

MANEJO DE PROBLEMAS DE SALUD FRECUENTES DURANTE EL PUERPERIO



Ana Zamora Casal

ATENCIÓN PRIMARIA

- **Continuidad** de los cuidados, **accesibilidad** y **atención** tanto a la mujer como a su familia
- **Seguimiento** de **embarazo** de bajo riesgo
- **Seguimiento** de la mujer en el **puerperio**
- Puerta de entrada: **MATRONA**
- Trabajo en **equipo multidisciplinar**

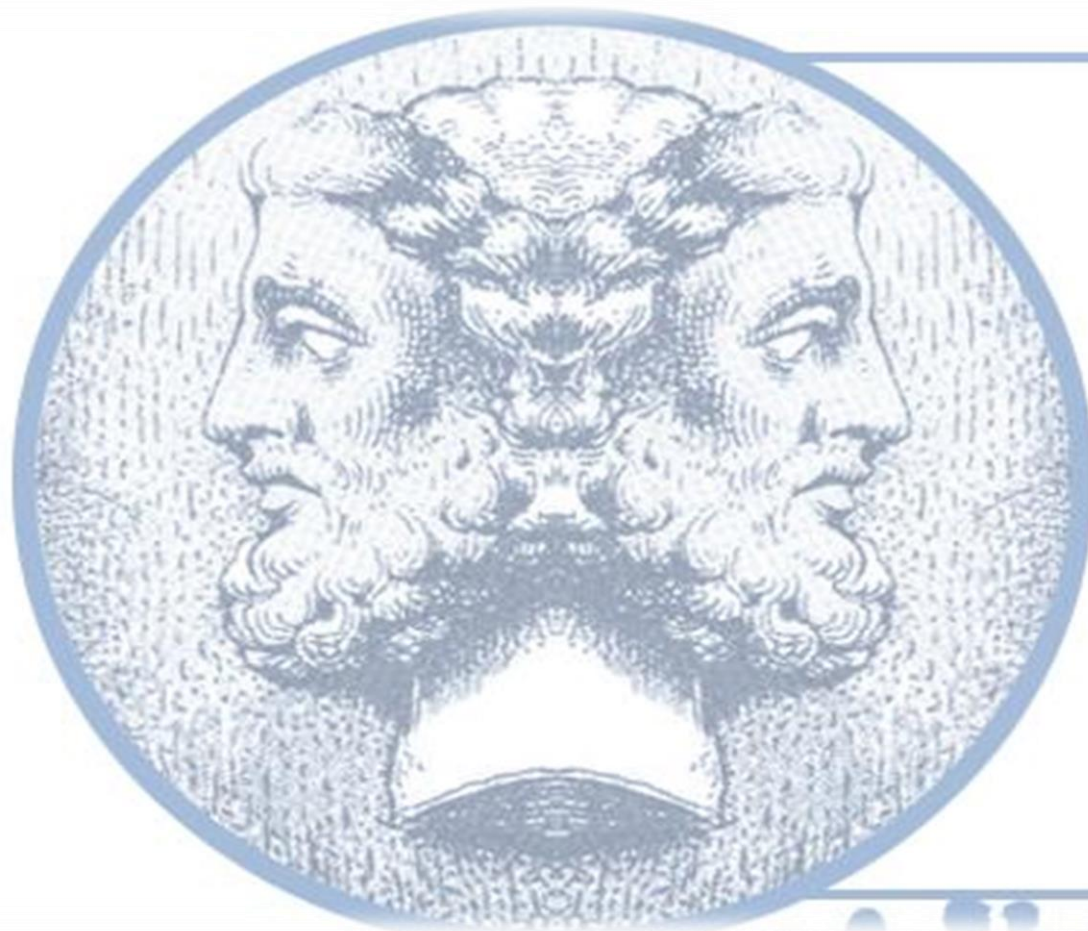


ALTA HOSPITALARIA

- MATRONA: PROGRAMA **CONECTA 72**
- **Alta** hospitalaria: datos esenciales del parto y del recién nacido.
- **Cuidados maternos** o tratamientos que se deban continuar tras el alta y que deben ser seguidos en Atención Primaria
- IANUS



IANUS: esa potentísima herramienta



Benvide

PUERPERIO

- Período de 6 a 8 semanas que transcurre desde el parto hasta la recuperación de la mujer:
 - **Involución**, especialmente del aparato genital
 - Establecimiento de la **lactancia**.
- El objetivo de la visita puerperal es **valorar el estado de salud** de la mujer tanto física como psíquica así como **la adaptación al recién nacido**.



