

MATERNAL I – MACU

TEMA 1: EL EMBARAZO

DEFINICIÓN DE EMBARAZO

Es el tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, durante el cual en la cavidad uterina se forma y desarrolla un nuevo ser.

Duración → 280 días, 40 semanas, 10 meses lunares o 9 meses y 10 días del calendario solar, contando a partir del 1er día de la última menstruación.

Como consecuencia casi todos los órganos, aparatos y sistemas de la gestante experimentan modificaciones anatómicas y físicas que se revierten en el puerperio.

- Paridad: nº de partos, feto de 22 semanas y con peso >500 gr.
- Nuligesta: ningún embarazo
- Primigesta: primer embarazo
- Nulípara: ningún parto
- Primípara: ha parido una vez por vía vaginal
- Multípara: ha parido más de una vez

DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO

Diagnóstico de presunción

Son los signos y síntomas que nos relata la mujer.

Signos:

- Amenorrea
- Modificaciones en las mamas
- Polaquiuria
- Aumento de la descarga vaginal
- Aumento de la pigmentación de la piel. (aureola y línea alba, del ombligo al pubis más oscura)

Síntomas:

- Náuseas y vómitos
- Mareos
- Cefaleas
- Sensación de fatiga

Diagnóstico de probabilidad

Modificaciones que se producen en el aparato genital de la mujer, se observan mediante exploración física.

- Crecimiento uterino: hacia las 12 semanas empieza a palparse el útero por encima de la sínfisis púbica.
- Alteraciones de la consistencia uterina:
 - o Signo de Goodell → reblandecimiento del cuello
 - o Signo de Hegar → ablandamiento del istmo uterino
- Alteraciones de la vulva y la vagina: coloración azulada → signo de Chadwick
- Positividad de HCG en orina a partir de los 20 días de postfecundación.

Diagnóstico de Certeza (CONFIRMAN EL EMBARAZO)

- Auscultación del latido fetal: en la semana 10 con doppler y en la 22 con estetoscopio de Pinard
- Palpación de los contornos fetales a partir de la semana 24
- Identificación mediante ecografía del esqueleto y estructuras del feto
- Reconocimiento de movimientos fetales (20 semana)

CUIDADOS PRENATALES

Objetivo: Prevenir y evitar complicaciones que puedan surgir durante la evolución de embarazo.

Primera consulta:

Se confecciona una historia clínica cuidadosa y completa recogiendo los siguientes datos:

- Filiación: nombre, edad, profesión y dirección.
- Antecedentes familiares: HTA, diabetes, enfermedades cardiovasculares, malformados, gemelos, enfermedades hereditarias, etc.
- Antecedentes personales: enfermedades infecciosas, alergias, intervenciones, transfusiones, etc.
- Hábitos tóxicos: drogas, alcohol, tabaco.
- Menarquía: edad de la primera menstruación, tipo de menstruación
- Anticonceptivos
- ¿Embarazo deseado?

- FUR. Regla de Naegele (1er día de la regla se le suman 7 días y al mes se le restan 3 meses) se usa para saber cuando va a nacer
- Peso, talla y TA
- Exploración medico-obstétrica:
 - o Auscultación cardiopulmonar
 - o Exploración de columna y signos de raquitismo
 - o Exploración de extremidades: varices, edemas, limitaciones articulares
 - o Exploración de mamas: nódulos, pezones invertidos
 - o Exploración de genitales
 - o Exploración de vagina y cuello
 - o Pelvimetría

Pruebas de Laboratorio:

- Elemental y sedimento de orina
- Hemograma y VSG
- Glucemia y ácido úrico
- Grupo y Rh
- Si Rh negativo pedir Test de Coombs indirecto
- VDRL
- Ac de rubéola
- Toxoplasmosis
- VIH
- Citología vaginal
- Alfafetoproteína entre la semana 14-17 (se pide para detectar las alteraciones de tubo neural)
- Ecografía entre la semana 8-12

CONTROLES PRENATALES

Las siguientes visitas se hacen con la siguiente frecuencia:

- 1 vez/mes hasta la semana 34
- Cada 15 días desde la 34-38
- Semanal desde la 38 a la 40
- 2 veces/semana desde la 40 a 42

Se realiza:

- Control de peso
- Glucosuria y proteinonuria
- Medir altura uterina (4 cm/mes)
- Maniobras de Leopold
- Auscultación fetal
- Evaluar estado general mujer
- Atender dudas y quejas
- Indicaciones de medidas preventivas
- Psicoterapia de apoyo
- Revisión de analítica

PRUEBAS DE LABORATORIO DE LA GESTACIÓN

Segundo trimestre:

- Hemograma
- Test de O'sullivan
- HBsAg
- Si Rh negativo, Teste de Coombs indirecto
- Elemental y sedimento de orina

Tercer trimestre:

- Hemograma
- Elemental y sedimento de orina
- Teste de Coombs indirecto si Rh negativo
- Estudio de estreptococo agalactaeae en la semana 35-37

Ecografía

- 1- Semana 8-12. Valorar edad gestacional, algunas malformaciones
- 2- Semana 18-20. Valorar crecimiento fetal diagnóstico de malformaciones
- 3- Semana 34-36. Valorar maduración y nutrición fetal, patología de la placenta

Monitorización Biofísica

Estudio dinámico antenatal de la FCF

- Monitorización fetal no estresante en las semanas 35-36 y 38-39

- Prueba de Pose o monitorización estresante (administrar en el gotero oxitocina para provocar contracciones y ver como responde el feto, si el feto no responde se hará cesárea)

Amniocentesis

Consiste en extraer líquido amniótico a través de la pared abdominal. Puede ser:

- Precoz: entre la semana 15-16. Diagnóstico prenatal: estudio cromosómico, enzimático, determinación de Alfafetoproteína
- Tardía: después de la semana 35, evaluación de la madurez fetal, valorar el grado de afectación fetal en caso de isoinmunización

Biopsia Corial

Estudio de las vellosidades coriales, se realiza entre la semana 7-12

Estudio Ecográfico Selectivo

Fetoscopia

A través de una cámara se visualiza el feto

INDICADORES DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Factores sociales:

- Edad (<16 y >35)
- Nutrición
- Uso de sustancias tóxicas
- Exposición a toxinas en el trabajo

Trastornos de la salud:

- Enfermedades crónicas
- ETS
- Otras enfermedades

Afecciones que se relacionan con el embarazo:

- Complicaciones en embarazos previos
- Hijos con defecto al nacimiento
- Embarazo múltiple
- Diabetes gestacional
- Sensibilización al Rh
- Anomalías del aparato reproductor
- Anomalías de la pelvis

- Tumores uterinos
- CIR→ retraso en el crecimiento uterino
- Amenaza de parto prematuro
- Placenta previa o marginal

DIAGNÓSTICO PRENATAL

Objetivo: posibilidad de detectar las alteraciones embrionarias o fetales de cualquier tipo.

