografía, se visualizará un útero vacío, sin estructuras sugestivas de embarazo. En muchas ocasiones, puede visualizarse una imagen compatible con un embarazo ectópico próxima a la localización de uno de los ovarios. Este tipo de embarazo puede finalizar en una interrupción espontánea o requerir tratamiento con medicación (metotrexato) o cirugía para su resolución en un porcentaje variable de casos².

- Embarazo molar: Es una causa muy infrecuente de sangrado durante la gestación. Suele manifestarse como un sangrado en cantidad variable. En la ecografía se puede confirmar la ocupación del útero por una imagen heterogénea con vesículas acompañado de un embarazo (mola parcial) o sin él (mola completa). En cualquier caso, el principal tratamiento consiste en la realización de un legrado y un seguimiento adecuado para confirmar la resolución del proceso. Ocasionalmente, puede requerir tratamiento farmacológico para conseguir la curación³.

- Otras causas de sangrado: Existen otras causas que pueden producir un sangrado durante el primer trimestre de embarazo como aquellos debidos a pólipos del cuello del útero y lesiones o traumatismos de vulva, vagina o cérvix uterino.

6.3 Sangrado del embarazo tardío

Artículos principales: Placenta previa y Desprendimiento prematuro de placenta.

La consideración principal de una hemorragia al final del embarazo es la presencia de placenta previa, un trastorno que suele ser resuelto con una cesárea. Igualmente, un desprendimiento prematuro de placenta puede conllevar a un sangrado obstétrico, a menudo no aparente.

Sangrado durante el parto

Artículo principal: Parto

Adicional a una placenta previa o un DPP, los desgarros uterinos pueden ser una causa seria que produce hemorragia interna o externa. El sangrado de origen fetal es muy raro que, aunque no suele ser abundante, puede ser importante para el recién nacido. .

Sangrado posparto

Artículo principal: Hemorragia postparto

Causas de hemorragia posparto y su incidencia

Causal Incidencia

Atonía uterina	70%
Trauma	20%
Tejido retenido	10%
Coagulopatía	1%

La hemorragia durante el puerperio se define como la pérdida de más de 500 ml de sangre después del parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea.⁵ Es la causa más importante de muerte materna perinatal en países desarrollados y una causa principal de morbilidad a nivel mundial.

Las principales causas de hemorragia posparto son la atonía uterina, traumatismo físico, placenta retenida y coagulopatías

Atonía uterina: es la incapacidad del útero para contraerse y puede conllevar a sangrado continuo. La retención de tejido placentario puede causar una atonía uterina.

Traumatismos: los traumatismos durante el parto pueden desgarrar el tejido y vasos sanguíneos del canal del parto, lo que conlleva a sangrado importante.

Retención de tejido: es cuando porciones de la placenta o del feto permanecen adheridos al útero, lo que puede causar hemorragias.

Coagulopatías: ocurren cuando hay un fallo en la coagulación lo que puede predisponer a sangrados constantes.

6.4 RESUCITACIÓN

Es restaurar el volumen sanguíneo y mantener la perfusión de los tejidos, para ello se debe seguir los siguientes pasos:

- Volumen alto de oxígeno 8L/minuto.
- Cabeza baja, recostada de lado izquierdo si aún no hubo parto, para evitar compresión aortocava.
- Acceso venoso Branula 14 o 16, se requiere dos vías, previa toma de hemograma, coagulograma y pruebas cruzadas, fibrinógeno. (Recomendación

- Líquidos: cristaloides, coloides evitando dextrans para no alterar la agregación plaquetaria (no exceder 3 a 5 litros) previa transfusión sanguínea. Para iniciar la reposición y expansión del volumen circulante se puede usar 1000-2000 ml de soluciones cristaloides (Recomendación -A), la relación es 3:1 (Recomendación -C) o coloides relación 1:1, (Evidencia-1b). La hipotermia aumenta el riesgo de falla orgánica múltiple y coagulopatía (Evidencia-IV), por lo que los líquidos a reponer deben estar alrededor de los 37 grados para evitar la hipotermia, (Recomendación -C).
- Corregir la acidosis y la hipocalcemia.
- Transfusiones de paquete globular cuando se ha perdido 30 a 40% de la volemia, Hb 6, o Hb 10 con sangrado activo (Recomendación -C)[34].
- Se recomienda transfusión de plaquetas, cuando $< 75 \times 10^3$. La Dosis recomendada es una unidad de plaquetas por 10 kg. de peso[34].
- Evitar coagulopatía dilucional, con productos de coagulación, se acepta hemoglobina de 8 mg/dl.

6.5 Resucitación hemorrágica

Clásicamente la **resucitación hemorrágica** se basó en la administración de cristaloides, coloides y paquetes globulares, el uso de otros productos como plasma fresco congelado, crioprecipitados, y plaquetas en hemorragias masivas donde las plaquetas son $< 50000 \text{ mm}^3$, fibrinógeno menor a 100 mg/dl, tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina mayor a 1,5xnormal, con el fin de prevenir una coagulopatía dilucional, hipotermia y acidosis que llevan a una coagulopatía disfuncional .

En la atonía uterina, placenta acreta, abruptio placentario, se evidencio que la coagulopatía temprana puede iniciarse antes de la hemodilución o el consumo de factores de la coagulación, uno de los mecanismos es a través de la proteína C que a su vez inhibe a los factor V y VIII de la coagulación y así desencadenar fibrinólisis y la hemorragia subsecuente.

6.6 Resucitación hemostática

La resucitación hemostática ha demostrado la reducción de la mortalidad en un 15 a 62%. Involucra los siguientes aspectos:

- Limitar el uso de cristaloides, siendo permisivos con la hipotensión.

- Administración temprana de plasma fresco y plaquetas concomitantemente con paquetes globulares, en una relación (1:1:1), sin esperar pruebas de coagulación.
- Uso temprano de factor VII activado recombinante.

Los objetivos a alcanzar son:

- Fibrinógeno, >100 mg/dL
- Hematocrito, 21 % (hemoglobina, 7 g/dL)
- Recuento de plaquetas, >50x10³/ μL
- Tiempo de protrombina y APTT, < 1.5 tiempos control (Relación Internacional Normalizada RIN < 1.5)

Recomendaciones para reposición de líquidos y hemoderivados durante el parto

La hemodilución normovolémica aguda, condiciona, condiciona mayor riesgo de sangrado aunque suele ser subestimada, el flujo sanguíneo uterino representa el 20% del gasto cardiaco.

6.7 Recuperación y reposición de células sanguíneas

La recolección de sangre en bolsas de sangre citratada, hasta un litro, en pacientes cuya Hb. es > 10 mg/dl. La reposición puede realizarse en un periodo de 2 a 6 horas, se debe implementar en pacientes que se prevé hemorragia masiva (placenta ácreta, percreta, abrupcio placentario, embarazo ectópico, rotura uterina, etc.) o en pacientes que tengan riesgo de transfusión alogénica. Técnicamente consiste en la recuperación de células sanguíneas de la sangre del campo operatorio a través de filtros que limitan factores tisulares como alfafetoproteína, plaquetas, procoagulantes con la finalidad de su reutilización en la paciente, en forma paquetes globulares recuperados y resuspendidos en solución salina. Sin embargo por el alto costo y riesgo de contaminación y secundariamente embolismo de líquido amniótico iatrogénico, su uso no se ha generalizado.

• Factor VIIa activado recombinante

Constituye terapia de elección en hemorragias masivas siempre y cuando la paciente tenga más de 50000 mm³ plaquetas, fibrinógeno de 50 a 100 mg/ dl, temperatura > a 32 grados centígrados, pH 7,2 y calcio normal ionizado, activa la cascada de la

coagulación, se une a las plaquetas y formar depósitos de fibrina; si bien la vida media es de 2 a 6 horas existe riesgo de tromboembolismo pulmonar y/o arterial, la dosis recomendada 90 mg/kg peso.

El uso de factor VII activado recombinante si bien es una alternativa para salvar la vida y ha disminuido la muerte por hemorragia obstétrica, es costoso y de difícil administración.

Tratamiento medicamentoso (De primera línea)

- Oxitócicos: oxitocina 10 U, endovenoso lento, constituye una de las recomendaciones preventivas [9], mantener con 20U en 500 ml de solución glucosada.
- Maleato de ergometrina 0,2 mg IM y reevaluar a los 10 minutos.
- Carbetocina 100 ug, IV previa liberación de receptores con 200 ml de solución fisiológica a infusión continua por 5 a 6 minutos.
- Misoprostol 800 a 1000 Ug, vía rectal. (Recomendación-C) .
- El ácido trenexámico se ha sugerido en caso de atonía refractaria o sangrado persistente secundario a trauma genital.

6.8 Tratamiento intervencionista (De segunda línea)

- Masaje uterino bimanual, una mano a través de la vagina en puño presionando la pared anterior del útero y la otra supraumbilical sobre cara posterior del cuerpo uterino.
- Taponamiento uterino (efectivo en el 84 % de los casos) el dispositivo más utilizado fue el catéter Sengstaken Blakemore, Barki
- La colocación de un balón (Cobra Cordis 5F) a la arteria iliaca interna a través de la femoral común, siguiendo la técnica de Seldinger, a una presión 1-2atm., se insufla y se deja por 24 horas a 48 horas, con profilaxis antibiótica, este procedimiento es seguro, efectivo y se puede realizar en pacientes inestables. Es importante contar con el apoyo de un radiólogo experimentado
- Indumentaria antichoque, no existe estudios randomizados que lo recomienden, la posibilidad de beneficiar al paciente está en disminuir la pérdida de sangre 200 ml aproximadamente lo que no diferencia determina diferencia de la conducta quirúrgica a seguir

Tratamiento radiológico: En paciente estable, la embolización de la arteria uterina alcanza una efectividad del 90%, preservando la fertilidad y recuperando las menstruaciones en un 100% después de un parto. Puede presentarse complicaciones como: dolor, fiebre, embolismo pulmonar, infección pélvica hasta necrosis de útero y vejiga (0 a 10%).

6.9 Tratamiento quirúrgico

Cirugía conservadora Se recurre a ella si las otras medidas son insuficientes.

- Ligadura de Arteria Uterina inmediatamente después del alumbramiento. (Evidencia III). El éxito es del 90%, más aun si se tiene el dato de placenta ácreta por su alto riesgo de morbi-mortalidad materna,
- Ligadura de la arteria iliaca interna efectiva en un 84%.

Las mujeres sometidas a cualquiera de las ligaduras arriba señaladas tienen probabilidades mantener su capacidad reproductiva

- Balón del Catéter Fogarty, colocado en arteria iliaca interna durante el preoperatorio sin complicaciones en la cesárea histerectomía
- Las suturas de compresión uterina (B-Lynch) son efectivas en el 91% de los casos. Sin embargo, existe riesgo de necrosis uterina, adherencias intrauterinas y abdominales así como piometra
- Múltiples suturas cuadradas procedimiento seguro para hemorragia masiva post parto, asociada a pocas complicaciones de infección, isquemia y adherencias.

De acuerdo a Doumouchtsis no existe diferencias estadísticamente significativas entre los diversos procedimientos como la compresión bimanual, tapón uterino, embolización y /o ligadura de arteria uterina, ligadura de arterias iliacas y suturas de compresión uterina

Cirugía radical

Históricamente la primera indicación para histerectomía fue la atonía uterina actualmente son las anomalías de placentación

La histerectomía continúa siendo la opción de control de sangrado para salvar la vida de la paciente. (Recomendación- C), se realiza para salvar la vida y antes de desencadenar una coagulopatía .