ETAPAS DEL PUERPERIO

- **INMEDIATO:** las primeras 24 horas
- **PRECOZ:** 2 al 7-10 días.
 - Máxima involución del aparato genital
 - Mayor expulsión de loquios
 - Instauración de la lactancia
- **TARDIO:** hasta los 40-45 días.
 - Retorno de la menstruación



ACTIVIDADES ASISTENCIALES

- Evaluación del **estado general**: TA, pulso, peso
- Estado **anímico** y **adaptación**
- **Involución** uterina
- Aspecto de los **loquios**: olor y color: rojos, serosos, blancos
- **Micción** y **hábito intestinal**
- Estado de las **mamas**
- Inspección del **periné** y **episiotomía**: Ejercicios del suelo pélvico
- Inspección de **herida quirúrgica** si cesárea
- Inspección de **extremidades inferiores**



ACTIVIDADES ASISTENCIALES

- Situación **económica**
- Conocimiento de autocuidado y del RN: **Programa del niño sano**
- Revisar hábitos poco saludables
- Revisar **vacunas**
- Revisar **medicación**: si lactancia materna suplemento de yoduro potásico 200mcg/día
- Captación para dos programas:
 - Detección precoz de **cáncer de cuello uterino**
 - **Planificación familiar**



ACTIVIDADES ASISTENCIALES

- Inicio de **relaciones sexuales**: se **desaconsejan** las relaciones con penetración **antes** de las **4-6 semanas postparto** para una mejor recuperación de la vagina y músculos perineales
- Las mujeres que no lactan, ovulan alrededor de los 39 días postparto y un 60% de estas ovulaciones son potencialmente fértiles
- En las mujeres que lactan la ovulación puede estar influenciada por la frecuencia y duración de la lactancia



ANTICONCEPCION EN EL POSTPARTO

➤ Lactancia materna:

➤ Métodos de **barrera**

➤ **MELA**

➤ **Hormonal:**

- Gestágenos → a las 6 semanas postparto
- Estrógenos + Gestágenos → a partir del 6º mes

➤ **DIU:** Antes de las primeras 48h o después de 4 semanas, para evitar su expulsión. Para el DIU – Levonorgestrel deberemos esperar 6 semanas.

➤ **Pildora postcoital:** sin restricciones



ANTICONCEPCION EN EL POSTPARTO

➤ Lactancia artificial:

➤ Métodos de **barrera**

➤ **Hormonal:**

- Estrógenos + Gestágenos → Postponer 3 semanas tras el parto para minimizar el riesgo trombótico.
- Gestágenos → En cualquier momento

➤ **DIU:** Antes de las primeras 48h o después de 4 semanas para evitar su expulsión.

➤ **Pildora postcoital:** sin restricciones



ANTICONCEPCION EN EL POSTPARTO

Grupos de riesgo

- Con los cambios sociodemográficos cada vez atendemos a más **mujeres en riesgo de exclusión** que presentan poca asistencia a consultas programadas, pobre adherencia a métodos dependientes de la usuaria y uso irregular de preservativos, quedándose con frecuencia embarazadas antes del año; lo que conlleva peores resultados obstétricos y **mayor posibilidad de IVE**.
- Debemos facilitar métodos de larga duración en el postparto (**implante y DIU**) para distanciar las gestaciones y disminuir los IVEs en estos grupos.
- Estudios recientes en nuestro medio demostraron mayor eficacia del implante frente al DIU, pero este es mucho **más económico**, además de altamente eficaz y con tasas altas de continuación.





PROBLEMAS DE SALUD FRECUENTES DURANTE EL PUERPERIO



PATOLOGÍA MAMARIA

DOLOR DE PEZÓN

- **Transitorio** (1ª semana)
- Causa: posición o agarre incorrecto del RN.

GRIETAS DEL PEZÓN

- Causa: posición incorrecta del RN o succión muy vigorosa.
- Tto: **Posición** correcta del lactante.