Indicaciones:

- Edad materna >de 35 años
- Alteraciones cromosómicas previas
- Traslocación cromosómica familiar
- Enfermedades hereditarias con defecto bioquímico conocido
- Sospecha de alteración en el tubo neural
- Malformaciones congénitas diagnosticadas por ECO
- Análisis de sexo fetal para enfermedades hereditarias ligadas al cromosoma X

Técnicas:

- Amniocentesis precoz: estudio cromosómico, enzimático, alfafetoproteína
- Biopsia corial
- Estudio ecografía selectivo
- Fetoscopia

TEMA 2: AUTOCUIDADOS

VESTIDO

Vestimenta floja, holgada, ropa natural. Usar sujetador que no oprime y mantenga el pecho en su posición. Faja especial para embarazadas que sujeta barriga. Zapatos de tacón medio, ni plano ni aguja. Medias de opresión media para ayudar la circulación.

ASEO CORPORAL

Boca: visita dentista de 2 a 3 veces importante, debido a que por los estrógenos puede aparecer gingivitis, limpieza de boca, etc.

Piel: durante los 9 meses al abdomen aumenta, y con esta distensión aparecen estrías, debemos hidratarla muy bien (aceite de almendra dulce). La piel suele estar seca durante el embarazo. Aceite de Rosa mosqueta → muy regenerante y cicatrizante.

Se le puede dar masaje.

El más indicado es el drenaje linfático → relaja y activa la eliminación de líquidos.

ACTIVIDAD FÍSICA

La embarazada es una mujer sana, hay algunas que no pueden realizarlas como la equitación, el tenis, aeróbic, escalada, etc., Si puede caminar, hacer yoga, bailar, taichi y nadar que las relaja.

DESCANSO

Se recomienda descansar después de comer, elevar las piernas. El propio cuerpo hace que dormiten.

VIAJES

Puede viajar pero no periodos excesivamente largos. Debe llevar su cartilla por si tuviera algún problema.

RELACIONES SEXUALES

Salvo amenaza de parto prematuro, placenta previa. Se pueden mantener, lo único depende del tamaño de la tripa. Puede sangrar un poco después de haber tenido una relación sexual.

DIETA

No > 2500 calorías ni < 1700 calorías.

Hidratos de carbono: proporcionan entre el 50-60% del valor calórico.

Grasas: proporcionan el 35% del valor calórico.

Proteínas: mejor las de origen animal.

Vitaminas y minerales: aumenta la necesidad en la 2ª mitad del embarazo, debe tomar:

- Ácido fólico: (7.5-15mg/día), es preferible empezar antes de estar embarazada.
- Fe (100 mg de FE elemental o 60 mg de sulfato ferroso /día)
- Ca 500 mg/día

PESO

En relación con el que tenía antes de quedarse embarazada (aumentaría):

- Entre 10-12 Kg para peso normal
- Entre 13-15 Kg para peso inferior
- Entre 7-9 Kg para un peso superior al normal

En el primer trimestre se aumenta de 1 a 2 KG.

En el 2º y 3er trimestre 0.4kg/semana.

Molestias comunes del embarazo:

- **Náuseas y vómitos:** 1er trimestre, luego suele cesar normalmente, por la mañana, es incómodo. Antes de levantarse comer algo seco y que siga acostado otra 1/2 hora.
- **Pirosis:** Ardores, el estómago se desplaza hacia arriba y refluge el contenido. Tomar antiácidos y hacer comidas más pequeñas y repartidas.
- **Insomnio-somnolencia:** No cenar mucho, tila, valeriana, leer.
- **Calambres:** Se suben los gemelos, pierna recta y tirar dedos hacia atrás.
- **Lumbalgias:** frecuentes por presión de terminaciones nerviosas.
- **Hipotensión postural:** aumenta el tamaño del útero, en decúbito supino se presiona la vena cava inferior y se ve alterada la circulación.
- **Varices:** al aumentar el tamaño uterino comprime los vasos pélvicos y hace que el retorno venoso sea más dificultosa. Después del parto las varices o arañas vasculares disminuyen. Piernas hacia arriba.
- **Función intestinal:** elentecimiento de los movimientos peristálticos → elentecimiento del bolo intestinal → estreñimiento → hemorroides. Se debe comer mucha fibra, semillas de lino, cuchara sopera de aceite en ayunas. No laxantes, si micralax o enema. Beber 1'5 L. de agua.
- **Leucorrea:** aumento del flujo vaginal, estrógenos muy elevados.
- **Polaquiuria:** en el primer trimestre y en el último trimestre.
- **Dificultad respiratoria:** diafragma desplazado y necesita hacer espiraciones mas profundas.

SIGNOS DE PELIGRO DURANTE LA GESTACIÓN

- Pérdida hemática vía vaginal.
 - Pérdida de líquido amniótico: sensación de humedad o estar mojada, mirar si rompió la bolsa de las aguas (puede ser que se orine un poco a causa de la presión)
 - Edema en la cara
 - Cefalea intensa
 - Alteraciones de la visión
- } **hipertensión**
- Vómitos persistentes (hiperhemesis) → tto farmacológico, dar líquidos. Ayuda psicológica
 - Dolor abdominal intenso. Hay contracciones involuntarias durante el embarazo. La barriga se pone muy dura y contracciones muy duras.

- Fiebre sin motivo y escalofríos
- Poco o ningún movimiento fetal (se mueven mucho y puede ser doloroso porque puede que golpeen algún órgano al estirarse)

EDUCACIÓN MATERNAL

Objetivos: Proporcionar información:

- Embarazo:
 - o Autocuidado
 - o Conocer la musculatura del perine
 - o Potenciar la lactancia materna
- Parto:
 - o Reconocer que es una contracción y cuales son los signos de parto.
 - o Aprendizaje de los ejercicios de pujo.
- Puerperio:
 - o Favorecer su autocuidado
 - o Recuperar la musculatura del perine
- RN:
 - o Cuidados
 - o Alimentación
- Lograr una actitud mental adecuada para vencer el temor, la angustia, etc.
- Ocasión de encuentros con otras mujeres en el mismo estado.

CLASES DE EDUCACIÓN MATERNAL

Se centran en aumentar la musculatura pélvica. Al debilitarse esta musculatura hay escapes de orina (por el embarazo y el parto) sobre todo cuando llega la menopausia.

Hay personas con menos tono muscular que otras, debido también a factores genéticos.

Trastornos por debilidad muscular:

- Incontinencia urinaria
- Prolapso: uterino, cistocele (prolapso de la vejiga) y rectocele.
- Disfunciones sexuales: disminución de la sensación de orgasmo, sensación dolorosa en el coito.