La incidencia de cesárea histerectomía ha incrementado no por hemorragia post parto sino básicamente por anomalías de presentación placentaria (acreta) de 2,6 x 10000 nacimientos en 1991 a 1993, a 4,6 x 10000 de 1998 al 2000 y finalmente 8x10000 nacimientos en 1998 al 2006, en Canadá y Australia

7. ANESTESIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA MASIVA.

7.1 DESCOMPENSADA

La anestesia epidural es segura y superior a la general (Evidencia-II), menor pérdida sanguínea, bronco aspiración, paciente despierta a pesar de la hipotensión por vasodilatación periférica. Si se prevé una cirugía prolongada por placenta ácreta se prefiere anestesia general (Recomendación-B), por la estabilidad hemodinámica de la paciente y el confort. La hemorragia masiva obstétrica (HMO) es una de las causas principales de morbilidad materna en el mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo, si bien en los países desarrollados es causa de preocupación creciente. La atonía uterina es una causa cada vez más frecuente de HMO, lo que unido al creciente número de cesáreas, implicadas en la aparición de más casos de acretismo placentario, hace que la incidencia de HMO esté en aumento. Además, existen algunas causas de HMO que se cursan con una coagulopatía muy grave y precisan de una reposición de hemoderivados realmente decidida y adecuada. Aunque el conocimiento de la HMO es cada vez mayor, las investigaciones se han realizado fundamentalmente en pacientes con hemorragia masiva asociada a trauma, siendo pocos los estudios enfocados en la hemorragia posparto. Sin embargo, las pacientes obstétricas difieren notablemente de los pacientes traumatizados, sobre todo en que estos son con frecuencia varones, por los cambios fisiológicos del embarazo, además de que los mecanismos responsables de la hemorragia son totalmente distintos, razones que explican que el enfoque terapéutico pudiera ser diferente. Recientemente, se han publicado varias guías clínicas que tratan la hemorragia masiva y que prestan una especial atención a la HMO. En este trabajo abordaremos la HMO en particular, comenzando por su definición y repasando los cambios fisiológicos y hemostáticos en la gestante que ayudan a comprender mejor la fisiopatología de la HMO. En cuanto al tratamiento, se describirán las medidas desde el punto de vista médico, el papel del fibrinógeno en este contexto, así como la indicación de transfundir con protocolos basados en la experiencia o guiados por pruebas viscoelásticas. Finalmente, se harán

unas recomendaciones y se expondrán unos puntos clave que ayuden al lector a resumir y sistematizar el tratamiento de la HMO.

7.2 Fibrinógeno funcional

Factores de coagulación, polimerización de la fibrina y fibrinólisis

Valora la corrección del exceso de heparina

Contribución del fibrinógeno a la firmeza del coágulo

El uso del sistema de point of care usando tromboelastografía (TEG, Haemonetics, Braintree, MA, EE. UU.) o tromboelastometría (ROTEM, TEM GmbH, Múnich, Alemania) es poco frecuente en las salas de parto hoy en día. Los test viscoelásticos, TEG/ROTEM, son un método que valora las propiedades viscoelásticas de la coagulación de forma global (modelo celular de la coagulación). Presentan los resultados gráficamente, permitiendo valorar la formación y la lisis del coágulo en menos de 10min.

Pueden realizarse a pie de cama y aportan ventajas comparándolos con los test convencionales de la coagulación (rapidez en la obtencion de resultados, favoreciendo la toma de decisiones clínicas precoces, permitiendo además una valoración global de la coagulación en una muestra de sangre total), lo que facilita una reposición agresiva y decidida en la HMO. Las pacientes obstétricas presentan con frecuencia y de manera precoz alteraciones graves de la coagulación, que deben tratarse de forma individualizada. La TEG/ROTEM permite la administración individualizada de hemocomponentes (plasma fresco y plaquetas) y de concentrados de factores de coagulación cuando sean necesarios y en la cantidad adecuada.

El tipo, la gravedad y la incidencia de coagulopatía son distintos en función de la etiología de la hemorragia. Así pues, en caso de atonía y desgarros del canal genital la coagulopatía predominante es la dilucional. Por el contrario, si la hemorragia se debe a un desprendimiento de placenta (abruptio) se inicia rápidamente una coagulopatía de consumo, caracterizada por un desarrollo rápido de hipofibrinogenemia y trombocitopenia incluso con unas pérdidas iniciales de sangre relativamente escasas.

El consumo de factores no siempre cumple los criterios de coagulopatía de consumo. La coagulopatía de consumo auténtica se ve en la embolia de líquido amniótico, en algunos casos de preeclampsia grave o síndrome HELLP y en el desprendimiento placentario grave (abruptio placentae). Estas mujeres llegarán a tener unos niveles críticos de fibrinógeno plasmático rápidamente. La activación local de la coagulación (en el lecho placentario) y del sistema fibrinolítico también contribuye a la rápida instauración de la coagulopatía por consumo.

Los cambios en la coagulación observados en el embarazo con el uso de ROTEM consisten en una objetivación de la hipercoagulabilidad, que puede confirmarse tanto con TEG como con ROTEM.

Esto se traduce en unos tiempos de coagulación (CT de ROTEM o r de TEG) más cortos y en firmezas del coágulo (máxima firmeza del coágulo del ROTEM y máxima amplitud del TEG) más amplias. Por tanto, los dinteles para instaurar tratamiento pueden ser distintos a los de otros pacientes críticos.

Hay una buena correlación entre los parámetros estándares de coagulación y los valores de ROTEM cuando se evalúan ambas variables en el periodo del posparto inmediato.

De la misma forma, se ha encontrado correlación entre el ROTEM FIBTEM y la concentración de fibrinógeno.

Parece que el ROTEM FIBTEM A5 (disponible en 10min) puede usarse de forma equivalente a la medición de fibrinógeno por el método de Clauss, si bien no mide los mismos parámetros. Grosso modo, FIBTEM de 15mm equivale a un fibrinógeno Clauss de alrededor de 3g/l; si es de 10mm equivale a 2g/l, y si es de 6mm la equivalencia es con 1g/l de fibrinógeno

Hoy día no hay estudios amplios con ROTEM y HMO, aunque si se dispusiera de ellos, su uso podría guiar la reposición de forma rápida y directa y ayudar a diferenciar si la hemorragia se está viendo agravada por una hemostasia alterada.

7.3 Tratamiento médico

El correcto reconocimiento de una HMO es vital, tal como ocurre en otras hemorragias masivas, ya que el retraso se acompaña de acidosis metabólica, hipotermia, coagulopatía y anemia, combinación que puede ser letal. Se recomienda, con un elevado grado de evidencia, la corrección de estos factores en la hemorragia masiva.

La comunicación y el trabajo en equipo: durante todo el tiempo que dure el episodio de HMO debe mantenerse la vigilancia y documentar perfectamente las observaciones y los tiempos. Es importante la comunicación a otros miembros del equipo de las sospechas fundadas precozmente.

El tratamiento de la HMO comienza con medidas generales y de primera línea: intervenciones manuales y farmacológicas, que deben llevarse a cabo de forma precoz, decidida y en menos de 30min.

Medidas generales y reanimación con líquidos intravenosos

La corrección de la hipovolemia mediante la administración iv de cristaloides y/o coloides es prioritaria ante cualquier tipo de hemorragia aguda.

Una vez que se superan los 1.000ml de hemorragia estimada y esta continúa, se recomienda tener 2 vías venosas periféricas de grueso calibre canalizadas, y comenzar con la administración de cristaloides calentados, así como enviar una muestra al Banco de Sangre para la realización de grupo y escrutinio de anticuerpos irregulares.

La reanimación con líquidos iv debe comenzar con rapidez y no confiarse a un simple resultado de hemoglobina. Esta solo sirve para ver cuál es el punto de partida.

El volumen máximo a infundir debería limitarse y no exceder de 3 (hasta 2l de cristaloides calentados tan rápido como sea posible), ampliable a otros 1.500ml mientras se espera a que llegue la sangre compatible, sin olvidar que la administración excesiva de líquidos lleva de forma inexorable a una coagulopatía dilucional.

Los cristaloides más empleados son: la solución salina isotónica al 0,9%, la solución de Ringer y otras soluciones «balanceadas», como la de Hartmann (Ringer lactato). Habitualmente solo el 25% del volumen administrado permanece en el espacio intravascular. Son baratas, no alteran la hemostasia ni la función renal, y hay una gran experiencia en su empleo.

Los coloides tienen un mayor efecto sobre el volumen intravascular, pero pueden inhibir la agregación plaquetaria e interactuar con la medición correcta de los niveles de fibrinógeno. Los coloides disponibles son los hidroxietil-almidones, las gelatinas y la albúmina humana. La infusión de albúmina al 5% produce una expansión plasmática del 75% del volumen infundido. Las gelatinas, dado su bajo peso molecular, tienen una vida media intravascular corta (2-3h) y su capacidad expansora es limitada (70-80%). Los hidroxietil-almidones al 6% tienen una vida intravascular media más larga (6-8h) y una mayor capacidad expansora (80-120%). Los hidroxietil-almidones son, en la actualidad, los coloides más usados para la expansión de volumen.

En cualquier caso, si se usa una gran cantidad de líquidos iv, se recomienda calentarlos.

La identificación de la causa de la hemorragia es también importante, ya que puede condicionar el tratamiento de manera fundamental. La regla de las 4 T es fácil de memorizar y ampliamente utilizada en HMO (Tono, Trauma, Tejido, Trombina).

Medidas de primera línea

La atonía uterina es la causa más frecuente de HMO y las medidas de primera línea más utilizadas son: extracción de fragmentos retenidos de placenta, masaje uterino y compresión bimanual. La optimización, la preparación, el uso racional de recursos y la protocolización de actuaciones suelen ser útiles para mejorar los resultados en las pacientes con HMO.

La oxitocina es el fármaco más utilizado en la HMO. La dosis recomendada es variable entre las distintas instituciones, pero es conveniente destacar que además de resultar útil para tratar la atonía uterina su uso se asocia, especialmente cuando se administra en bolo, a vasodilatación periférica, aumento del gasto cardiaco, vasodilatación, taquicardia e hipotensión arterial. Se ha documentado en alguna ocasión la aparición de casos de isquemia miocárdica asociada a su uso. Se debe evitar la administración rápida de oxitocina para prevenir la aparición de efectos secundarios, especialmente hipotensión grave. Si el tono uterino no es adecuado, se pueden añadir 10-20 unidades adicionales de oxitocina a una infusión de 1.000ml de suero.

Medidas de segunda línea

Los alcaloides ergóticos se usan cuando la oxitocina no es efectiva (segunda línea); 0,2mg de metilergonovina intramuscular provocan una contracción uterina tetánica. Estos fármacos causan una vasoconstricción intensa debida a una estimulación adrenérgica profunda. Están contraindicados en pacientes con hipertensión, preeclampsia, cardiopatía isquémica o hipertensión pulmonar.

Si la metilergonovina no es eficaz, o está contraindicada, el siguiente fármaco disponible es la prostaglandina F_{2α} o carbaprost. Este fármaco se inyecta por vía intramuscular (250mg) y se repite cada 15-30min, hasta alcanzar una dosis máxima de 2g. Está contraindicado su uso en mujeres asmáticas, ya que puede provoca broncoespasmo.

En caso de persistencia de la hemorragia, se indican los tratamientos de segunda línea. La histerectomía debe ser un recurso de último lugar y se debe reservar para casos extremos de HMO incoercible y refractaria a otras medidas.

7.4 Fibrinógeno y hemorragia posparto

Como ya se ha mencionado, se recomienda el método de determinación de fibrinógeno plasmático por el método de Clauss o mediante FIBTEM o el Functional Fibrinogen para finalidades diagnósticas o cuando se deban tomar decisiones del manejo clínico de pacientes en el contexto de una hemorragia masiva .