Higiene del pezón

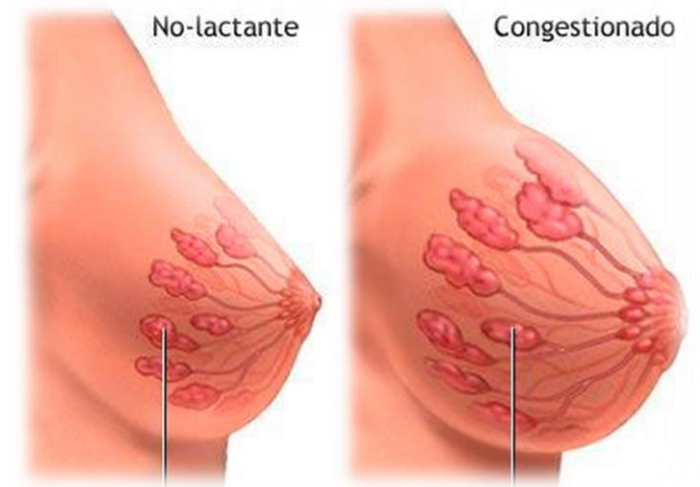
Bacitracina o **Mupirocina** tópicas



PATOLOGÍA MAMARIA

CONGESTION MAMARIA: INGURGITACION

- 3-5 días postparto. **Bilateral**
- Mamas tensas, calientes y dolorosas
- La inflamación **disminuye con amamantamiento** precoz, frecuente y a demanda
- Mejora con **calor antes de la toma** y **frio local después**



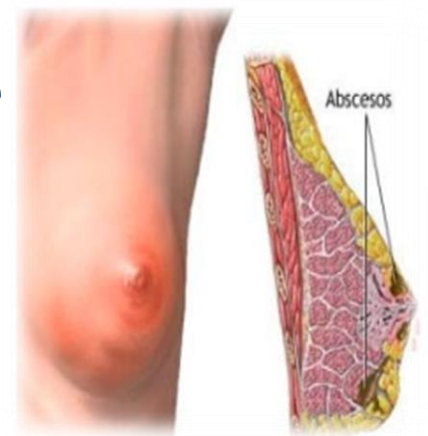
¡NO INTERRUPIR LA LACTANCIA!



PATOLOGÍA MAMARIA

MASTITIS PUERPERAL

- En las **primeras 6 semanas postparto**
- 2-10% de las mujeres que lactan
- Causa: *Stafilococo aureus*, *Estreptococo*
- **Dolor, calor local, eritema, tensión mamaria, fiebre**
- Tto: **Frío local. Antitérmicos y antiinflamatorios**
Amoxicilina/Clavulánico, Cloxacilina
Eritromicina y Clindamicina.



Se reduce su riesgo optimizando la técnica de la lactancia

¡NO INTERRUPIR LA LACTANCIA!



PATOLOGÍA MAMARIA

ABSCESO MAMARIO

- Suele precederse de mastitis no resuelta
- Puede aparecer 5-28 días después del tto
- **Fiebre, masa palpable que fluctúa**
- Tto: **Drenaje y antibióticos**

¡NO SUSPENDER LA LACTANCIA!

CANDIDIASIS DEL PEZON-MICOSIS

- **Antecedente** de infección del pañal o **muguet** en el **niño** o **vaginal** por **cándida** en la **madre**
- Dolor intenso pulsátil, prurito, piel brillante y escamosa
- Tto: **tópico**. Miconazol, Clotrimazol, Ketoconazol después de tomas



PATOLOGÍA MAMARIA

DERMATITIS DE LA MAMA

- **Eccema y psoriasis del pezón o areola:** zona enrojecida con dolor, rash y **escamas**
Tto: Corticoides tópicos de mediana potencia
- **Eccema de contacto:** generalmente **sin escama**
Tto: Corticoides tópicos
- **Impétigo:** causa bacteriana
- **Lesiones de herpes simple o varicela:** causa vírica

¡SUPENDER LA LACTANCIA!



LACTANCIA

Es **SIEMPRE** la mejor opción.