Prevención:

- Ejercicios de Kegel (contar 1,2,3 y descansar el doble) hacerlos regularmente, aconsejable 100 repeticiones al día (4 sesiones de 25)
- Conos vaginales (60gr en adelante) o Bolas Chinas
- Electroestimulación: introducir en la vagina. Es un terminal con plaquita y de descargas eléctricas
- Intervención quirúrgica -> banda para sujetar la zona

LA ADOLESCENTE GESTANTE

- Fracaso para satisfacer las funciones de la adolescencia
- Incapacidad para seguir en la escuela
- Incapacidad para valerse por si misma
- Incapacidad para limitar el tamaño de la familia
- Incapacidad para mantener familias estables

TEMA 3: EL PARTO

DEFINICIÓN

Conjunto de procesos mediante los cuales, el feto, la placenta y las membranas ovulares son expulsadas al exterior del cuerpo materno.

Dependiendo de cuando tenga lugar se denominará de diferentes maneras:

Aborto: < 22 semanas y feto \leq 500 gr.

Prematuro:

- Inmaduro → entre la semana 22-28
- Pretérmino → de la semana 28 a la 37

A término: de la semana 37 a la 42

Postérmino: de la 42 en adelante

CAUSAS

El lóbulo posterior de la hipófisis segrega oxitocina, y el trofoblasto de la placenta segrega un antagonista de la oxitocina, la oxitocinasa. A partir de la semana 36 la oxitocinasa cesa y empieza a haber contracciones. A su vez tenemos estrógenos, progesterona y gestágenos.

Al final del embarazo los gestágenos disminuyen y los estrógenos aumentan. El feto ya maduro presiona el útero, con lo que este empieza a tener actividad.

ELEMENTOS DEL PARTO

Objeto del parto: feto

Canal del parto:

- Pelvis ósea
- Pelvis blanda

Motor del parto:

- contracción uterina
- prensa abdominal

OBJETO DEL PARTO

- Dimensiones → tamaño fetal
- Estática:

- **Actitud:** postura que adopta el feto al final del embarazo, con la cabeza flexionada, la espalda en cifosis y las extremidades flexionadas hacia el cuerpo
- **Situación:** la relación que existe entre el eje longitudinal de la madre y el eje longitudinal del feto, puede ser:
 - Longitudinal
 - Transversal
 - Oblicua
- **Presentación:** parte fetal que está más próxima al canal del parto
 - Cefálica
 - Occipucio (occipital)
 - Sincipucio (palpamos la fontanela mayor)
 - Frente
 - Cara
 - Podálica
 - Nalgas simples (plegado)
 - Nalgas completas (está sentado se puede tocar los pies y el culete)
 - Nalgas incompletas (está con un pie estirado)

- **Posición:** relación entre el dorso del feto y el dorso de la madre

CANAL DEL PARTO

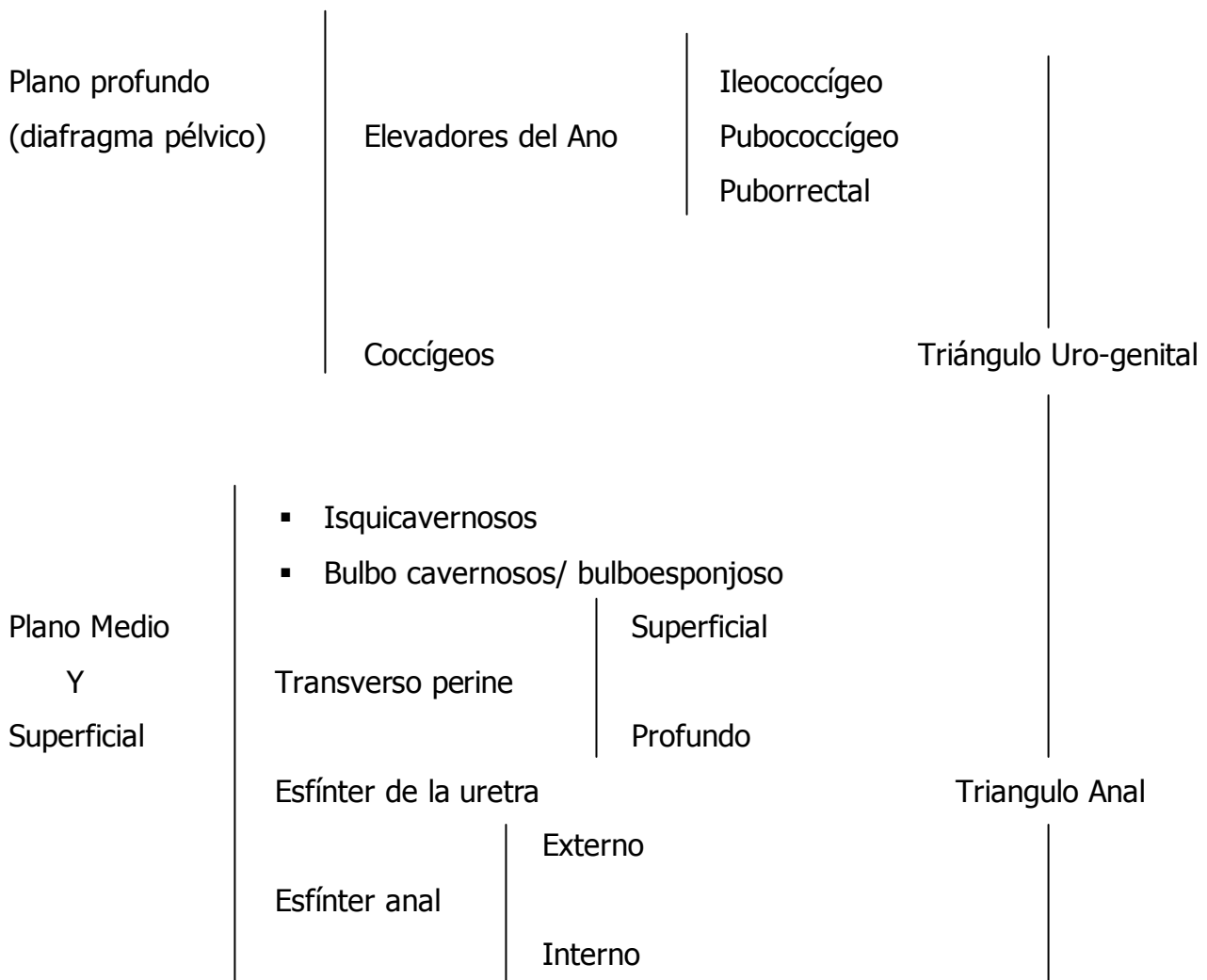
Pelvis ósea:

- Huesos coxales (ilion, isquion y pubis)
 - Sacro
 - Coxis
- Pelvis mayor: toda la zona superior de la línea innominada
- Pelvis menor: por debajo de la línea innominada
- Estrecho superior
 - Excavación pelviana
 - Estrecho inferior

Articulaciones:

- Sinfísica (sinartrosis)
- Sacrocoxígea: tiene movilidad durante el parto, el coxis se retrae para dar paso al feto, a esto se le denomina → **Nutación**; cuando el coxis regresa a su lugar se trata del fenómeno de **Contranutación**.
- Sacroilíaca: no es móvil, pero en el parto hay un milimétrico desplazamiento

SUELO Y SUBSUELO MUSCULAR PELVIANO



MOTOR DEL PARTO

Características de la contracción uterina:

- Dolorosa: el útero al contraerse como todos los músculos duele
- Intermitentes: después de una contracción luego el músculo se relaja
- Intensidad variable: depende del estado del parto en el que nos encontremos
- Tiene 3 fases de intensidad: ascenso, acmé (punto máximo de intensidad) y descenso
- Acompañada de un fenómeno de retracción: con las contracciones las fibras musculares uterinas se encogen. Tras el parto vuelven a su tamaño normal
- Triple gradiente descendiente: El inicio de la contracción es en el fondo del útero y se desplaza hacia abajo, la intensidad disminuye según baja hasta el

cuello uterino y la duración del dolor es más débil según nos aproximamos al cuello uterino.

PRODROMOS DEL PARTO

- Semana o días precedentes al parto las mujeres notan ciertos signos que anuncian la proximidad al parto. La mujer nota que el abdomen se pone duro sin molestia y esporádicamente. Las contracciones de Braxton hicks van a ir aumentando de intensidad. No son contracciones de parto, según se acerca el parto.
- Expulsión del tapón mucoso o (limos) → protege la cavidad uterina en el canal cervical (moco amarronado o con hilos de sangre).
- Descenso del fondo uterino en primigestas. Se hace más voluminoso y la mujer se siente mas aliviada en cuanto a la respiración.
- Polaquiuria: el utero al descender presiona la vejiga
- Leucorrea: aumento del flujo

Estos signos varían dependiendo de cada mujer

PERIODOS DEL PARTO

Dilatación:

- Fase Latente

Modificaciones:

- Reblandecimiento y borramiento del cuello (se ablanda y se hace más corto)
- Contracción uterina y presión de la presentación fetal y la bolsa de las aguas.

Duración hasta 12 horas.

- Fase Activa

Modificaciones:

- Dilatación del orificio cervical externo hasta 10 cm (1cm/hora)

Motor:

- Contracción uterina y presión de la presentación fetal

Duración:

- Variable depende de la paridad

FORMACIÓN DE LA BOLSA DE LAS AGUAS

- Por delante de la presentación fetal queda retenida cierta cantidad de líquido amniótico, con la presión de las contracciones se vuelve prominente y adquiere forma de bolsa.
- Debe romperse antes de la salida del feto (AMNIORRESIS) de manera espontánea o artificial.
 - Prematura: rompe antes del inicio del parto
 - Rompe durante el periodo de dilatación
 - Tempestiva: rompe al final del periodo de dilatación
 - Tardía: rompe en el periodo expulsivo
- El color de las aguas es claro. Aguas de color verdoso, sanguinolento u olor fétido pueden indicar sufrimiento fetal.

PERIODO EXPULSIVO

- Se inicia cuando finaliza la dilatación y termina con la expulsión del feto
- Su duración varía con la paridad

Mecánica:

- Flexión y descenso: cuando va a entrar en el cuello tiene que flexionar la cabeza.
- Descenso y rotación
- Extensión
- Rotación externa: debe rotar los hombros para adaptarse al hueco de la pelvis.

Motor:

- Contracción uterina
- Prensa abdominal

Signos:

- Contracciones intensas que se presentan con menor frecuencia
- Aparición de pujos
- Abombamiento del perine
- Visualización de la presentación fetal

PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

Se inicia con la expulsión del feto y finaliza con la expulsión de la placenta y membranas ovulares

Desprendimiento

- Contracción y retracción del útero
- Hematoma retroplacentario

Expulsión

- Contracción uterina
- Prensa abdominal
- Mecanismo de Schultz
- Mecanismo de Duncan

Formación del globo de seguridad

- Ligaduras vivientes de Pinard

Signos

- Aparición de sangre oscura en la vagina
- Descenso del cordón umbilical
- Modificaciones en el fondo uterino
- Exteriorización de la placenta

INTERVENCIONES OBSTRÉTICAS

Episotomía

Incisión quirúrgica del perine, cuyo objetivo es aumentar el tamaño de la abertura vaginal facilitando la expulsión del feto y evitar desgarros perineales. Se realiza cuando la presentación fetal esta empezando a coronar.

Puede ser de dos tipos:

- **Central:** desde la vagina verticalmente al ano. Es la menos dolorosa pero también hay más riesgo de desgarrar el esfínter del ano.
- **Lateral:** desde la vagina a la nalga (más dolorosa porque tiran más los puntos)

Recomendaciones tras episotomía:

- Lavarse a menudo con agua y jabón, o se puede usar agua y sal ya que cicatriza mejor.
- Aplicar hielo si hay presencia de edema
- Aplicar pomada para hemorroides si las hubiera.
- Cambiar a menudo las compresas

Los puntos son reabsorbibles, se caen solos entre los 7-10 días

FENÓMENOS PLÁSTICOS

- Acabalgamiento de parietales
- Caput Succedaneum o Tumor de Parto: bolsa serosanguínea que aparece en el tejido celular subcutáneo del cuero cabelludo de aspecto edematoso.
- Cefalohematoma: se presenta como una elevación de los tegumentos craneales localizada, originada por una extravasación sanguínea subperióstica.

PARTO DISTÓCICO

Definición: se desvía de la normalidad fisiológica. Esta desviación puede tener lugar en cualquiera de los periodos a afectar los diferentes elementos que están implicados.

Motor del parto: contracciones uterinas

Canal del parto: pelvis materna

Objeto del parto: feto

Todo aquel en el que se necesita ayuda para parir: forceps, ventosa y cesárea.

Clasificación:

Distocias dinámicas

Alteraciones que se presentan en la contractilidad uterina.

- *Por defecto:*
 - Hipodinamia:
 - Bradistolia: menos de 2 contracciones cada 10 min.
 - Hiposistolia: la intensidad de la contracción es pequeña
- *Por exceso:*
 - Hiperdinamia:
 - Taquisistolia: más de 5 contracciones en 10 min.
 - Hipersistolia: intensidad de la contracción aumentada con relación al periodo del parto
 - Hipertonía: el útero no llega a relajarse en el periodo intercontráctil.

Distocias Pelvifetales:

Alteraciones de la Pelvis materna

- *Canal óseo:*
 - Estenosis pélvica
 - Anomalías de la forma: puede dificultar el parto.

- *Canal Blando:*
 - Tumores
 - Estenosis vaginal
 - Rigidez perineal

Alteraciones de la estática fetal

- *Situaciones:*
 - Transversa
 - Oblicua
- *Presentación:*
 - Cefálica reflexionada
 - Nalgas

PARTO INSTRUMENTADO

Ventosa obstetrica o Vacum Extractos

Es un aparato que pretende la terminación del parto tomando la cabeza fetal mediante una presión negativa del vacío y haciendo tracción para lograr la extracción del feto.