Recientemente, se ha investigado sobre los cambios en los perfiles de coagulación maternos en una HMO. Los niveles bajos de fibrinógeno previos al parto se han identificado como un importante factor de riesgo para que ocurra una HMO. La coagulopatía de consumo acompaña de forma característica a diversas comorbilidades en obstetricia (desprendimiento placentario, embolia de líquido amniótico, retención de feto muerto), si bien no se correlaciona tan frecuentemente con otras más comunes como la atonía uterina.

En la reposición de hemoderivados en la HMO se debe hacer un énfasis especial en la medida y la cuantificación precoz del nivel de fibrinógeno plasmático y proporcionar una respuesta rápida a unos niveles bajos. En la HMO, la medida del fibrinógeno plasmático se ha documentado como el parámetro mejor correlacionado con el riesgo de hemorragia posparto masiva y de coagulopatía concomitante.

Los niveles maternos de fibrinógeno se han asociado de forma independiente con la gravedad de la hemorragia. Si el nivel de fibrinógeno está por debajo de 2g/l cuando comienza la hemorragia, el valor predictivo positivo de este parámetro para predecir la HMO es del 100%.

Asimismo, la HMO aumenta el riesgo de aparición de fenómenos tromboembólicos en el posparto, por lo que se recomienda el uso de profilaxis de la enfermedad tromboembólica en cuanto cese la HMO.

La administración preventiva de fibrinógeno en casos de HMO comparada con placebo no se ha demostrado efectiva³⁴. Sin embargo, en este RCT la administración de fibrinógeno fue tardía, después de pérdidas importantes (>1.000ml) y con dosis fijas. Son necesarios más estudios para clarificar definitivamente su papel en este contexto.

Hemorragia obstétrica y transfusión

Aunque los tratamientos farmacológicos y la terapia transfusional son los principales pilares en el manejo de la HMO, el grado de evidencia es bajo para la mayoría de estos procedimientos. Este hecho hace que puedan existir sesgos a la hora de recomendar determinadas acciones. Es imprescindible llevar a cabo más investigación de calidad en este campo de cara a recomendar acciones y terapias seguras para las parturientas con HMO.

La tasa de transfusión en pacientes obstétricas es relativamente baja en países desarrollados (0,9-2,3%), si bien ha ido en aumento en los últimos años. La transfusión es un indicador importante de morbilidad obstétrica y debiera ser motivo de preocupación en las administraciones.

La incidencia de transfusión masiva (10 o más unidades de CH transfundidas) es solo de 6 de cada 10.000 partos. La causa más frecuente de transfusión masiva son las anomalías de placentación (27%).

Es obligatorio el uso racional de los recursos del Banco de Sangre. Todas las unidades que atiendan partos deberían disponer de varias bolsas (de 2 a 4) de CH del grupo 0 Rh negativo de manera inmediata.

El uso rutinario de grupo y escrutinio debe basarse en la individualización del riesgo: historia materna, posibilidad de complicaciones (acretismo, placenta previa, cesáreas previas) y políticas locales de cada hospital. La petición de sangre cruzada rutinaria no está justificada ni es necesaria en parturientas normales no complicadas antes de ser sometidas a cesárea o ante un parto. Algunos autores han estudiado la rentabilidad de la realización de grupo y escrutinio sistemático en cesáreas, viendo que solo el 1,7-3,3% de las pacientes requirieron transfusión. Además, más del 60% de las hemorragias no tenían factores de riesgo para transfusión. El 98% de las pacientes con grupo y escrutinio no precisó transfusión. Se recomienda que se estratifique el riesgo y en función de ello se solicite el estudio de forma estandarizada en cada hospital.

7.5 Protocolos de transfusión masiva en HMO

El proceso para conseguir CH de forma rápida y ágil en una HMO puede consumir un tiempo y unos recursos necesarios para otras tareas. El desarrollo de un protocolo de HMO facilita la petición y el transporte de CH. Esto debe figurar en el algoritmo del protocolo de cada hospital.

El uso de protocolos de HMO ha demostrado su utilidad para facilitar la transfusión rápida de suficiente volumen de productos sanguíneos, y son coste-efectivos (menor uso general de productos). Su uso también mejora las líneas de comunicación para la orden de transfusión y su transporte desde el Banco de Sangre al lugar donde es necesaria la sangre. Para la activación de los protocolos deben ser necesarias órdenes electrónicas y verbales, y el Banco de Sangre debe ser capaz de responder a esta orden en 5-10min.

La composición de los paquetes de HMO en los protocolos es variable. En general, se componen de 6-10 unidades de CH 0 Rh negativo no cruzado, 4 unidades de plasma AB y una unidad de plaquetas de aféresis. Si se conocen los resultados del escrutinio,

se pueden enviar bolsas de CH isogrupo y plasma A en lugar del AB líquido, que es la primera opción en urgencias. El plasma y las plaquetas deben administrarse precozmente para corregir la coagulopatía y la trombocitopenia, tan frecuentes en la HMO. La ratio correcta de CH/plasma en el seno de la HMO no se conoce, pero los paquetes de los protocolos de hemorragia masiva están diseñados para asemejarse lo más posible a la sangre completa, y de esta forma minimizar el impacto de la coagulopatía dilucional y la hipovolemia.

Las guías clínicas actuales⁴⁻⁶ recomiendan de forma clara la elaboración de protocolos de manejo de la HMO, si bien el nivel de evidencia no es elevado. Sin embargo, las ratios predefinidas de administración de hemoderivados no han demostrado su utilidad en este contexto. Tampoco la administración de concentrado de factores tiene indicaciones claras y definidas.

Se activa el protocolo cuando la hemorragia estimada excede los 2.000ml o si a pesar de una pérdida menor, la paciente se muestra inestable hemodinámicamente o presenta alteraciones en el estado de conciencia. El anestesiólogo pide ayuda inmediata y es el encargado de activar el protocolo con una llamada al Banco de Sangre.

En el Banco de Sangre se prepara rápidamente una nevera portátil con 10 unidades de CH, 10 unidades de plasma fresco congelado (PFC) y 2 pools de plaquetas.

La administración de concentrado de fibrinógeno comienza una vez activado el protocolo con 4g iv de forma inmediata y empírica. Se dispone de este producto en el paritorio de manera inmediata (no es necesaria la petición al Banco de Sangre).

7.6 Recuperadores intraoperatorios

Los recuperadores intraoperatorios recogen la sangre del campo quirúrgico, la lavan y la filtran para que después se pueda reinfundir a la paciente. Su uso reduce la

necesidad de transfusiones alogénicas, a la vez que reduce los riesgos asociados a las mismas. Puede además ser una solución aceptable para personas que rechacen una transfusión. La hemorragia debe ser cuantiosa para que se recupere una cantidad significativa susceptible de ser reinfundida y esto no siempre es posible preverlo cuando se requiere el recuperador de sangre intraoperatorio.

La recuperación de sangre intraoperatoria en obstetricia hoy día es algo relativamente seguro, de tal forma que se van superando las preocupaciones asociadas a su uso (contaminación con contenido fetal, activación de factores, etc.). Algunas organizaciones internacionales, como el National Institute of Clinical Excellence, del Reino Unido¹⁰, recomiendan su uso en la HMO. Las guías europeas sobre sangrado masivo perioperatorio establecen las siguientes recomendaciones al respecto: «la recuperación perioperatoria de sangre en obstetricia se tolera bien, teniendo en cuenta las necesarias precauciones hacia la isoimmunización Rh» (Grado de recomendación C). «Sugerimos que el uso de recuperación perioperatoria durante la cesárea puede reducir la necesidad de sangre homóloga y la estancia hospitalaria» (Grado de recomendación 2B).

Además es necesario un análisis coste-efectividad de estos aparatos. La recuperación intraoperatoria de sangre en la HMO solo es coste-efectiva en la cesárea con alta probabilidad de hemorragia (con reinfusión de 2 o 3 unidades de CH). Se deben tener en cuenta los costes no solo de la transfusión, sino de los fungibles, los técnicos, el tiempo, etc., mientras en el balance deben colocarse los riesgos actuales de la transfusión alogénica.

Recientemente se han usado con éxito los recuperadores sanguíneos también en partos vaginales.

7.7 Embolización arterial selectiva

Si las terapias iniciales son ineficaces hay que pasar al segundo o tercer escalón de tratamiento, junto con la activación de más recursos y personal. Entre estas medidas figuran algunas maniobras o recursos quirúrgicos (balones intrauterinos, suturas uterinas de contención, etc.) en un intento de evitar una histerectomía. Estas maniobras son tanto más efectivas cuanto más precozmente se realicen y menor haya sido la pérdida sanguínea hasta ese momento¹.

Cuando estas maniobras siguen sin conseguir el cese de la hemorragia, la paciente puede ser susceptible de embolización arterial selectiva, devascularización pélvica o histerectomía.

En los últimos años la embolización arterial se ha convertido en un tratamiento estándar para tratar de evitar una histerectomía y preservar la fertilidad. El éxito de este procedimiento es superior al 80%, con una tasa de complicaciones inferior al 10%. En algunos casos de alto riesgo, con placenta acreta o percreta, se han colocado balones arteriales profilácticos (en las arterias iliacas comunes o en las iliacas internas) con el ánimo de usarlos después del parto en caso necesario y ganar tiempo.

Decisión de reponer

Aunque las pruebas convencionales de coagulación son poco fiables en la guía de la terapia en la hemorragia masiva posparto⁴, no podemos olvidar que los test viscoelásticos no están disponibles en muchos paritorios.

Recomendaciones de diferentes sociedades científicas internacionales sobre hemorragia masiva obstétrica. AAGBI: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (Reino Unido); aPTT: tiempo parcial de tromboplastina activado; CH:

concentrado de hematíes; FIBTEM: medida de tromboelastometría (firmeza de coágulo y fibrinógeno); HMO: hemorragia masiva obstétrica; HULP: Hospital Universitario La Paz (Madrid, España); NICE: National Institute of Clinical Excellence (Reino Unido); OMS: Organización Mundial de la Salud; PFC: plasma fresco congelado; RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Reino Unido); Stanford Univers: Universidad de Stanford (EE. UU.); SEDAR: Sociedad Española de Anestesia y Reanimación (España); TP: tiempo de protrombina.

Recomendaciones de diferentes sociedades científicas internacionales sobre hemorragia masiva obstétrica.

La mayoría de las guías y protocolos utilizados actualmente en la HMO vienen derivados de los escenarios de pacientes politraumatizados, si bien no hay datos objetivos que avalen este uso, aunque algunos autores recomienden de forma explícita seguir las mismas reglas generales. En la población obstétrica, una alteración en los tiempos convencionales (PT/aPTT) suele indicar una alteración de la hemostasia y puede requerir una actuación rápida y decidida. Una guía clínica italiana recomienda un TP y/o aPTT > 1,5 veces el normal, como trigger para la administración de PFC. Esta misma guía recomienda la administración empírica de PFC si los test no pueden realizarse en unos tiempos razonables, si bien hay artículos que destacan que con frecuencia se administran dosis excesivas de PFC.

En la guía de la Sociedad Británica de Hematología sobre hemorragia crítica se hace la siguiente recomendación: los test hemostáticos convencionales seriados, incluyendo recuento plaquetario, actividad de protrombina, aPTT y fibrinógeno, antes y después de la reanimación con líquidos y hemoderivados, deben ordenarse/pedirse de forma regular, cada 30-60min, dependiendo de la gravedad de la hemorragia, con el fin de servir de guía y asegurar el uso apropiado de hemostáticos y hemocomponentes.

Además, las concentraciones de fibrinógeno plasmático disminuyen en la mayoría de los pacientes con HMO, a pesar de la administración excesiva de PFC, evidenciando la necesidad de otras alternativas.