Respetar siempre la decisión de la mujer

INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA:

- Si está instaurada: cabergolina dosis única 1mg
- Si no está instaurada: cabergolina 0,25 mg/12h

FÁRMACOS Y LACTANCIA

- Dar **consejo** sobre automedicación a la madre
- Prescribir solo lo estrictamente necesario
- Prescribir fármacos **seguros** evitando los poco documentados
- Usar fármacos de **acción corta**, a **dosis bajas** y **poco tiempo**
- Elegir fármacos seguros en la infancia
- **Lactar antes** de la toma del fármaco



LACTANCIA

Si a la hora de prescribir tenemos dudas...

e-lactancia.org

Leyenda de riesgos

📌 Riesgo muy bajo

Compatible.
Sin riesgo para la
lactancia y el lactante.

📌 Riesgo bajo probable

Bastante seguro.
Riesgo leve o poco
probable.
Lea el Comentario.

📌 Riesgo alto probable

Poco seguro.
Valorar cuidadosamente.
Emplear una alternativa
más segura.
Lea el Comentario.

📌 Riesgo muy alto

Contraindicado.
Uso de una alternativa o
cese de la lactancia.

Las recomendaciones de e-lactancia las realizan pediatras y farmacéuticas de [APILAM](#) y están basadas en publicaciones científicas recientes.
Estas recomendaciones no pretenden reemplazar la relación con su médico, sino complementarla.



PATOLOGÍA DEL PERINÉ

Evaluar presencia de **dolor**, descartar la presencia de **hematomas**, **infección**, **hemorroides** y **dehiscencia** de la episiotomía

HEMATOMA

- Se encuentra en la zona de desgarro o de episiotomía.
- **Dolor** y **efecto masa** a la palpación rectal o vaginal.
- Valorar drenaje.

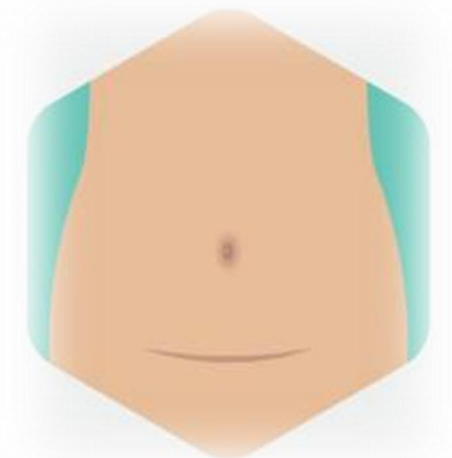
INFECCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

- Eritema, induración, dolor y posible dehiscencia total o parcial.
- Tto: limpieza y drenaje, analgesia, si a los 10-15 días no cierra hay que reevaluar **resutura**.
- Amoxicilina/ Clavulánico, Eritromicina o Clindamicina.



INFECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL

- Complica alrededor del 5% de las cesáreas realizadas
- Producida por *Stafilococo aureus* y *Streptococos* del grupo A
- **Fiebre**, eritema, dolor y **secreción** en la herida
- Tto: **drenaje**, desbridamiento con curas diarias, cierre por segunda intención y **antibióticos** de amplio espectro



INCONTINENCIA URINARIA

- 16% de las gestantes tiene pérdidas de orina durante la gestación y de estas el 78% la mantiene un año tras el parto: no hay diferencias entre parto vaginal o cesárea
- La prevalencia después del parto en mujeres sin pérdida de orina durante la gestación es 14-29%
- Tipos de incontinencia:
 - **Esfuerzo:** percepción de escape de orina con el esfuerzo
 - **Urgencia:** pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida de urgencia
 - **Mixta:** percepción de pérdida involuntaria asociada tanto a esfuerzo como a urgencia



INCONTINENCIA URINARIA

- La incontinencia urinaria de **esfuerzo** a los 3-6 meses después del parto vaginal es del 15%
- La incontinencia de **urgencia** a los 3 meses después del parto es menor en parto por cesárea, pero esta diferencia desaparece al año
- **Factores asociados:** multiparidad, macrosomía fetal, duración excesiva de la 1ª-2ª fase del parto, fórceps, distocia de hombros... Estos factores se asocian también a incontinencia anal y a prolapso.



INCONTINENCIA URINARIA

➤ ¿Qué podemos hacer?