Condiciones para su aplicación

- Dilatación completa
- Bolsa de las aguas rota
- Presentación en 3er plano
- Presentación de vértice (cefálica)
- Gestación de 37 semanas o más

Indicaciones

- Enfermedades maternas que requieren finalizar el parto
- Agotamiento materno
- Cesárea anterior

Riesgos

- desgarros vagino-perineales
- cefalohematoma, scalp (desgarro del cuero cabelludo)

Forcerps

Es un instrumento destinado a la tracción de un feto por vía vaginal.

Condiciones

- dilatación completa
- bolsa rota
- estrecho inferior viable
- condiciones normales del canal blando

Indicaciones

- enfermedades maternas que requieran acortar el periodo expulsivo
- agotamiento materno
- sufrimiento fetal
- distocias de rotación

Complicaciones

- desgarros canal blando
- heridas o marcas en la presentación por presión

Cesárea

Es una intervención obstétrica en la que se realiza la extracción del feto a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la uterina.

Indicaciones

Cesárea Electiva:

- desproporción pelvifetal
- finalización de la gestación en beneficio materno o fetal
- sufrimiento fetal ante parto
- presentación podálica o transversa
- dos cesáreas anteriores o cicatrices de intervenciones en el músculo uterino

En el curso del parto:

- desprendimiento de placenta
- partos estacionados con dinámica correcta
- indicaciones que no progresan
- prolapso del cordón con feto vivo
- sufrimiento fetal

Tipo de incisión:

- Infraumbilical
- Pfannestiel

Complicaciones:

Durante la intervención:

- hemorragias
- complicaciones anestésicas
- lesiones en vísceras vecinas (vejiga, uréter, intestino)

Post-operatorias:

- anemia
- íleo postcesárea
- peritonitis
- infecciones urinarias
- tromboflebitis
- embolismos
- dehiscencia de las cicatriz abdominal
- complicaciones de enfermedades previas

Complicaciones fetales:

- depresión de RN de origen farmacológico
- distress respiratorio

Atención de Enfermería en el Parto Instrumentado

Explicar brevemente el procedimiento a la mujer. Animarla a continuar con las técnicas respiratorias. Animarla a que empuje con la contracción. Se informará de la presencia de la marca del forceps o ventosa que desaparece en unos días.

Cesárea de Urgencia: Evitar el criterio del ultimo momento, se evitan reacciones de ira, pánico, desilusión.

TEMA 4: ALIVIO DEL DOLOR

DEFINICIÓN DE DOLOR

Es una experiencia personal y subjetiva que difiere de una persona a otra y varia en el mismo según el momento (estado mental, ambiente, influencias psicológicas).

La manera en la que la persona responde al dolor depende de diversos factores como la cultura en la cual vive, el significado personal del dolor, y la intensidad del mismo. Su falta de

expresión no indica necesariamente que este no se perciba. Sin embargo lo que mas temen las mujeres es el sufrimiento, es decir, el estado de angustia de la persona que sufre el dolor.

La incomodidad y el dolor del parto son simuladores porque hay un producto final que es el niño, por lo tanto hay diferentes formas para lograr el alivio satisfactorio del dolor.

Causa del dolor:

- Estiramiento y presión que sufren las fibras del cuello uterino por la compresión que efectúa la presentación fetal.
- Isquemia de las fibras del miometrio producida por la contracción

ANALGESIA Y ANESTESIA OBSTÉTRICA

Objetivo:

Proporcionar a la mujer un parto confortable mediante la supresión del dolor con las mínimas repercusiones para la madre y el feto.

Analgesia: alivio del dolor.

Anestesia: pérdida de la sensibilidad y por tanto alivio del dolor.

Elección del método:

- el deseo de la parturienta
- las necesidades individuales de la mujer, dolor, trabajo de parto, estado del feto
- no interferir en el trabajo del parto
- no dificultar la adaptación del feto a la vida extrauterina
- que el riesgo anestésico y analgésico no sea elevado en relación con los beneficio que reporta
- duración de la analgesia-anestesia

ANALGESIA FARMACOLÓGICA

1. **Mepiridina:** dolantina.

- es un mórfico sintético
- se utiliza en el periodo de dilatación por vía IM o vía IV

Ventajas:

- buen analgésico
- no modifica la dinámica uterina
- evita la rigidez del cuello uterino

Inconvenientes:

- favorece el vómito. Para evitarlo se asocia con el haloperidol
- Puede tener efecto depresor en el SNC del feto

2. Anestesia

a. Pentothal sódico

- Es el barbitúrico mas utilizado como inductor anestésico
- Se utiliza para lograr una inducción de la anestesia rápida y facil en el periodo expulsivo
- Se mantiene con oxido nitroso y oxigeno por mascarilla
- Se suele adm. Unido a algún analgésico
- Se utiliza también como inductor de la anestesia general

b. Anestesia General

- es el metodo de elección en las urgencias obstétricas
- se induce con pentothal y se administran relajantes musculares para la entubacion orotraqueal
- se mantiene la anestesia con oxido nitroso y oxígeno por mascarilla
- una vez pinzado el cordón umbilical se añade un analgésico

Ventajas:

Facilita la rápida intervención del obstetra

Inconvenientes:

- riesgo de aspiración por vómitos
- atraviesa al barrera placentaria muy rápido con riesgo de depresión del RN

c. Anestesia Regional

- Epidural
- Bloqueo raquídeo
- Pudendos

ANESTESIA EPIDURAL → PERIDURAL

- Bloqueo sensitivo de las raíces nerviosas encargadas de transmitir el dolor durante los estadíos del parto.
- Se introduce en el espacio extradural un anestésico local y un opiáceo.
- Se realiza mediante punción lumbar a nivel del espacio vertebral.
- La aguja penetra en los espacios intervertebrales y atraviesa el ligamento amarillo.

- Se introduce un catéter a través del cual pasa el anestésico

Ventajas:

- Elimina el dolor de la contracción
- Permite que la mujer participe en el parto
- No afecta al feto y su adaptación a la vida extrauterina
- Permite mantener la analgesia el tiempo que sea necesario

Inconvenientes:

- puede disminuir la contracción si está instaurada o la dosis no es la adecuada
- puede abolir el reflejo de pujo

Complicaciones:

- Hipotensión
- Punción de la duramadre
- Anestesia espinal alta o total
- Cefalea
- Lagunas
- Temblores
- Prurito

BLOQUEO RAQUÍDEO

- Introducción de anestesia local en el espacio intradural
- Bloquea los nervios de la mitad inferior del cuerpo por debajo del diafragma
- Técnica similar a la anestesia Epidural

Ventajas:

- técnica sencilla
- actúa rápido

Inconvenientes:

- hipotensión
- cefalea

PUDENDOS

- Infiltración de anestesia local en los nervios pudendos a su paso por las espinas ciáticas
- Se utiliza en el periodo expulsivo para la anestesia de la vagina, vulva y periné

- No quita el dolor de la contracción

METODOS NO FARMACOLÓGICOS

Sistema cognoscitivo

- Técnicas respiratorias
- Concentración de la atención
- Movimientos físicos (instintivos y de repetición)
- Música
- Aromaterapia
- Dirección verbal

Sistema Sensorial

- Estimulación cutánea:
 - Frio, calor
 - Masaje
- Estimulación nerviosa transcutánea (tens)
- Acupresión
- Tacto terapéutico

TEMA 5: PARTO PREMATURO

Es el parto que acontece entre la semana 22 a la 37 de gestación. Es un concepto cronológico independiente del peso del feto.