Los estudios actuales indican que un fibrinógeno plasmático de 1g/l es demasiado bajo para conseguir una adecuada hemostasia en una HMO, y que el dintel de 2g/l sería más adecuado en estas pacientes. Algunas guías incluyen recomendaciones específicas para la HMO, especialmente en lo que se refiere a las recomendaciones de uso de ácido tranexámico (TXA) y fibrinógeno.

Plasma fresco congelado

Como con otros productos, su uso se basa en lo que se utiliza en los pacientes politraumatizados. Existe una gran diversidad de protocolos, en los que se usa una ratio fija entre CH y PFC a razón de 1:1, mientras otros protocolos apoyan además la adición de un pool de plaquetas también a 1:1:1. Estos productos generalmente se usan en forma de shock pack una vez que es activado el protocolo de HMO. La justificación para su utilización es el intento de mantener la generación de trombina y de fibrinógeno mediante la reposición de factores lo antes posible, sin tener generalmente resultados de laboratorio que confirmen la necesidad exacta de la cantidad a reponer. El inconveniente que tienen estos packs sin monitorización es que la mayoría de las mujeres estarán recibiendo productos pobres en fibrinógeno y quizás con menor cantidad de este que el que ellas tienen en ese momento circulando. El plasma donado proviene de donantes no gestantes y tiene un nivel de fibrinógeno de 2g/l, con lo cual, habrá una reducción de la concentración de fibrinógeno con su administración, así como de factor viii y Von Willebrand debido a la dilución.

Las guías actuales no distinguen respecto a la etiología de la HMO, por lo que la reposición empírica y precoz con plasma se justificaría si se sospecha que se va a

producir un elevado consumo de factores (desprendimiento de placenta o embolia de líquido amniótico) o si se esperan grandes pérdidas sanguíneas (rotura uterina, placenta acreta). Por el contrario, ante una atonía uterina o un desgarro del canal del parto no es de esperar que se presente una alteración hemostática precoz, así que el uso empírico de plasma no estaría justificado. La administración de PFC a ratios predefinidas puede ser útil en trauma, y quizás también en la HMO. No obstante, su nivel de recomendación en la HMO es solo «2C».

Si se considera como trigger de transfusión de plasma la ratio aPTT/TP, cuando esta alcanza 1,59 la alteración hemostática puede ser ya muy importante. Probablemente si se espera a este límite sea demasiado tarde para comenzar una infusión de plasma en una HMO.

Se ha publicado recientemente un algoritmo para la infusión de PFC basado en el FIBTEM A5 (medida del fibrinógeno funcional a los 5min) en hemorragia grave (>2.500ml y sangrando activamente). En este, se recomienda administrar concentrado de fibrinógeno inmediatamente si el FIBTEM A5 es <7mm, que corresponde a un nivel plasmático de fibrinógeno muy bajo para una gestante (en lugar del shock pack de PFC+plaquetas), y si la hemorragia es muy intensa, se recomienda considerar la administración de fibrinógeno por debajo de FIBTEM A5 <12mm. Con este protocolo, los autores han demostrado una reducción en el uso de CH, PFC y plaquetas, y de complicaciones como la sobrecarga circulatoria asociada a la transfusión.

Protocolo de hemorragia masiva obstétrica >2.500ml

protocolo de hemorragia masiva obstétrica >1.000ml; ambos guiados por ROTEM. CH: concentrado de hematíes; EXTEM A5: medida de tromboelastometría (vía extrínseca) a los 5min en mm; FIBTEM A5: medida de tromboelastometría (firmeza coágulo y

fibrinógeno) a los 5min en mm; PFC: plasma fresco congelado; ROTEM: tromboelastometría; TXA: ácido tranexámico. Fuente: Collis y Collins

Protocolo de hemorragia masiva obstétrica>2.500ml

protocolo de hemorragia masiva obstétrica>1.000ml; ambos guiados por ROTEM.

CH: concentrado de hematíes; EXTEM A5: medida de tromboelastometría (vía extrínseca) a los 5min en mm; FIBTEM A5: medida de tromboelastometría (firmeza coágulo y fibrinógeno) a los 5min en mm; PFC: plasma fresco congelado; ROTEM: tromboelastometría; TXA: ácido tranexámico.

Posiblemente, en el futuro, estudios como este darán más fuerza al uso de la terapia basada en point of care. En este estudio, una vez que la hemorragia ha cesado, no se deberían administrar más productos hemostáticos, cualquiera que sea el resultado de ROTEM. El uso de los shock packs hace que las pacientes acaben sobretransfundidas, por lo que muchas de ellas no se verán beneficiadas en absoluto.

7.8 Plaquetas

Las guías recomiendan que se mantengan por encima de $50 \times 10^9 \cdot l^{-1}$ durante una hemorragia activa, lo que significa que quizás debería iniciarse la infusión cuando alcancen $75 \times 10^9 \cdot l^{-1}$. Un recuento plaquetario inferior a $75 \times 10^9 \cdot l^{-1}$ es muy poco frecuente en el embarazo (salvo abruptio placentae, embolia de líquido amniótico, preeclampsia grave o trombocitopenia inmune). Por tanto, la estrategia de los shock packs de 1:1:1 dará lugar a una sobretransfusión de plaquetas y no parece que esté justificado en todos los casos.

Ácido tranexámico

La administración de TXA tiene un alto grado de recomendación (1B) y la aconsejan varias sociedades⁵. Su administración ha conseguido disminuir la cuantía de la hemorragia y la necesidad de transfusión en hemorragias masivas no obstétricas. Su uso en la HMO no está totalmente establecido aún, si bien cada vez se usa más en la práctica diaria, a la luz de los resultados favorables en cirugía mayor y trauma.

Hasta la fecha, solo hay estudios pequeños que avalan el uso de TXA en este escenario de HMO. El WOMAN Trial es un estudio multicéntrico, prospectivo y doble ciego actualmente en marcha que está investigando el uso de TXA en la HMO precoz. Se incluirán 20.000 mujeres de forma aleatorizada a quienes tras una pérdida sanguínea posparto de 500ml se les administrará TXA o placebo.

Crioprecipitados y concentrado de fibrinógeno

Los crioprecipitados no están disponibles en muchos hospitales en España. Se han usado para mantener el nivel de fibrinógeno por encima de 1-1,5g/l si la administración de PFC no ha sido suficiente. Un pool de crioprecipitado es capaz de aumentar el nivel de fibrinógeno plasmático en 0,5g/l, aunque depende del nivel de consumo de este. En cualquier caso, la dosis depende además del nivel que se pretenda alcanzar de fibrinógeno plasmático. El crioprecipitado contiene, además de fibrinógeno, una elevada concentración de factor viii, Von Willebrand y factor xiii.

El concentrado de fibrinógeno se ha usado para corregir la hipofibrinogenemia durante la HMO, aunque su indicación está fuera de ficha técnica en muchos países. La literatura existente es sobre todo de casos y series de casos en estudios no controlados.

Para aumentar el nivel de fibrinógeno en 1g/l se requieren alrededor de 60mg/kg, aunque si hay consumo adicional o dilución, los incrementos pueden ser menores.

Concentrado de complejo protrombínico.

El concentrado de complejo protrombínico contiene factores de coagulación ii, vii, ix y x y se usa en ocasiones como off label en la HMO. Actualmente hay un estudio en curso sobre el uso de concentrado de complejo protrombínico y fibrinógeno durante la HMO.

El concentrado de complejo protrombínico se puede asociar a fenómenos trombóticos en pacientes no gestantes, por lo que su uso debe ser y estar muy bien justificado (balance riesgo-beneficio) y siempre con el consejo del hematólogo.

Factor VII recombinante

Ha existido un gran interés durante algunos años en el factor vii recombinante para tratar la HMO que amenaza la vida o para prevenir una histerectomía.

Existe una revisión Cochrane que asocia el uso de factor vii a la aparición de fenómenos trombóticos arteriales y venosos y recomienda que su uso se limite a ensayos clínicos controlados.

Manejo práctico de la HMO

Se debe realizar o procurar una cuantificación cuidadosa de las pérdidas hemáticas (medida, peso de gasas, compresas, etc.).

Es fundamental la implicación de todos los estamentos en la HMO en el momento adecuado, contando con un apropiado y coordinado liderazgo en los paritorios y

unidades donde puedan estar ingresadas las pacientes susceptibles de presentar una HMO.

La mayoría de las hemorragias se controlan sin necesidad de transfundir, si bien ante una HMO, la transfusión es la norma.

Cuando se activa el protocolo de HMO se deben sacar muestras para FIBTEM, medición de hemoglobina, hematocrito y test de coagulación, según la disponibilidad de cada hospital.

Si el FIBTEM > 15mm (fibrinógeno 3g/l), el resto de los factores será normal y no es probable que se necesiten PFC ni crioprecipitados. La atención se debería centrar principalmente en la monitorización y en el estado cardiovascular materno. Dado que la mayoría de las hemorragias posparto no masivas son debidas a atonía y trauma del canal del parto, que no se asocian a un gran consumo de factores con anomalías precoces de coagulación o hipofibrinogenemia, la actuación obstétrica precoz generalmente controla esta sin necesidad de usar productos de coagulación.

Si ha habido una hemorragia importante (>1.000ml) pero ya no hay sangrado activo y el FIBTEM está por encima de 15mm o entre 12-15mm: no se recomienda administrar PFC. No es imprescindible, en estos casos, el traslado de la mujer a quirófano/paritorio, si esta no se encuentra allí en ese momento, para la realización de una revisión del canal del parto o de la cavidad uterina bajo anestesia.

Si el FIBTEM es < 12mm y persiste el sangrado activo: la paciente debe ser trasladada urgentemente a quirófano/paritorio, si no está ya allí. Si además las ratios TP/aPTT son anormales, se administrarían 15ml/kg de PFC y para muchos autores el concentrado de

fibrinógeno debería usarse precozmente, y no solo cuando la administración de plasma ha fracasado en corregir la hemorragia. Si la ratio TP/aPTT está por encima de 1.5, se transfunde una dosis mayor de PFC, con el consejo del hematólogo

El papel de la simulación en la HMO

Dado el gran impacto que tiene la HMO en la mortalidad materna, el Confidential Enquiry into Maternal and Child Health recomienda el uso de la simulación como herramienta de enseñanza y entrenamiento al personal implicado.

Se han realizado ejercicios de cuantificación de hemorragia, identificación de errores potenciales de medicación o tiempos hasta la resolución correcta del episodio de HMO en simulación. Una de las cuestiones más recurrentes en estos escenarios es la de la infraestimación de la hemorragia por parte de los participantes, planteando que esta mejoraría con la realización de cursos periódicos para conseguir una actuación más precoz en una hemorragia real, especialmente en las graves, ya que la estimación de la hemorragia ocurrida se aleja más de los valores reales cuanto mayor es la cantidad de sangre que se ha perdido. Sin embargo, cuando la pérdida sanguínea es pequeña, la tendencia es a la sobreestimación, lo cual también entraña riesgos.

Algunas maniobras obstétricas pueden ser ensayadas con simuladores para así adquirir la destreza necesaria cuando sean necesarias, de la misma forma que se mide la eficacia de las compresiones torácicas en la reanimación cardiopulmonar.

En definitiva, el entrenamiento en urgencias obstétricas y especialmente en HMO es una herramienta muy potente capaz de mejorar los resultados en las pacientes, aunque es solo eso: una herramienta y no una solución en sí misma. La simulación debería estar impartida por expertos en la materia y en simulación e implicar a diferentes miembros del equipo, para así ir encontrando la vía de la efectividad y el beneficio para todos.

Puntos clave y recomendaciones

El reconocimiento precoz de la HMO es vital a fin de evitar la aparición de acidosis metabólica, hipotermia, coagulopatía y anemia, combinación que puede ser letal.

Comunicación y trabajo en equipo: durante todo el tiempo que dure el episodio de HMO debe mantenerse la vigilancia y documentar perfectamente las observaciones. Es importante la comunicación precoz a otros miembros del equipo de la sospecha fundada de HMO.