- ✓ La primera opción terapéutica y fundamental es la **REHABILITACIÓN DEL SUELO PÉLVICO**. Está demostrado que disminuye el riesgo de incontinencia urinaria.
- ✓ Recomendar pérdida de peso si el IMC > 30
- ✓ En la incontinencia urinaria de urgencia se pueden pautar anticolinérgicos: Tolteradina, Oxibutina y Solifenacina.

Cómo hacer ejercicios de Kegel

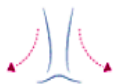
1. Contrae y eleva los músculos de tu suelo pélvico



2. Mantén la contracción



3. Suelta la contracción



4. Descansa y relaja, y repite la rutina



PROLAPSO

Asociado a **partos vaginales**

Sensación de **peso** hipogástrico, **bultoma** que asoma por orificio vaginal, **incontinencia** urinaria de esfuerzo, disfunción del vaciado de la ampolla rectal, dificultad en las relaciones sexuales

- **Cistocele**: descenso de vejiga
- **Cistouretrocele**: la uretra y cuello vesical
- **Prolapso uterino**: cuerpo y cuello uterino
- **Rectocele** : recto y pared vaginal posterior

Tto: valorar tto quirúrgico si muy sintomático



Cistocele



Rectocele



Enterocel



Uretrocele



Prolapso uterino



INCONTINENCIA FECAL

- Alteración de la región anorrectal
- **Alteración de la calidad de vida** de la mujer

Lesión del esfínter anal externo, del nervio pudendo o ambos

Se relaciona con **parto instrumentado**, 2ª fase prolongada, feto **macrosómico**, presentación **posterior** y problemas con la **episiotomía**

Generalmente el tratamiento es **quirúrgico**



ESTREÑIMIENTO Y HEMORROIDES

- **Estreñimiento:** en la segunda semana postparto tanto la motilidad como el tono suelen volver a su estado normal.
Tto: Consejo sobre alimentación con dieta rica en fibra, ingesta de líquido abundante.
- **Hemorroides:** Suelen aparecer como una masa púrpura protuyendo del ano. En general se realiza tratamiento conservador y consejo.
En caso de trombosis hemorroidal se requiere la realización de una incisión y drenaje.



FIEBRE PUERPERAL

Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ durante al menos 48 horas dentro de los 10 primeros días del puerperio, excluyendo las primeras 24 horas postparto.

La infección del tracto genital es la causa más frecuente de morbilidad puerperal y causa el 16% de la mortalidad materna.

Causas

- Endometritis
- Infección urinaria
- Tromboflebitis – trombosis venosa / Trombosis pélvica séptica
- Mastitis puerperal
- Infección de episiotomía o cicatriz de la cesárea



FIEBRE PUERPERAL: ENDOMETRITIS

- Suele manifestarse al 3-5 día, aunque puede tener inicio tardío; hasta 6 semanas postparto
- **Fiebre** (38°C), afectación del estado general, **dolor** abdominal, aumento de **pérdidas** por subinvolución uterina, sangrado y **loquios malolientes**.
- Causa: polimicrobiana, microorganismos de la flora cervical
- **Factores de riesgo:** Cesárea , parto prolongado, pretérmino, rotura de membranas prolongada, co-morbilidad de la madre
- Hay que tener la sospecha diagnóstica y **derivar** a la mujer al 2º nivel asistencial.



FIEBRE PUERPERAL: CISTITIS Y PIELONEFRITIS

Es una de las causas más frecuentes de fiebre en el puerperio

CISTITIS

- Causa: E. coli es el germen más frecuente
- Clínica: disuria, frecuencia y urgencia miccional, hematuria y dolor suprapúbico.
- Tto: Fosfomicina, Nitrofurantoina (máx. 7 días), Amoxic/Clav., Cefuroxima, Cefixima y Clotrimoxazol. Pautas cortas entre 3-5 días

PIELONEFRITIS

- Fiebre, escalofríos, dolor lumbar, en trayecto ureteral o suprapúbico y puñopercusión renal +
- Tto: Antibióticos de amplio espectro y durante 10-14 días. Valorar derivación a 2º nivel asistencial