Factores predisponentes:

- placenta previa
- rotura de membranas
- embarazo múltiple
- tumores y malformaciones uterinas
- maternas: nutricionales, diabetes, HTA e Infecciones

TRATAMIENTO PREVENTIVO DEL PARTO PRETÉRMINO

En las gestaciones de 34 semanas y con rotura de aguas, se deja evolucionar el parto.

En los demás casos hasta la semana 34 o 35 se intenta frenar el parto y acelerar la madurez fetal.

Suprimir la contracción uterina → tocolisis, mediante medicación que relaja la fibra muscular uterina (Pre-par: Ritodrina) en dosis de ataque por vía IV y dosis de mantenimiento VO. Otras medicaciones tocolíticas son: Indometacina y sulfato de magnesio.

Acelerar la madurez fetal: con corticoides (celestone) para la maduración pulmonar.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El tratamiento tiene efectos secundarios: taquicardia, hipotensión y malestar general.

- Mantener vía para perfusión
 - Control de constantes
 - Valoración de síntomas nocivos de la tocolisis
 - Reposo absoluto (puede asearse, ir al baño)
 - En el tratamiento oral, el primer día seguirá con reposo absoluto, luego hará reposo relativo.
 - Brindar a la paciente tranquilidad y apoyo emocional.
- * Cuando están encamadas cuidado con la dieta porque aumenta el riesgo de estreñimiento aún más.

TEMA6: EMBARAZO PROLONGADO

Se considera embarazo prolongado cronológicamente a partir de la 42 semana de gestación.

Evolución

Entre el 20-40%:

- Envejecimiento de la placenta
- Disminución de líquido amniótico
- Fetos con signo de hipermadurez o postmadurez:
 - Piel seca y descamada
 - Uñas largas pérdida del tejido celular subcutáneo

Vigilancia Prenatal

Entre la semana 40-42 se realizan controles dos o tres veces por semana: monitorización fetal y amnioscopia.

Conducta

En la actualidad dos días antes de cumplir la semana 42 se decide finalizar la gestación.

TEMA 7: EMBARAZO MÚLTIPLE

DEFINICIÓN

Desarrollo simultáneo de dos o más fetos en el útero.

FRECUENCIA

Según la Ley de Hellin (1895) la frecuente se situaría en un caso por cada 85 partos, la de trillizos en uno por cada 85², y la de cuatrillizos uno por cada 85³.

FACTORES ETIOLÓGICOS

- Geográficos: en Europa la frecuencia desciende del norte al sur.
- Edad: aumenta progresivamente hasta los 35-39, luego desciende.
- Paridad: es más frecuente en multíparas
- Herencia
- Raza: más frecuente en la raza negra que en la blanca, muy escasa en la amarilla.
- Iatrogenia: tratamientos hormonales y técnicas especiales de esterilidad femenina, transferencia intratubárica o intrauterina de varios ovocitos fecundados.

ETIOLOGÍA

La gestación múltiple de origen natural se origina fundamentalmente por una de estas formas:

- Por división única o múltiple de un solo huevo fecundado por un solo espermatozoide (monocigóticos o univitelinos). Tienen la misma carga cromosómica. La frecuencia es de un 30%. Misma bolsa de aguas para los 2.
- Fecundación de dos o más óvulos por otros tantos espermatozoides (dicigóticos o bivitelinos). Tienen diferente carga cromosómica, cada feto tiene su placenta y su amnios. La frecuencia es de un 70%.
- Por combinación de ambos procesos

- El término superfecundación hace referencia a la fecundación poliovular en dos coitos distintos, dentro del mismo ciclo ovárico, lo que admitiría la posibilidad de dos progenitores distintos.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Aborto: el riesgo es 3 veces mayor que en las gestaciones únicas.

Parto prematuro: ocurre en un 50-80% y es más frecuente en primíparas. Generalmente entre la 34-36 semana tras rotura de membranas.

Alteraciones mecánicas importantes: edemas, varices, calambres, etc.

Toxemia gravídica más frecuente: mayor sobrecarga metabólica.

Anemia: mayor demanda de Fe.

EMBARAZO MÚLTIPLE MONOCIGÓTICO

Según en que fase ocurra la división del cigoto:

- **Bicorial-Biamniótica:** la división tiene lugar en las primeras 72 horas. Constituyen el 70%.
- **Monocorial-Biamniótica:** la división tiene lugar entre el 5-8 día.
- **Monocorial-Monoamniótica:** la división tiene lugar después del 8º día.
- **Gemelos unidos:** se forman por la división incompleta en la etapa de blastocito avanzado después de los 13 días de la fecundación. Su frecuencia es de uno por 1500 gemelos.

TEMA 8: SUFRIMIENTO FETAL

Aquellas circunstancias en las que el feto está en peligro por dificultades en el intercambio materno-fetal.

CAUSAS:

- *Maternas:*
 - Enfermedades como el asma y la Insuf. Cardíaca.
 - Síndrome de hipotensión supina, al comprimir el útero la vena cava inferior
 - Hipertermia e infección
 - Distocias dinámicas (hipertonía, polisistolia)
 - Insuficiencia placentaria

- *Funiculares:*
 - Prolapso de cordón
 - Compresión de la cabeza al entrar en el estrecho superior y en el periodo expulsivo
 - Circulares de cordón
- *Fetales:*
 - Anemia marcada (eritroblastosis)
 - Malformaciones cardiacas
 - Algunos medicamentos

DIAGNÓSTICO

Meconio: su aparición se interpreta como signo de hipoxia fetal.

Alteración de la frecuencia cardiaca

Alteración del equilibrio ácido-base

PROFILAXIS

Conocimiento del estado del feto antes del parto:

- monitorización no estresante
- prueba de Pose

Durante el parto:

- monitorización feta
- Determinación del Ph fetal (se toma muestra de sangre fetal mediante incisión en cuero cabelludo)

TRATAMIENTO

Antes parto: cesárea electiva

Durante el parto: extracción del feto vía vaginal o cesárea.