La reanimación con líquidos iv debe comenzar con rapidez y no confiarse a un simple resultado de hemoglobina. Esta solo sirve para ver cuál es el punto de partida. La hipotensión es siempre un signo tardío, y cuando aparece, la actuación debe ser inmediata.

Si tras los primeros intentos no se obtiene éxito, se recomienda pedir ayuda más experta para tomar las decisiones adecuadas (incluyendo histerectomía) en el momento oportuno.

Los uterotónicos pueden ser salvadores en la HMO, pero pueden ser peligrosos si no se usan con cautela. Carbetocina no ha demostrado ser mejor que oxitocina en la atonía uterina y su uso actual como tratamiento de la HMO es off label. Misoprostol debe usarse solo en consonancia con recomendaciones y protocolos escritos. Metilergonovina es un fármaco peligroso en caso de pacientes hipertensas, con enfermedad cardiovascular y en ciertas etnias porque puede provocar vasoespasmos.

Es importante una adecuada comprensión y explicación de la causa subyacente del problema hemorrágico (hacer un diagnóstico correcto y no solo prescribir tratamiento sintomático).

Todas las unidades que atiendan partos deberían tener una cierta cantidad de sangre 0 Rh negativo inmediatamente disponible (2-4 unidades de CH).

Si se identifica una hipofibrinogenemia durante la hemorragia, la administración precoz de fibrinógeno puede ser una intervención sumamente útil, si bien las indicaciones precisas para la suplementación de fibrinógeno no están del todo establecidas. Otros factores de la coagulación, además de fibrinógeno, pueden ser necesarios de modo que se alcancen unos niveles mínimos de formación de trombina.

Se recomienda la realización de una histerectomía solo si las medidas médicas y quirúrgicas se han mostrado ineficaces.

Es recomendable la personalización de los tratamientos de acuerdo con el diagnóstico y la reevaluación de forma continua de la mujer (es una situación muy dinámica), en lugar de persistir en un tratamiento inefectivo o inapropiado.

7.9 Manifestaciones cutáneas

Existe una hiperpigmentación de ciertas áreas de la piel durante el embarazo. Aparecen también en algunas embarazadas estrías abdominales y a nivel de las mamas. En otras mujeres se nota la aparición de cloasmas a nivel de la piel de la cara. Estas hiperpigmentaciones pueden presentarse con uso de anticonceptivos orales y en enfermedades del colágeno, mientras que las estrías son también un signo en el síndrome de Cushing.

Mucosa vaginal

Como con secuencia del aumento en la vascularización de la vagina y el cuello del útero durante el embarazo por el efecto vascularizante de la progesterona, se nota que la mucosa de estas estructuras se vuelve de un color violeta. A este cambio azulado de la mucosa vaginal y del cuello del útero se lo conoce como el signo de Chadwick-Jacquemier.

Determinaciones hormonales

La presencia de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) en el plasma materno y su excreción por la orina son la base de los estudios hormonales del embarazo. La producción de esta hormona por el sincitiotrofoblasto comienza muy temprano en el embarazo. Las pruebas sensibles pueden detectar a la hormona hCG en el plasma materno o en la orina 9 o 10 días después de la ovulación. Esta hormona es la base de la mayoría de las pruebas de embarazo, aunque pueden usar técnicas diferentes, como el radioinmunoensayo, anticuerpos monoclonales, inmunofluorescencia y las pruebas caseras que usan el principio de hemaglutinación. Otras hormonas que aumentan con el embarazo incluyen a los estrógenos, en especial el estriol, y la progesterona.

Tamaño abdominal

Por lo general, hacia las doce semanas de la gestación se hace posible palpar el útero por encima de la sínfisis púbica o monte de venus. Desde ese momento, el útero continúa aumentando gradualmente hasta el final del embarazo. El aumento del tamaño abdominal puede también deberse a otras causas que excluyen al embarazo, como son los miomas uterinos, tumores de ovario, ascitis, etc.

Formas del útero

Signo de Noble-Budin

A partir de las ocho semanas de la gestación la presión del producto de la gestación hace que se ocupen los fondos de saco que se forman en la unión de la vagina con los lados del cuello uterino. De modo que se percibe en el tacto vaginal, la forma redondeada y turgente del útero al explorar los lados profundos del cuello uterino.

Signo de Hegar

A partir de la sexta a octava semana del embarazo, durante el examen bimanual del útero se siente blando en exceso, pastoso y elástico—en especial el istmo del útero— en contraste con la dureza y firmeza del cuello uterino.

Signo de Piskacek

Al realizar la exploración física del útero, en especial si la implantación del embrión ocurrió cercano a uno de los orificios de las trompas de Falopio, se percibe una asimetría con prominencia hacia el cuerno uterino que sostiene la implantación.¹⁸ Es un signo que puede observarse también con el uso de anticonceptivos orales.¹⁷

Signo de Goodell

Relacionado con cambios del cuello uterino, el cual se vuelve blando con el embarazo a diferencia de su consistencia dura en estados no gestacionales. Se hace la analogía de sentir el cuello uterino como tocar los labios bucales, en vez de sentirlo normalmente como sería el tocarse la punta de la nariz.

Contracciones de Braxton Hicks

Después de la semana 17 de gestación, se perciben leves contracciones uterinas, endureciéndose por momentos con la finalidad de facilitar un mejor flujo sanguíneo hacia la placenta, el endometrio y el feto. Estas contracciones se caracterizan porque abarcan todo el útero, comenzando en la parte superior y extendiéndose gradualmente

hacia abajo y tienden a ayudar a que el útero crezca. Se diferencian de las contracciones de parto porque suelen ser sin dolor e irregulares.

Peloteo fetal

Durante la segunda mitad del embarazo, entre el cuarto y quinto mes se puede palpar partes fetales a través del tacto vaginal. Cuando el examinador empuja levemente el fondo de saco que rodea al cuello uterino puede apreciar la separación del feto de su dedo y el regreso del mismo a su posición inicial en contacto con el dedo del examinador. Es un signo que en raras ocasiones puede sentirse en tumores voluminosos del ovario concomitante con ascitis.

Palpación del feto

Aproximadamente a partir del quinto mes del embarazo es posible para un examinador experimentado sentir las partes fetales a través de la pared abdominal materna, maniobra que es más exitosa hacia el término del embarazo. Partes similares pueden ser palpables ante tumores intraabdominales, algunos miomas subserosos pueden, por ejemplo, llegar a tener el mismo tamaño y consistencia que la cabeza fetal, causando errores en el diagnóstico.

Signos de certeza de un embarazo

Los signos positivos de certeza de un embarazo consisten en poder demostrar sin error la presencia de estructuras embrionarias mediante ultrasonido y otras imágenes radiológicas.

Actividad cardíaca fetal la identificación de pulsaciones cardíacas fetales separadas y distintas de las de la madre asegura el diagnóstico del embarazo. Se puede auscultar la actividad cardíaca fetal con un estetoscopio o un fetoscopio especial o con una ecografía Doppler. El latido cardíaco fetal es rápido (de entre 120 y 160 latidos por minuto), y puede ser identificado con exactitud a partir de la semana 19 y 20, excepto en mujeres obesas en las que se dificulta escuchar el foco fetal.

Rastreo ecográfico

En cualquier momento del embarazo, en especial en presencia de un feto maduro en la segunda mitad del embarazo, es posible demostrar por ecografía transabdominal bidimensional o tridimensional tanto sus partes anatómicas como el saco vitelino.

Aunque la autora considera que la incidencia de las complicaciones puerperales, representadas en el 3,05% no está elevada, resulta preocupante el saber que numerosas muertes maternas ocurren dependiendo de estas complicaciones, que en ocasiones serían prevenibles o al establecer diagnóstico temprano con manejo oportuno del embarazo, parto y puerperio.

Se hace necesario observar y examinar bien a la puérpera desde la primera hora posterior al alumbramiento, pues se reportan complicaciones hemorrágicas independientemente del modo del nacimiento (3,9 % para los partos vaginales y 6,4 % en los casos de las cesáreas), lo que puede ocasionar mortalidad materna por sangramiento, sumado a la dificultad que existe para poder cuantificar exactamente las pérdidas sanguíneas. Para ello se deben controlar los signos vitales, la contractura del útero y cuantificar el sangramiento.

La ambulación precoz es una práctica aceptada para el puerperio, evitando complicaciones tromboticas, es importante orientar a la paciente la lactancia materna con una técnica adecuada.

Algunos autores reportan una incidencia de mastitis desde el 10 % hasta el 33 % de las mujeres lactantes, más frecuente en la 2da. y 3ra. sem posparto, se reporta que entre el

74 y 95 % de los casos ocurren en las primeras 12 sem, pero el absceso mamario es más frecuente en las primeras 6 sem posparto. El estudio se responde con el rango descrito.

El periodo del alumbramiento y el puerperio, se asocian normalmente con un cierto grado de hemorragia genital, pérdida que suele infravalorarse en un 30-35 %.

Entre el 3-10 % de los partos se complican con hemorragia, es esta una de las primeras causas de muerte materna.

Llama la atención a la autora que a pesar de lo frecuente de hemorragia posparto (HPP), no se comportó de esta manera en el estudio, lo que puede estar en relación con un subregistro.

La infección del útero posparto es la causa más común de fiebre puerperal¹⁵ y se la designa según la extensión de la enfermedad como endometritis o endomiometritis. Entre 1987 y 1993 hubo disminución de 50,7 % de las tasas de endometritis puerperal en los hospitales de Chile, sin embargo este diagnóstico es la causa más frecuente de morbilidad febril posoperatoria, se reportan frecuencias tan altas como 85 % dependiendo de la población, mientras que su presentación luego de un parto vaginal fluctúa tan solo entre 1 % y 4 %.

La asistencia del parto en hospitales debe ser segura, garantizando a cada mujer, los beneficios de los avances tecnológicos y científicos, su autonomía, para que determine aquello que es mejor para ella y su hijo. Existe la necesidad de buscar calidad en la asistencia y ofrecer a la población un servicio con menor riesgo y mayor eficacia.

La cesárea es la situación más predecible de endometritis posparto y el rango de incidencia de endometritis después del parto vaginal es de 0,9 a 3,9 % y de cesárea, superior al 10 % mientras que *Luján* reporta entre el 5 y el 85 % en su serie. Luego de una cesárea la complicación más común es la infección que fluctúa entre 19,7 % y 51 % su incidencia, con un riesgo entre 5 a 10 veces mayor que en un parto vaginal.

La endometritis que es la complicación séptica más frecuente asociada con el parto, para las cesáreas su incidencia varía según la población investigada entre el 5 y el 85 %. Entre 2000 y 2004, Chile informó 83 hospitales donde las tasas de endometritis puerperal se obtuvieron de acuerdo al tipo de parto, vaginal o cesárea; para ello se vigilaron 626 402 partos, de los cuales 30,0 % fueron cesáreas, mas fue importante la disminución del 66 % de las endometritis poscesárea, con una reducción del 39 % en la endometritis posparto vaginal.

Ensayos clínicos han demostrado que la profilaxis con antimicrobianos reduce hasta el 60 % de endometritis en cesárea con y sin trabajo de parto, aun cuando hay variabilidad, en la mayoría de los estudios se observan beneficios. Esta puede ser causa de que en el estudio esta complicación sea menor que posparto.

Una adolescente embarazada, en trabajo de parto o una puérpera, puede transformarse en una adolescente obstétrica críticamente enferma, *Rodríguez* y otros señalan en su estudio de 12 años, que del total de nacimientos ocurridos en el período de enero 1987 a diciembre 1998 (n= 21 510) fueron adolescentes n= 1 320 para el 61,36 ± 1 000 nacimientos.