FIEBRE PUERPERAL: TROMBOFLEBITIS – TROMBOSIS VENOSA

- Más frecuente en los **días postparto** que en los previos
- Más común tras **cesárea** que tras parto vaginal
- Riesgo más alto en las **primeras 5 semanas**, desciende progresivamente hasta la 12
- **Favorecen:** preeclampsia, infección pélvica, varices, inmovilidad y obesidad
- Durante el embarazo se producen cambios hematológicos para acomodar el organismo a las necesidades feto-placentarias que **aumentan el riesgo de fenómenos tromboembólicos:**
 - ✓ Anemia fisiológica, neutrofilia, trombocitopenia
 - ✓ Incremento de factores procoagulantes
 - ✓ Disminución de la fibrinólisis



FIEBRE PUERPERAL: TROMBOFLEBITIS – TROMBOSIS VENOSA

TROMBOFLEBITIS PELVICA SÉPTICA

- **Riesgo alto:** mujeres con enfermedad tromboembólica o tratamiento con HBPM antenatal: HBPM al menos durante 6 semanas postparto.
La HBPM no atraviesa la placenta y no afecta al feto
Puede usarse durante la lactancia por no acumularse en leche materna

T. PELVICA SEPTICA

- **Iliaco-femoral**

8-15 días postparto, febrícula, mal estado general con taquicardia, dolor, edema e impotencia del miembro afectado.

- **Vena ovárica**

Dolor en anexos y febrícula que puede simular una anexitis puerperal



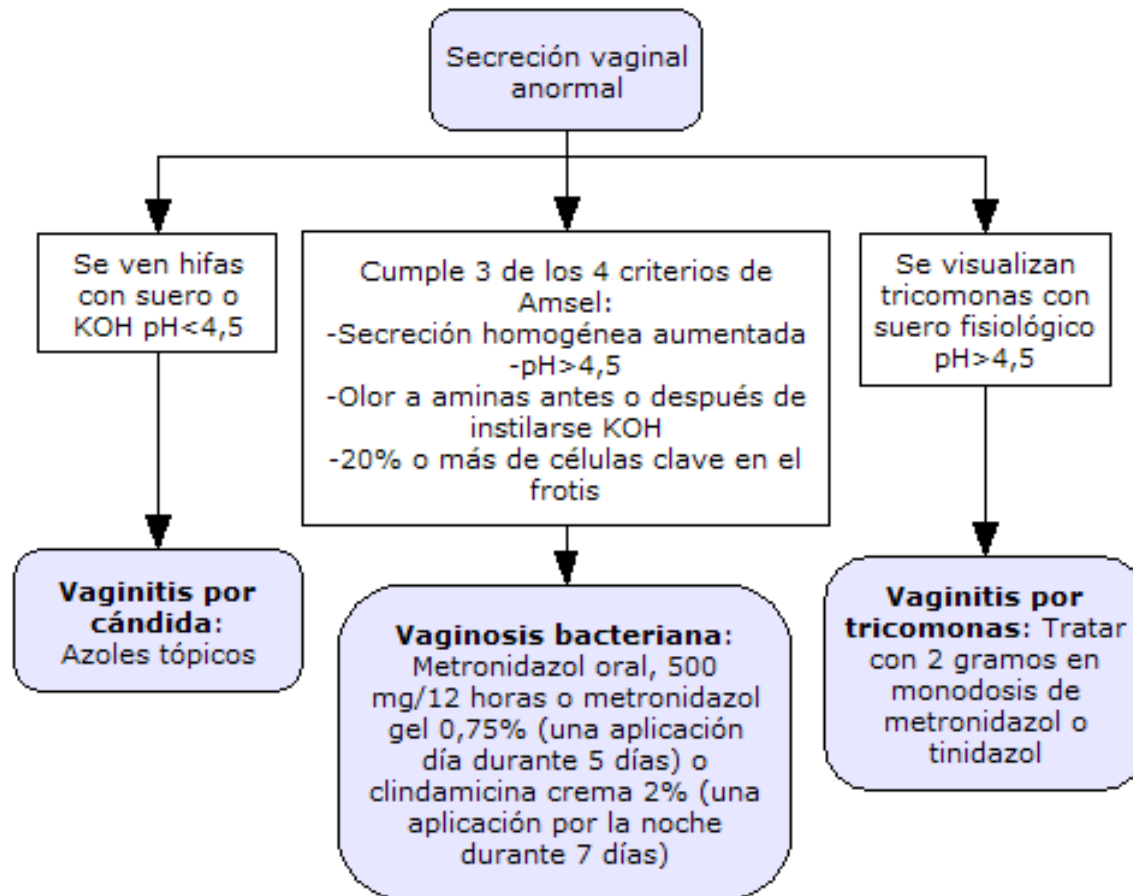
VULVOVAGINITIS

Causada por infecciones, inflamación o cambios en la flora normal de la vagina. Puede haber prurito, ardor, eritema, dispareunia, disuria y hay una **secreción vaginal anormal**:

- **Candidiasis**: blanquecina y grumosa. Al microscopio hifas.
- **Tricomonas**: abundante, amarillenta espumosa y maloliente. Al microscopio apreciamos motilidad de las tricomonas. Es una ETS. Hacer SIEMPRE **tratamiento de la pareja**
- **Vaginosis bacteriana: (Gardnerella)** moderado, blanco-grisáceo, con olor a pescado.



VULVOVAGINITIS



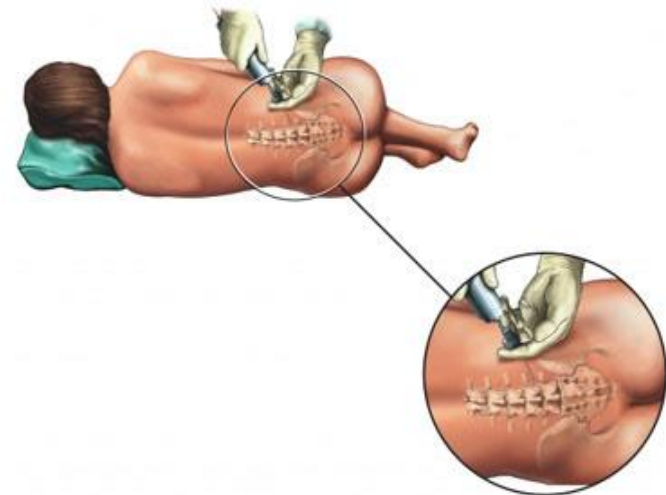
Durante el puerperio, en el tto de la candidiasis se puede utilizar también **Fluconazol** 150 mgs dosis única.

SUSPENDER la lactancia mientras dure el tto de **Metronidazol** hasta 24h después de última dosis.

En el caso del **Tinidazol** deberemos esperar 3 días.

COMPLICACIONES ANESTESIA EPIDURAL

- **Lumbalgia:** Es la complicación más frecuente. Con mayor prevalencia en mujeres con patología lumbar previa al embarazo. Mecánica en el 100 %. Local, no generalizada.
- **Cefalea:** 1 - 2,6 % de las pacientes que reciben epidural. Se resuelve con tratamiento conservador en la mayoría de los casos.
- **Lesión de nervios periféricos:** 0,4 – 3,6 %. Generalmente se trata de neuroapraxias con una resolución completa antes de una semana con tratamiento conservador.





DIABETES GESTACIONAL

- **5-10%** de mujeres con Diabetes Gestacional seguirán siendo **diabéticas tras el parto**.
- **10%** presentarán una **Intolerancia a Hidratos de Carbono**.
- **10%** presentarán una **Glucemia Basal Alterada**.
- **40%** desarrollan **Diabetes tipo 2** a lo largo de su vida (**5 años siguientes al parto**).
- **50%** vuelven a padecer **Diabetes Gestacional** en **embarazos posteriores**.



DIABETES GESTACIONAL

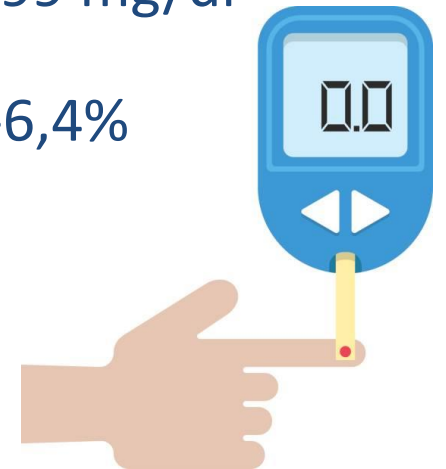
- Consejo sobre **modificaciones** del **estilo** de **vida**: dieta, ejercicio, control de peso
- Consejo sobre **mantenimiento** de la **lactancia**: efecto beneficioso.
- **Control** sobre otros factores de **riesgo cardio-vascular**.