- FC fetal normal: 120/160 latidos por minuto
- 160/180 → taquicardia leve
- >180 → taquicardia grave
- <120 → bradicardia leve
- <100 → bradicardia grave

TEMA 9: PUERPERIO

DEFINICIÓN

Comprende el periodo de tiempo que se extiende desde el parto hasta la aparición de la primera menstruación, dura aproximadamente seis semanas y se caracterizan por el lento retorno del organismo materno al estado anterior de la gestación y establecimiento de la lactancia.

Este periodo se divide en 3 etapas:

- Puerperio inmediato → comprende las 24 horas. Postparto.
- Puerperio Precoz → Abarca desde el 2º hasta el 10º día.
- Puerperio tardío → Abarca desde el 2º hasta los 45 días.

Las modificaciones fisiológicas más importantes ocurren desde el parto hasta los 10 días siguientes:

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Involución Uterina:

El útero disminuye rápidamente de tamaño en su proceso denominado involución. Este proceso se debe a la contracción y detración del útero que se inicia después de la expulsión de la placenta, esta función es muy importante para cohibir la hemorragia en lugar de inserción placentaria.

Estas contracciones son muy eficaces para expulsar los coágulos del interior del útero.

Generalmente son indoloras pero en mujeres que lactan y en multíparas son mas intensas pudiendo ser dolorosas y molestas. Reciben el nombre de Entuertos.

Valoración de Loquios:

Se denominan loquios a la perdida hemática que se inicia después del alumbramiento. Una vez que se expulsa la placenta en la superficie del útero queda una herida que tarda en regenerarse unas seis semanas. Los loquios esta formados por el exudado procedente de esta regeneración.

Hay que valorar:

- Cantidad → abundante, normal o escasa. Una pérdida excesiva puede ser signo de una hemorragia del puerperio inmediato.
- Color → el primer y 2º día se componen casi exclusivamente de sangre y algo de moco, son los loquios cruentos.

Del tercer al sexto día son como agua de lavar carne, son los loquios serosanguinolentos.

Desde el sexto al décimo día son purulentos, conteniendo muchos leucocitos.

Desde el décimo día son escasos y fluidos son los líquidos serosos.

Al finalizar la tercera semana desaparecen, aunque puede persistir una secreción amarronada.

- Olor → El mal olor de los loquios es signo de una infección.

Movilización:

La movilización y deambulación precoz es muy importante para la evacuación de los loquios y como profilaxis de la enfermedad tromboembólica

Valoración del periné:

Se observará si presenta:

- Suturas → para una correcta cicatrización de la episiotomía debe hacer una cuidadosa higiene del periné. Mantener la zona seca cambiando frecuentemente la compresa. En ocasiones la zona presenta edema y hematoma, la aplicación tópica de bolsa de hielo disminuye el edema y alivia el dolor que este ocasiona.
- Hemorroides → si la mujer refiere dolor debido a los hemorroides, puede aplicar pomadas antihemorroides.
- Hematomas en región vulvovaginal → la mujer presenta dolor intenso con sensación de peso en el periné, también en las nalgas. (revisión en quirófano de la episiotomía para suturar el vaso sangrante)

Valoración de la Eliminación:

- Micción: debe vaciarse la vejiga no mas tarde de las 8 horas siguientes al parto. Lo normal es que orine espontáneamente, sino se estimulará a que lo haga. También se observara si la mujer presenta polaquiuria, disuria, tenesmo vesical, signos de infección urinaria.
- Deposición: La evacuación intestinal suele ser espontáneamente. Si esto no fuese así se le puede administrar al segundo o tercer día un laxante suave.

Valoración de las mamas:

En mujeres que lactan a sus hijos es necesario observar la posible aparición de:

- Pezones dolorosos y grietas → son muy molestas y la causa es la mala posición de la boca del niño al lactar.

- La solución es colocar adecuadamente al niño de manera que entre la mayor parte del pezón y la areola en su boca.
- Tras la toma dejar unas gotas de leche materna sobre los pezones y dejar que se seque.
- Mantener los pezones al descubierto cuando sea posible.

Ingurgitación de las mamas:

Es un proceso que puede presentarse sobre el 2º o 3er día de iniciar la lactancia y cursa con mamas duras, dolorosas, calientes y elevación de la temperatura.

La causa es el vaciamiento inadecuado del pecho. Solución:

- Calor en ambos pechos unos veinte minutos antes de la toma.
- Sacar un poco de leche antes de poner el niño hasta que el área del pezón se suavice.
- Permitir al niño lactar sin restricciones.
- Vigilar que tras la toma los pechos queden blandos y si continúan duros vaciarlos manualmente.

Valoración del Estado Emocional:

Los cambios rápidos que le suceden a la mujer tanto fisiológicos como el nuevo papel de madre la predisponen a caer en un estado de labilidad emocional. Después del parto experimenta una sensación de bienestar y tranquilidad, pero frecuentemente al 3er o 4º día presenta alguna modificación en su estado emocional como llanto, tristeza, irritabilidad, fatiga, dificultad para dormir, ansiedad. Este estado es conocido como depresión posparto.

Estos síntomas son transitorios, necesita apoyo de familiares, amigos y asesoramiento de los profesionales que la cuidan.

Valoración de la Alimentación:

Solo se restringe las primeras horas, luego puede tomar lo que desee. Se recomienda seguir con una dieta equilibrada, rica en fibra, productos lácteos, verduras y frutas. Las mujeres que lactan harán una dieta de 3000 cal.

Relaciones Sexuales:

Se recomienda esperar a que cese el líquido loquial. Puede iniciarlas cuando la mujer se encuentre bien y lo desee.

Establecimiento y mantenimiento de la lactancia:

El establecimiento de la lactancia es una compleja reacción en cadena en la que intervienen hormonas como la prolactina y oxitocina, estímulos emocionales, auditivos, visuales y la puesta al pecho del niño.

Es esencial dar el pecho lo más pronto posible tras el parto, porque estimula la producción de leche que tendrá lugar entre el 3er y 5º día. Hasta entonces el niño tomará calostro, líquido amarillento, rico en proteínas, sales minerales, vitaminas y anticuerpos que lo protegen de las infecciones.

El éxito de la lactancia radica en:

- Estar convencida de querer dar el pecho
- Tener paciencia los primeros días
- Inicio precoz de la primera toma
- Colocación correcta de la madre y el niño
- Tomas frecuentes a demanda del niño

Mecanismo de la Lactancia:

Para que la lactancia se produzca son necesarias tres etapas:

- *Mamogénesis*: es el crecimiento y desarrollo de la glándula mamaria para la lactancia, empieza en la pubertad y finaliza en el embarazo. En el embarazo el crecimiento esta determinado por:

- Estrógenos que originan el desarrollo de los conductos.
- La progesterona estimula el desarrollo del sistema lóbulo alveolar.
- La prolactina, la somatotropina, el lactógeno placentario y los corticoides influyen en la mamogénesis.