En un estudio de 5 031 puérperas, el 59 % de ellas tenían una edad superior a 20 años (media y mediana de 22 años), mientras que adolescentes (con una edad comprendida entre 10 y 20 años) correspondieron a 41 % de la población.

Esta población es una de las más susceptibles a las complicaciones del puerperio, pues en ellas es frecuente la hipertensión inducida por embarazo con sus complicaciones graves, las hemorragias posparto, ya sea por atonías uterinas y/o desgarros y laceraciones del canal blando del parto, sin menos preciar la sepsis ya sea por vía ascendente, por intervencionismos obstétricos o por la necesidad de realizar cesáreas.

La autora considera que es importante tener dispensarizadas las adolescentes y fundamentalmente las que tengan enfermedades asociadas para evitar el embarazo no deseado, pues tanto en la interrupción precoz como en su desarrollo implica un enorme riesgo para su salud y bienestar.

El manejo ideal para una puérpera sería el alta precoz, o sea, entre 24 y 48 h posparto y entre 3 y 5 días poscesárea, por lo tanto si la paciente exhibe alguna complicación como las afecciones de la mama o la subinvolución uterina, representaría además de la observación un estudio por complementarios y si la complicación es de mayor envergadura como la mastitis, el absceso mamario, la endometritis, entre otras, además de las consecuencias en la salud de la mujer lleva a una elevación de los costos del sistema de salud.

La estadía se puede elevar con cierta frecuencia debido a una mala técnica de la lactancia, algo que pudiera subsanarse desde la Atención Primaria de Salud con una buena educación sanitaria sobre dicha técnica correcta y su necesidad, tan importante para la involución de los órganos ginecológicos además del beneficio que reporta al bebé.

Otras afecciones que pueden descompensarse en el puerperio deben ser del conocimiento del médico del área de salud para tener el control y disminuir su morbilidad, alertando al equipo multidisciplinario para el manejo adecuado y oportuno de las enfermedades crónicas que presenta la paciente.

Dentro de las causas de reingreso se encontró la endometritis (9,9 %), seguidas por las afecciones mamarias en el (8,7 %) de los casos que en total reingresaron el 33,1 %.

Resende y otros reportan que en su estudio de los 147 casos de infección, se manifestaron durante el periodo de posalta, dentro de los 30 días, es decir entre el quinto y el vigésimo sexto día posterior al alta hospitalaria (100 %).

El alta precoz de las puérperas impide la realización del diagnóstico dentro de la maternidad, por lo que la vigilancia posalta es considerada de gran importancia, en especial en procedimientos en los cuales el periodo de hospitalización posoperatoria es corto, cada vez es más importante la presencia de un sistema de vigilancia adecuado.

La investigadora opina que una vez que reingresa una puérpera implica un disturbio familiar, pues todo era alegría y de pronto debe volver al hospital, tienen dudas sobre

qué hacer con el bebé ¿cuán grave está? Es una situación que afecta psicológicamente a la paciente y su familia, sin dejar fuera a la comunidad que se preocupa por esa joven y teme por su vida.

Se logró caracterizar el puerperio en el período y hospital estudiados, considerando que las complicaciones tienen una baja incidencia, con riesgo significativo en adolescentes y mujeres muy jóvenes, son frecuentes las afecciones mamarias, seguida de la endometritis, con mayor incidencia en pacientes que tuvieron partos vaginales e implicando estadías prolongadas

8. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

8.1 Puerperio inmediato

Durante este periodo se producen la mayoría de hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: 1. signos vitales, cada 15 minutos, 2. estado de conciencia, 3. globo de seguridad y 4. sangrado genital. Además, es necesario revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía, para descartar la formación de hematomas. Si durante este periodo no se producen alteraciones, la madre debe trasladarse al área de alojamiento conjunto, donde se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma y consulta de puerperio. El puerperio mediato, por su parte, comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas posparto. Además de las acciones descritas en el puerperio inmediato, se deben: Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios. Detectar tempranamente complicaciones, como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos. Vigilar la deambulación temprana. Alimentar adecuadamente a la madre. En caso de evolución satisfactoria, es posible dar de alta a la madre cuando hayan transcurrido al menos 24 horas de observación posparto. Se recomienda suministrar inmunoglobulina anti-D dentro de las 72 horas después del parto a todas las mujeres Rh negativo, sin anticuerpos anti-D, quienes tuvieron un niño Rh positivo.

Si no se han presentado complicaciones, es posible dar de alta a la madre y al recién nacido. En cuanto a la atención para la salida de la madre y su neonato, en esta fase es preciso brindar información a la madre sobre:

- Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido.

- Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito y diarrea. Es importante indicarle que en caso de presentarse alguno de ellos, debe regresar a la institución.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva.
- Puericultura básica.
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Inscripción del recién nacido en los programas de crecimiento, desarrollo y vacunación. Fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- Entrega del registro de nacido vivo y promoción del registro civil del recién nacido en forma inmediata.
- La gestante debe egresar con una cita de control ya establecida, con el fin de controlar el puerperio dentro de los primeros siete días del parto.
- Instrucción a la madre respecto a la importancia de conocer los resultados de la hemoclasificación del neonato y del tamizaje del hipotiroidismo congénito. La madre debe consultar nuevamente a la institución para conocer el resultado del tamizaje y traer al recién nacido para las pruebas confirmatorias cuando esté indicado hizo un estudio cualitativo exploratorio con diez mujeres primíparas en las primeras dos horas posparto, entre 15 y 20 años, cuyos recién nacidos no tuvieron complicaciones y quienes fueron atendidas en la sala de partos del Hospital Meissen (Bogotá).

La investigadora destaca cuatro categorías: interacción, ambivalencia de sentimientos, apego y expectativas.

La interacción es auditiva, visual y táctil: cada reacción del bebé genera una en la madre; así, cuando llora, la madre le habla; cuando abre los ojos, ella le sonríe; cuando lo amamanta, lo toca, y la madre está muy atenta a cualquier comentario cuando está separado de ella. La mayoría de las madres fantasean con su hijo durante la gestación

y durante el parto enfrentan a ese hijo real. En este primer contacto visual empiezan a identificar rasgos de familiares.

La ambivalencia de sentimientos. Se generan sentimientos de felicidad, nostalgia o angustia. El nacimiento del bebé es el paso del dolor del parto a una experiencia agradable y única; el llanto del recién nacido es la señal que suscita mejores respuestas en la madre. En el apego, por su parte, la madre se siente feliz y manifiesta que quiere a su hijo, lo besa y lo recibe en la camilla para lactarlo; a pesar del cansancio, quiere cuidarlo, se siente responsable y manifiesta que el hijo le pertenece. En el puerperio inmediato, el recién nacido, con sus señales innatas (succionar, llorar, sonreír y aferrarse), fortalece el vínculo afectivo con su madre. De acuerdo con un testimonio presente en esta investigación: “Cuando la enfermera la cogió, que ya habían cortado el ombligo, me dijo que le diera un beso y yo se lo di, luego cuando ya me la pasaron a la camilla, la tuve a mi lado y yo la miraba todita y la acariciaba con la mano”. La expectativa, por último, prueba que el primer contacto entre la madre y el hijo durante el puerperio inmediato es muy gratificante. El vínculo afectivo que se está generando hace que la madre se proyecte en la vida diaria, adquiera expectativas inmediatas y futuras, lo cual la lleva a reflexionar sobre su vida y su familia, aprenden a valorar más las cosas que han tenido y a la mamá. Otro testimonio decía: “Aprendí a valorar cosas de mi vida. A mi mamá, porque ahí aprendí lo que es ser madre” (Suárez, 2009).

8.2 Al salir del hospital

Los trabajos se desarrollaron en los servicios de puerperio de cuatro hospitales de Bogotá, como parte del proyecto “Seguimiento domiciliario a la madre y al recién nacido durante el puerperio”. Las autoras concluyen que las mujeres en posparto son dadas de alta en periodos tempranos (antes de 48 horas en partos sin complicaciones), por lo cual los profesionales de enfermería deben seguir estrategias de cuidado que traspasen los escenarios hospitalarios e incluyan el

hogar, para dar continuidad en el cuidado a madres y recién nacidos, al tiempo que involucran y ayudan a constituir a la familia como red de apoyo.

En este sentido, es necesario recordar que madres y familiares con escasos conocimientos enfrentan solos el proceso de crianza del hijo y la recuperación posparto de la mamá, paralelos al proceso de asumir el rol materno, lo que implica grandes cambios de adaptación fisiológica, como la hiperbilirrubinemia neonatal, el establecimiento de la lactancia materna, la involución uterina y la pérdida de peso en la madre y en el hijo, tal como lo describen los cinco trabajos. Por esta razón, la educación, el acompañamiento, la resolución de dudas, la asesoría, la consulta de enfermería, la utilización de material didáctico e inducción a la consulta de urgencias son herramientas que no implican grandes procesos tecnológicos, pero que bien utilizadas pueden prevenir complicaciones, como infecciones, hemorragias y alteraciones en las técnicas de lactancia materna.

Estos hallazgos son coherentes con estudios realizados por trabajadores de la salud entrenados en comunidad, en los que evaluaron la importancia de la visita domiciliaria a la puérpera e identificaron también que en los primeros tres a cuatro días posparto los principales problemas de las madres en el hogar están relacionados con síntomas de depresión materna, dificultades en el apego y alteraciones en la lactancia materna, especialmente en la posición durante esta. Además, evaluaron el grado de satisfacción de las madres, que fue muy alto en quienes recibieron visitas domiciliarias en relación con el grupo al cual realizaron evaluación clínica

8.3 Cuidado de enfermería a la mujer con infección posparto

La infección puerperal que surge como resultado de la contaminación de las vías del parto, es definida como la invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales durante o después del parto, y se ve favorecida por los cambios generales y locales del organismo en esta etapa. Constituye una de las tres causas

principales de mortalidad materna. Su incidencia depende de factores como el estado general de la paciente, anemia, desnutrición, obesidad, factores relacionados con el trabajo de parto y otros que se involucran con la cesárea. Para recoger los datos se utilizó un formulario que incluía variables de la madre, el parto y el periparto.

El análisis estadístico se hizo por la frecuencia porcentual, la media y la desviación estándar. Se obtuvo una asociación significativa entre la madre adolescente, la madre añosa, la madre primigesta, el embarazo postérmino, la cesárea, 20 o más horas de bolsa rota, 10 o más horas de trabajo de parto, 4 o más tactos vaginales y el líquido amniótico meconial, con la endometritis. Concluimos que todas las variables mencionadas constituyen factores de riesgo para que se produzca una infección posparto.

Uno de los factores que se debe tener presente es la edad materna, pues la adolescencia es una etapa de la vida reproductiva muy vulnerable para que se produzca esta afección, debido a que los órganos genitales están poco desarrollados y, por tanto, tienen más posibilidades de que se produzcan traumas obstétricos, con la consiguiente infección. Varios autores asocian la adolescencia con la endometritis posparto. dan a conocer en su estudio que de los 147 casos de infección puerperal analizada, 74 (50,3%) fueron cesáreas e infecciones en el área operatoria, con una tasa de incidencia de 1,47%; 57 (77%) fueron considerados como infección en el área operatoria superficial profundas, y de órgano/ cavidad.

8.4 Cuidado de enfermería a la mujer con depresión posparto

La depresión posparto (DPP) se define como un episodio de ánimo depresivo y/o anhedonia, sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones y síntomas somáticos, como fatiga, cambios en el apetito y en el patrón de sueño-vigilia; puede aparecer ideación e intento suicida, incluso síntomas psicóticos.

El puerperio es uno de los periodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca del 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas experimentan síntomas transitorios y

leves. Sin embargo, entre el 8 y 25% manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo permanecen sin diagnosticar la mitad de los casos.