DIABETES GESTACIONAL

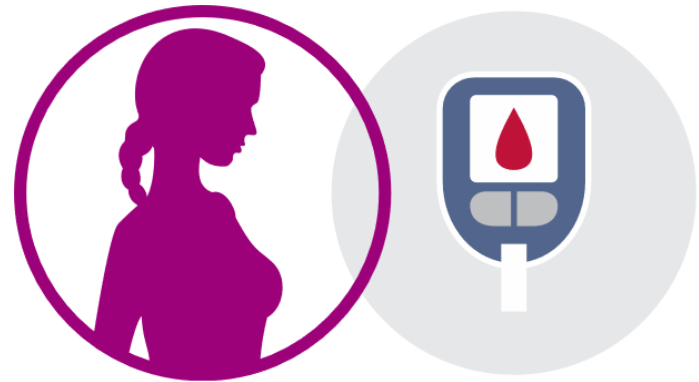
A las **6 semanas postparto o al finalizar la lactancia** se realiza una **sobrecarga oral** con **75 gr de glucosa** para clasificar a la mujer.

- **Normal**
- **Glucemia Basal Alterada:** glucemia en ayunas 100-125 mg/dl
- **Intolerancia a la Glucosa:** niveles a las 2h de SOG 140-199 mg/dl
- **Riesgo elevado de desarrollar diabetes:** glicosilada 5,7-6,4%
- **Diabética**



DIABETES GESTACIONAL

- En la **Glucemia Basal Alterada**, la **Intolerancia a la Glucosa** y **Alteración de Glicosilada** sin criterio de diabetes se recomienda **seguimiento anual** y confirmar el diagnóstico realizando una **segunda determinación**.
- Tienen un **riesgo** elevado de desarrollar **Diabetes tipo 2** y un **RCV** elevado.
- Si la **sobrecarga** y la **glucemia basal** son **normales**, se realizarán **glucemias basales** cada tres años.



HTA Y PUERPERIO

- Los trastornos hipertensivos durante el embarazo suponen un **factor de riesgo cardiovascular** en la mujer.
- Hay **correlación** entre los estados hipertensivos del embarazo y la **morbimortalidad cardiovascular y cerebrovascular**, la **cardiopatía isquémica**, la **insuficiencia cardíaca** y la **arteriopatía periférica**.
- La **mayoría** de las mujeres con HTA gestacional **vuelven** a ser **normotensas en** las primeras semanas del **postparto**.



HTA Y PUERPERIO

Si permanecen hipertensas después de las **12 semanas postparto** se diagnostican de **HTA crónica** (15% de los casos).

La mujeres que tuvieron **HTA gestacional** y tienen un **nuevo embarazo** el 22% desarrollan de nuevo HTA : **15% gestacional, 7% preeclampsia**.

- **HTA gestacional:** HTA (TA >140/90 mmHg) **después de la semana 20** de gestación **sin** proteinuria u otras **alteraciones sistémicas** y que **desaparece** tras el parto



HTA Y PUERPERIO

Preeclampsia: HTA + proteinuria y edemas (afectación de órganos diana)

- *PE temprana:* **antes** de la semana **34** con **eventos adversos materno-fetales**
- *PE tardía:* **después** de la semana **34** con **baja afectación fetal** y pronóstico materno-fetal más favorables.

Existe un **riesgo** de **recurrencia** de **preeclampsia** en nuevos embarazos **cuando** el **periodo** entre gestaciones es **menor** de **dos años** o **más** de **diez**.



HTA Y PUERPERIO

HTA crónica: HTA anterior al embarazo o antes de la semana 20 o persiste después de 12 semanas postparto

Seguimiento de mujeres en el postparto:

- Captación para el **programa de crónicos**
- Medidas **higiénico-dietéticas** de prevención de riesgo cardiovascular
- Tratamiento de **co-morbilidades**
- Control de **adherencia** terapéutica
- Valoración de **retirada** de **tratamiento** farmacológico **progresivamente**.





¡Gracias!