- *Lactogénesis*: comienzo de la secreción láctea. La prolactina es la hormona específica de la secreción láctea. Se produce en el lóbulo anterior de la hipófisis de forma constante, su secreción está regulada por la hormona hipotalámica denominada PIF, por lo que la secreción de prolactina aumenta progresivamente. Tras el parto los niveles de estrógenos y progesterona disminuyen bruscamente desbloqueando la glándula mamaria y permitiendo la acción de la prolactina sobre esta.

- *Galactopoyesis* o *eyección láctea*: en el mantenimiento de la secreción láctea intervienen el vaciado de la mama y el reflujo neurohormonal. Mediante la succión del pezón se desencadena un acto reflejo que a través de la medula espinal, alcanza el hipotálamo produciendo una disminución del PIF y aumentando la prolactina.

La leche segregada en los alvéolos pasa por los conductos galactóferos a los senos lactíferos para poder ser succionada.

El reflejo neurohormonal también produce la liberación de oxitocina que estimula la contracción de las células mioepiteliales de los alvéolos facilitando la eyección láctea.

Inhibición de la Lactancia:

Si la *supresión* está decidida *antes del parto*, una vez que este se produzca o al menos antes de las 24 horas, habrá que inhibir la lactogénesis, es decir la actuación de la prolactina. Para eso se utiliza su antagonista la Bromocriptina por VO durante al menos 14 días.

Si surge su indicación una vez iniciada la lactancia:

- Suprimir el reflejo de succión
- Administración de estrógenos (oral y parenteral)
- Fajado de las mamas una vez vaciadas para evitar su relleno
- En determinados casos es necesario la administración de antiinflamatorios y analgésicos.

GUÍA PARA LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- Involución Uterina
- Loquios
- Movilización
- Alimentación
- Eliminación
- El periné
- Valoración de las mamas
- Estado emocional
- Establecimiento y mantenimiento de la lactancia

ALTERACIÓN DE LA SALUD EN EL PUERPERIO

- Hemorragia
- Infección Puerperal
- Mastitis
- Infección Urinaria
- Enfermedad Tromboembólica

MASTITIS

Es la inflamación de la mama por una éxtasis láctea y una infección por gérmenes patógenos. Puede ocurrir en cualquier caso momento del puerperio pero nunca antes de la primera semana.

Cursa con dolor, rubor, induración de la mama, tª aumenta y si no se diagnóstica pronto con absceso mamario.

Tratamiento: vaciamiento adecuado del pecho por el niño o manual.

- Antibiótico
- Cuando la secreción es purulento, el vaciado se realizará manualmente.
- Incisión y drenaje en los abscesos mamarios
- Vaciar bien los pechos en cada toma

INFECCIÓN URINARIA

Se manifiesta con frecuencia debido a los cambios fisiológicos del embarazo, parto y la práctica de sondajes vesicales.

Manifestaciones clínicas: polaquiuria, escozor, disuria, tenesmo vesical.

Diagnóstico: cultivo de orina y antibiograma

ENFERMEDADES TROMBOEMBÓLICA

Tromboflebitis superficial

Afecta a las venas superficiales de las piernas

Signos: dolor, calor y tumefacción en un vaso de forma unilateral.

Ocasionalmente elevación de la temperatura

Tratamiento: Elevación de las piernas

Utilización de medias elásticas

Administración de analgésicos

Profilaxis: movilización precoz

Tromboflebitis venosa profunda

Se inicia en los plexos venosos musculares de la pierna. Con afectación posterior de sector poplíteo y femoral.

Síntomas: fiebre, dolor e impotencia funcional de la extremidad, edema en la extremidad inferior, signo de Hoffman positivo.

Tratamiento: administración de heparina, reposo absoluto.

Profilaxis: movilización precoz.

Embolia Pulmonar

Se produce como consecuencia de una tromboflebitis venosa profunda previa.

Signos: dolor pleurítico, polipnea, estado de angustia, elevación del pulso y la temperatura, hipotensión.

FIEBRE PUERPERAL

La definición de fiebre puerperal corresponde a la elevación de la temperatura igual o superior a 38° durante dos días seguidos en los primeros 15 días del puerperio, excluyendo las primeras 24 horas.

Puede proceder de una infección de:

- tracto genital
- aparato urinario
- las mamas
- aparato respiratorio alto

INFECCIÓN PUERPERAL

Es una infección del aparato genital por un microorganismo que se puede extender a otros sistemas. Normalmente suele ocurrir después de las primeras 24 horas. Fue desconocido durante siglos causando estragos en las maternidades, donde moría una de cada 5 mujeres. Semmelweish fue quien se dio cuenta de las causas de la enfermedad, y demostró que era causada por la introducción en el aparato genital de sustancias infectivas (falta de asepsia). Existen diferentes formas clínicas según la extensión y afectación:

Vulvitis, Vaginitis y Cervicitis: producidas por desgarros

Endometritis: infección de la cavidad uterina

Salpingitis: la infección alcanza a las trompas

Pelvipерitonitis: se extiende al peritoneo pélvico

Parametritis: se extiende al parametrio

Tromboflebitis pélvica: cuando se extiende a nivel vascular

Peritonitis generalizada

Manifestaciones Clínicas:

La endometritis es el primer paso de la infección por lo que se debe diagnosticar precozmente:

- temperatura elevada
- malestar y cansancio
- útero subinvolucionado, blando y doloroso
- loquios fétidos

Tratamiento:

- antibioticoterapia
- medidas antitérmicas
- medidas para evitar infecciones cruzadas
- higiene de genitales frecuente

HEMORRAGIA POSTPARTO

Se define como una pérdida hemática excesiva del aparato genital que puede ocurrir dentro de las 6 semanas después del parto.

Hemorragia del puerperio inmediato: cuando ocurre dentro de las primeras 24 horas que siguen al parto.

Causas:

- Atonía uterina
- Retención de restos de placenta y membranas
- Traumatismos del canal del parto
- Alteraciones de la hemostasia

Tratamiento:

- Masaje uterino
- Bolsa de hielo en el fondo uterino
- Cateterismo vesical
- Cateterización de vía para perfusión
- Avisar a equipo topológico

Hemorragia del puerperio: cuando sucede en las primeras semanas. Ocurre con mayor frecuencia entre los 10 y 15 días después del parto, en ocasiones alrededor del día 21 aparece una metrorragia que se conoce como partillo.

Causas:

- Retención de restos placentarios
- Presencia de algún coagulo de importantes dimensiones
- Reepitelización incorrecta de lecho placentario

Síntomas:

- Loquios abundantes y de color rojizo
- Útero subinvolucionado

Tratamiento:

- Exploración ecográfica del útero para diagnosticar la presencia de restos de placenta o membranas.
- Si existen restos se realizara un legrado
- Si no existen restos se realizara tratamiento con antibióticos y ergóticos
- Control de la pérdida hemática, TA y temperatura.