Varios reportes recientes sobre infanticidio por parte de mujeres con enfermedad psiquiátrica en el posparto señalan la importancia de diagnosticar y tratar estos trastornos.

Su detección precoz es limitada, por cuanto ni se busca atención ni se realiza tamizaje de rutina. Se ha observado que la incidencia de depresión posparto presenta variaciones en función de la cultura. Es así como en países y en situaciones en las que se provee apoyo psicosocial durante el embarazo, el parto y el posparto, la incidencia de este trastorno es baja.

Para el diagnóstico de la depresión posparto es fundamental llevar una historia clínica detallada. Las ideaciones de la madre respecto al suicidio o al infanticidio son indicación de una hospitalización inmediata; ello está indicado también para las mujeres con comorbilidad de abuso de sustancias psicoactivas y limitaciones funcionales importantes para el cuidado propio y el del infante. Ya que, por lo general los controles posparto los hacen médicos o personal no especializado en salud mental, se ha intentado entrenar al personal y realizar tamizaje con encuestas.

En estas circunstancias, se ha evidenciado que tales procedimientos aumentan la probabilidad de un mejor acercamiento y tratamiento a los problemas mentales de las pacientes por parte del personal no especialista en el área. Con ese fin, se utiliza como herramienta diagnóstica útil para medir la depresión posparto la escala de Edimburgo, herramienta sustentada en un cuestionario fácil de diligenciar, de diez puntos, que se organiza en rangos de puntaje de 0 a 30, y en el que los mayores a diez señalan alto riesgo de depresión posparto.

8.5 Percepción y cognición

Dolor en episiotomía, región anal y mamas.

Refiere desconocimiento en relación a los cuidados del recién nacido y autocuidados adecuados en mamas, periné, alimentación y descanso. Diagnóstico Patrón disfuncional por: Conocimientos deficientes r/c mala interpretación de la información para el cuidado del bebé y el autocuidado m/p verbalización del problema.

Dolor agudo r/c herida quirúrgica y hemorroides m/p postura antiálgica, verbalización y trastornos del sueño. Autopercepción La paciente percibe que sus esfuerzos no son suficientes para el cuidado de su hijo de su hogar y de ella misma. Considera que las circunstancias la sobrepasan y es incapaz de controlar todos los aspectos anteriormente mencionados. Diagnóstico Impotencia r/c entorno de cuidados de salud m/p falta de control del progreso en los cuidados de su hijo, de su familia y de si misma. Rol - Relaciones

Exploración de las mamas: derecha ingurgitada, izquierda presenta enrojecimiento e induración en cuadrante supero-externo. Diagnóstico La valoración refleja un problema de relación materno-filial según el cual la madre no es capaz de cumplir su rol eficazmente por dificultades en el amamantamiento.

8.6 Priorización de problemas

En primer lugar se atenderá al problema real, que es dependiente, de Dehiscencia de sutura. El segundo problema en la jerarquía es el Riesgo de sangrado. Ambos pueden poner en peligro el estado de homeostasia de la paciente. El tercer problema es el de Conocimientos deficientes, que está en la etiología de la Lactancia materna ineficaz, y este puede suponer una reducción importante del aporte energético del recién nacido. Los Conocimientos deficientes además de estar en la etiología de la Lactancia materna ineficaz también lo están en la de la

Gestión ineficaz de la propia salud de la Impotencia y de la Ansiedad. En cuarto lugar atenderé al Dolor agudo por repercutir otra necesidad (descanso y sueño) y perjudicar el confort de la paciente. Las Hemorroides se atenderán en quinto lugar ya que también afectan al confort. Tras el dolor y las hemorroides, en sexto lugar, atenderé al Estreñimiento, por ser un problema que tiene una fuerte relación etiológica con aquellos problemas, y una vez superados se resolverá este. Además, el componente fisiológico que tiene la eliminación intestinal no prima en esta ocasión por no plantearse la posibilidad de que se prolongue tanto en el tiempo que acabe afectando al metabolismo de la paciente. En séptimo lugar se atenderá la Gestión ineficaz de la propia salud, por ser un problema que puede repercutir en otras necesidades básicas de la madre y su hijo. Para el séptimo lugar se reserva la atención al problema de Ansiedad, relacionado con el confort en la escala de Phaneuf, pero desde una perspectiva emocional, que haciendo una interpretación a la luz de la teoría de Maslow sería una necesidad que aparecería como motivador de la conducta posteriormente a una biológica. Priorización de problemas En primer lugar se atenderá al problema real, que es dependiente, de Dehiscencia de sutura.

8.7 El segundo problema en la jerarquía es el Riesgo de sangrado.

Ambos pueden poner en peligro el estado de homeostasia de la paciente. El tercer problema es el de Conocimientos deficientes, que está en la etiología de la Lactancia materna ineficaz, y este puede suponer una reducción importante del aporte energético del recién nacido.

Los Conocimientos deficientes además de estar en la etiología de la Lactancia materna ineficaz también lo están en la de la Gestión ineficaz de la propia salud de la Impotencia y de la Ansiedad. En cuarto lugar atenderé al Dolor agudo por repercutir otra necesidad (descanso y sueño) y perjudicar el confort de la paciente. Las Hemorroides se atenderán en quinto lugar ya que también afectan al confort. Tras el

dolor y las hemorroides, en sexto lugar, atenderé al Estreñimiento, por ser un problema que tiene una fuerte relación etiológica con aquellos problemas, y una vez superados se resolverá este. Además, el componente fisiológico que tiene la eliminación intestinal no prima en esta ocasión por no plantearse la posibilidad de que se prolongue tanto en el tiempo que acabe afectando al metabolismo de la paciente.

En séptimo lugar se atenderá la Gestión ineficaz de la propia salud, por ser un problema que puede repercutir en otras necesidades básicas de la madre y su hijo. Para el séptimo lugar se reserva la atención al problema de Ansiedad, relacionado con el confort en la escala de Phaneuf, pero desde una perspectiva emocional, que haciendo una interpretación a la luz de la teoría de Maslow sería una necesidad que aparecería como motivador de la conducta posteriormente a una biológica.

8.8 Recomiendan explícitamente a los profesionales

La promoción y desarrollo de prácticas eficientes en el apoyo a la lactancia materna. Se considera que con esta intervención se están cubriendo dos objetivos, primero proporcionar una alimentación adecuada al recién nacido, segundo reducir la ansiedad de la madre mediante un programa de educación que permitirá "Aumentar el afrontamiento" (ayudará a la paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieren en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana).

- Determinar el conocimiento sobre la lactancia.
- Instruir a la madre sobre la lactancia: corregir errores, mala información o imprecisiones.
- Vaciado de la mama ingurgitada: instruir a la madre sobre técnica manual

Vaciado de la mama ingurgitada: instruir a la madre sobre técnica manual

El tratamiento del dolor producido por la episiotomía y por las hemorroides puede ser tratado eficazmente con un analgésico no sometido a prescripción médica y de los que, previsiblemente, el profesional de enfermería pueda indicar, usar y autorizar. Paracetamol 1 g c/8h, vía oral. Administración del tratamiento médico

antihemorroidal con corticosteroides como synalar rectal pomada 30 gr. dos o tres veces al día.

8.9 Activación del código rojo

Ante la presencia de sangrado abundante o de cualquiera de los signos de compromiso hemodinámico, la enfermera o auxiliar de enfermería deben activar el código rojo, al informar y solicitar apoyo al equipo de trabajo.

Las actividades de enfermería deben desarrollarse simultáneamente, según el proceso de enfermería determinado por la interrelación de los diagnósticos de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), las intervenciones Nursing Interventions Classification (NIC) y los resultados de Nursing Outcomes Classification (NOC). Müller Staub et al. (2007), en una revisión sistemática, encontraron que la profesión de enfermería utiliza en la práctica varios sistemas de clasificación general de diagnósticos de enfermería; a saber: The Internacional Clasificación for Nursing Practice (ICNP), Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (ICF), NANDA y Nursing Diagnosis of the Centre for Development and Research of the University Hospital in Zurich (ZEFP).

Según NANDA, un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia y la comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales, reales o potenciales. Los diagnósticos definidos por la NANDA son una guía que permite sustentar los problemas reales y potenciales más frecuentes derivados de la valoración integral.

Esta revisión sistemática verificó la validez, fiabilidad y aplicabilidad de los diferentes sistemas, con base en una escala que evalúa tres criterios relevantes para el diagnóstico de enfermería. El primero corresponde a que un diagnóstico debe describir el conocimiento base y el área sobre la cual la práctica de enfermería se desarrolla; el segundo determina la pertenencia a un concepto central; y el tercero identifica que cada diagnóstico debe tener una descripción, criterio diagnóstico, y estar relacionado con la etiología.

Con base en el análisis comparativo de la escala aplicada a los cuatro sistemas de diagnóstico, el estudio reportó que NANDA cumplía con la mayoría de los criterios de evaluación para diferentes tipos de paciente

9. Conclusión

Tras el parto se desarrollan, simultáneamente, multitud de cambios fisiológicos en la mujer con dos finalidades principales: retornar gradualmente al estado pre gravídico y establecer la lactancia.

Este periodo de cambios tiene una duración aproximada de seis a ocho semanas y se denomina puerperio. Si bien es una fase del ciclo vital fisiológico, no está exento de riesgos y pudiendo desarrollarse complicaciones, de ahí la importancia de una correcta vigilancia para que todo evolucione de manera favorable y sin secuelas físicas y psíquicas para la mujer.

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 gravídico 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.

Este trabajo fin de grado de enfermería plantea un plan de cuidados elaborado por dos personas, cuyas intervenciones van dirigidas a un puérpera sana y se abordan, de Se manifiesta con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos. Su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarro.

Los Cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas .manera individual, dos ámbitos diferenciados y continuos, el hospitalario y el centro de salud.

Se da un enfoque hendersoniano y el objetivo principal es ofrecer un plan de La ginecología reúne la medicina propiamente tal con la cirugía y con resultados concretos que se deciden en nueve meses.

La muerte materna (MM) es uno de los indicadores fundamentales para medir el nivel socioeconómico y estado de salud de la población de cualquier país, pero medirla es un procedimiento delicado y complejo.

La mayoría de las guías y protocolos utilizados actualmente en la HMO vienen derivados de los escenarios de pacientes politraumatizados, si bien no hay datos objetivos que avalen este uso, aunque algunos autores recomienden de forma explícita

seguir las mismas reglas generales, no resulta fácil comparar los datos obtenidos de diferentes fuentes y establecer la real magnitud del problema, pero puede afirmarse que un aspecto de la sanidad que no ha mejorado en los últimos decenios cuidados basado en actividades autónomas de enfermería, junto con actividades dependientes que procedan de problemas de colaboración. Se han utilizado valoraciones de patrones funcionales de salud en el puerperio y se han aplicado diagnósticos enfermeros lo que ha permitido diferenciar problemas autónomos e independientes.

10. Bibliografía

10.1 Electrónica

www.juntadeandalucia.es

- <https://www.medigraphic.com>
- <http://medlineplus.gov> (inglés)
- <http://medlineplus.gov/spanish> (español)

- <http://www.womenshealth.gov> (inglés)
- <http://www.womenshealth.gov/espanol/> (español)
- <http://espanol.mentalhealth.gov> o el sitio web del NIMH
- www.nimh.nih.gov (inglés)
- <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/index.shtml>
- <http://www.medigraphic.org.mx> Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300005

- www.medigraphic.com ›
- www.juntadeandalucia.es
-
- www.paho.org › nic › alias=171-iv-normas-y-protocol..
- www.who.int › documents › postpartum_postnatal

10.2 Básica

- La incidencia de embarazos gemelares en la población general es de un 1,5 %. En técnicas de fecundación asistida puede alcanzarse el 20 %. Luis E. Tsng, Juan F. Mere. Ginecología y Obstetricia. Vol. 42, n.º 3, diciembre de 2016
- Menéndez, G. G. E., Navas, C. I., Hidalgo, R. Y., & Espert, C. J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente, Revista Cubana de Obstetricia
- Salta a:a b Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. «Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality». Obstet Gynecol (March 2015) 63 (3): 333-7. PMID 3822281.
- Definición de Salud Reproductiva de la OMS en ICIMER
- J. Joseph Speidel, Cynthia C. Harper, and Wayne C. Shields (septiembre de 2015). «The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy». Contraception.
- Fecundación in vitro.
- Comunicado del Comité de Bioética de la Comisión de Familia de la Conferencia Episcopal Peruana
- Maternal Mortality in 2016. Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2015.
- . Cabezas Cruz E. Vigilancia epidemiológica de la muerte materna. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2016.

- Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología 2a ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016.
- Fernández Arenas, C. Estrategia metodológica para elevar el conocimiento en el tema de EE [tesis de Maestría]. Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina", Matanzas; 2015.
- Piloto Morejón M. Complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2015;28(1).
- Botella Llusia J, Clavero Núñez JA. Tratado de Ginecología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1916.
- Colectivo de autores. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la infección puerperal. 1ra. edición. México D.F: Secretaría de Salud; 2016.
- Williams. Tratado de Obstetrica. 21ra. ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2017.
- Mastitis. Causas y manejo. Departamento de salud y desarrollo del niño y del adolescente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
- Benign Breast Conditions. American Cancer Society; 2016
- Pilar Zamora P, García Oms J, Royo S, Sánchez Gutiérrez M, Monleón J, Mínguez J. Tratamiento médico y quirúrgico de las hemorragias posparto y del alumbramiento. Ginecología y Obstetricia Clínica. 2016;4(2):70-9.

- Nardin JM. Hemorragia Posparto. Curso de Posgrado en Salud Reproductiva. Rosario: Centro rosarino de estudios perinatales. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Organización Mundial de la Salud; 2017.
- Ministerio de Salud Pública. Hemorragia posparto. Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. La Habana: MINSAP. 2016. p. 269-289.
- Bataglia-Araujo V, Rojas de Rolón G, Ayala J. Prevención y manejo de la infección puerperal. Rev Per Ginecol Obstet. 2015 ;52(3):89-99.
- Araujo Alonso M, Brenner Friedmann P, Bustamante Risco R, Otaiza O`Ryan F, Pohlenz Acuna M. Norma endometritis para consulta. Chile: Subsecretaría de redes asistenciales. Ministerio de Salud; 2015.
- Resende Guimarães EE, Machado Chianca TC, de Oliveira AC. Infección puerperal del punto de vista de la atención humanizada al parto en una maternidad pública en Goiânia, Estado de Goiás, Brasil. Rev Latinoam Enfermagem. 2017;15(4).
- Luján Hdez M. Endometritis poscesáreas en el Hospital Materno de Cienfuegos. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2015;39(2).

10.3 complementaria

Caraballo López S, García Romero Y, Núñez Álvarez A. Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos. Rev Cubana Med Trop. 2016;53(2).

Smaill F, Hofmeyr GJ. Profilaxis antibiótica para la cesárea. Cochrane Database of Systemic Review; 2016.

Sánchez Salcedo M, Pacheco Álvarez LM, Sánchez Pacheco DL, Sánchez Pacheco O. Uso de antimicrobianos profilácticos de la operación cesárea. MEDISAN. 2015;6(4):47-52.

Rodríguez Iglesias G, Delgado Calzado J, Pérez Rivero L. Experiencia de 12 años de trabajo en la atención a la adolescente obstétrica críticamente enferma en la UCI. Revista Cubana Obstet Ginecol. 2016;25(30):141-5.

Sesmero JR. Mortalidad materna en España. Prog Obstet Ginecol 2016; 45: 524-534.

2. Smaill F, Hefmeyer GJ. Profilaxis antibiótica

en la cesárea. (Revisión Cochrane traducida) En: Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2016. Oxford, update Software Ltd.

- Newton ER, Prihoda TJ, Gibbs RS. Aclinical and microbial analysis of risk factors for puerperal endometritis. Obstet Gynecol 2016; 75:

- Fench LM, Samil FM. Antibiotic regimens for endometritis afeter delivery. Cochrane database Syst Rev 2016; CD001067.

- Anderson ER, Gates S. Técnicas y materiales para pared abdominal en la cesárea. Revisión Cochrane traducida. En: Biblioteca Cochrane 4, 2015. Oxford: Update Software Ltd.

- Rodger MA, Walter M, Wells PS. Diagnosis and treatment of venous thromboembolism in pregnancy. Best Pract Res Clin Haematol 2016; 16: 279-296..
- Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Death. London: RCOG press; 2016.

- Eldor A. The use of low molecular weight heparin for the management of venous thromboembolism in pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016; 104: 3-13.
- Darles-Bornoz JM, Gaillard P, Degiovanni A. Psiquiatría y embarazo: la madre y el niño. Enciclopedia Médico Quirúrgica Francesa. 2016.

- Editions Scientifiques et Medicales Elsevier

SAS, París.

- Hendrick V, Altshuler L. Management of major depresión during pregnancy. Am J Psychiatry 2015
- Griebel, Craig P.; Halvorsen, John; Golemon, Thomas B.; Day, Anthony A. (1 de octubre de 2015). «Management of spontaneous abortion». American Family Physician
- Taran, Florin-Andrei; Kagan, Karl-Oliver; Hübner, Markus; Hoopmann, Markus; Wallwiener, Diethelm; Brucker, Sara (9 de octubre de 2015).
- Stevens, F. T.; Katzorke, N.; Tempfer, C.; Kreimer, U.; Bizjak, G. I.; Fleisch, M. C.; Fehm, T. N. (2015-10). «Gestational Trophoblastic Disorders: An Update in 2015». Geburtshilfe Und
- Anderson JM, Etches D (marzo de 2016). «Prevention and management of postpartum hemorrhage». American Family Physician 75 (6): 875-82. PMID 17390600.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2015). Fundamentos de Obstetricia. Impreso por: Gráficas Marte, S.L. I.S.B.N.: 978-84-690-5397-3.

- Jaime Botero Uribe; Alfonso Júbiz Hazbún, Guillermo Henao (2016). Obstetricia y Ginecología (7ma edición). Corporación para Investigaciones Biológicas. ISBN 9583358339.

11. Glosario

A

Abdomen: Parte del cuerpo que se encuentra debajo de las costillas y encima de la pelvis.

Ablación endometrial: Operación en la que se emplean láser y corrientes eléctricas para extirpar el endometrio.

Absceso: Herida infectada que contiene pus.

Adhesiones: Lugares donde los tejidos crecen unidos anormalmente; tejido interno de cicatriz.

ABORTO

Muerte y expulsión espontánea o inducida de un feto antes de que haya alcanzado un estado viable.

Tipos de aborto:

Diferido.

Cuando entre la muerte del feto y la expulsión hay un lapso de tiempo.

Espontáneo.

Que ocurre naturalmente.

Incompleto.

Va seguido de la retención de la placenta.

Inminente.

Amenaza de aborto.

Ovular.

En la primera o segunda semana del embarazo.

Séptico.

Con diseminación de gérmenes a la circulación materna.

Terapéutico.

B

BORRAMIENTO DEL CUELLO UTERINO

En el cuello del útero existe un conducto denominado conducto cervical, de longitud variable, de 3 a 4 cm según la mujer. Su progresivo acortamiento durante el parto, producido por las contracciones, se denomina borramiento.

BRADICARDIA

Disminución de la frecuencia cardíaca

C

CALOSTRO

Precursor de la leche que se segrega después del parto. Se distingue de la leche materna madura, entre otras cosas, por un contenido más elevado en sales y vitaminas A y C. El color amarillento del calostro se debe a su contenido en carotinoides. Es viscoso y denso. Contiene numerosos anticuerpos beneficiosos para el bebé. La producción de calostro depende de la estimulación de los pezones de las mamas, que eleva la prolactina u hormona de la leche.

CANAL DEL PARTO

Se denomina así al conducto que atraviesa el feto desde el útero hasta el exterior.

Distinguimos:

Canal cervical, canal del cérvix uterino.

Canal cervicovaginal, canal desde el cuello del útero, atravesando la vagina hasta el exterior o vulva.

CARDIOTOCOGRAFÍA, REGISTRO CARDIOTOCOGRÁFICO

Es un registro mediante un aparato llamado cardiotocógrafo que graba la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas, con lo que se vigilan posibles sufrimientos fetales y facilita el diagnóstico precoz de la hipoxia intrauterina.

Distinguimos:

Cardiotocografía o monitorización fetal anteparto, durante la gestación, casi siempre en las últimas semanas.

Cardiotocografía intraparto o durante las fases del parto, parto, dilatación y expulsivo.

CÉLULA MADRE

Una célula madre es una célula que tiene capacidad de autorrenovarse mediante la división en dos células iguales a ella misma, o bien de continuar la vía de diferenciación para la que está programada y, por lo tanto, producir uno o más tejidos maduros, funcionales y plenamente diferenciados en función de su grado de multipotencialidad.

CESÁREA

Forma de terminación quirúrgica del embarazo y el parto mediante la apertura operatoria del útero. Se realiza en caso de peligro para la madre y el niño.

La cesárea se lleva a cabo bajo anestesia general o anestesia epidural.

La forma clásica es la más habitual; consiste en la realización de un corte transversal arqueado en el segmento inferior del útero, por donde se extrae al niño.

CONTROL PRENATAL: serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida.

D

DISTOCIA: Complicaciones en el mecanismo del trabajo de parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo y requieren maniobras especiales.

E

EUTOCIA: A la presentación del feto en vértice, cuyo progreso del trabajo de parto es normal, termina sin complicación y no requiere de maniobras especiales.

EMBARAZO: proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.

FECHA PROBABLE DE PARTO se le deben sumar 7 días a la FUM y se le restan 3 meses.

F

FECUNDACIÓN: Proceso de fusión de los núcleos del espermatozoide y del ovulo, que resulta en la formación del huevo de carácter diploide.

H

HUD: Hemorragia Uterina Disfuncional

HVP: Higiene Vulvo Perineal

I

ICP: Índice Cerebro - Placenta

IRS: Inicio de Relaciones Sexuales

IVAA: Inspección Visual con Ácido Acético

L

LCC: Longitud Cráneo Caudal

LF: Longitud de Fémur

LME: Lactancia Materna Exclusiva

LU + EBA: Legrado Uterino + Examen Bajo Anestesia

LCF: Latidos Cardiacos Fetales

M

MAC: Métodos AntiConcepcionales

MHO: Mala Historia Obstétrica

MIP: Monitoreo Intra Parto

MU: Masaje Uterino

N

NIDACIÓN: Etapa de embarazo en la cual el embrión se instala en el interior de la mucosa uterina.

NST: Non Stress Test

O

OBSTETRICIA GINECOLOGÍA: Del griego "gynaika" significa ciencia de la mujer, es la especialidad médica y quirúrgica que se encarga del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del sistema reproductor femenino.

OBSTETRICIA: Especialidad médica que se ocupa del embarazo, parto y el puerperio, en condiciones normales y patológicas

P

PRESENTACIÓN: Parte del feto que se exhibe o está más avanzada dentro del conducto del parto, ya sea cefálica, pélvica o transversa (de hombros).

PARTO: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.

PAP: Papanicolaou

S

SITUACIÓN: Relación entre el eje longitudinal del feto respecto del de la madre, y puede ser longitudinal, transversa u oblicua.

V

VARIEDAD DE POSICIÓN: Es la relación que guarda el punto toconómico con los extremos de los principales diámetros de la pelvis.