

PUERPERIO NORMAL

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Irene Vico Zúñiga	Inmaculada Moreno Ortega	30/07/2023
Fco Javier Malde Conde	Lucas Cerrillos González	Fecha revisión
Amira Alkourdi Martínez		01/10/2023

PUERPERIO TRAS PARTO VAGINAL

PUERPERIO INMEDIATO (Primeras 24 horas)

1. Unidad de puerperio inmediato (paritorio/sala de parto)
 - a. Mantener a la puérpera en la sala de partos o de dilatación 1-2 h.
 - b. Mantenimiento de la vía intravenosa.
 - c. Control:
 - Estado general.
 - Pérdida hemática.
 - Constantes
 - Altura y tono uterino.
 - Revisiones perineales
 - Si epidural
 1. recuperación de la sensibilidad y movilidad
 2. presencia de globo vesical.
 - d. Terapéutica:
 - Sueroterapia de mantenimiento.
 - Uterotónicos tras alumbramiento (10U oxitocina)
 - Analgesia si es preciso: Ibuprofeno 600 mg cada 6-8h o diclofenaco 50mg cada 8.12h. En caso de alergia a AINEs o hipensión, será de elección paracetamol 1g cada 6-8h.
 - e. Inicio precoz de la lactancia materna.
 - f. Traslado sin separar a la madre del hijo.
2. Planta de puérperas:
 - a. Mismos controles durante las primeras 24 h (cada 4-6 h)
 - b. Retirar vía si no hay signos de complicación en 4 horas.

PUERPERIO CLÍNICO (24h-Alta Hospitalaria)

1. EXPLORACION
 - Constantes cada 12 horas
 - Pérdida hemática - Involución uterina- loquios: cantidad, color y olor.
 - Periné:
 - i. Dehiscencias - hematomas - infección.

- ii. Higiene con agua y jabón. Ducha precoz.
 - Micción espontánea
 - i. antes de las 6-8 horas del parto
 - ii. No→ sondaje vesical→ Ver “Puerperio patológico”.
 - Mamas→ turgencia, grietas, signos inflamatorios.
 - i. ingurgitación mamaria: vaciado mecánico de las mamas después de las tomas.
 - ii. Signos inflamatorios→ Ver “Puerperio patológico”
 - Hemorroides→ frío local y preparados antihemorroidales tópicos. Ver “Puerperio patológico”
2. Movilización precoz
 3. Emuntorios→ Estreñimiento (3 días)→ laxante vía rectal o vía oral.
 4. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
 - Hemograma: Solo si anemia previa o sangrado excesivo
 5. PROFILAXIS
 - Grupo del RN→ Administración de profilaxis anti-D a la madre Rh negativa con descendencia Rh positiva o desconocida.
 - Enfermedad tromboembólica (ver tabla 1)
 6. RECOMENDACIONES
 - Dieta variada y equilibrada rica en fibra.
 - LACTANCIA MATERNA.
 - i. Ingesta hídrica 3 litros al día
 - ii. Suplemento calórico de 500 Kcal. diarias
 - iii. Pauta de alimentación del recién nacido a demanda
 - Revisar patología materna anterior o durante la gestación

PUERPERIO TARDIO (Alta Hospitalaria - Primera Menstruación)

Idealmente, todas las mujeres deberían tener contacto con un proveedor de atención materna dentro de las primeras 3 semanas después del parto. Esta evaluación inicial debe seguirse con atención continua según sea necesario, concluyendo con una visita posparto integral a más tardar 12 semanas después del nacimiento.

Las recomendaciones en este periodo son:

1. Higiene perineal y mamaria
2. Evitar los baños de inmersión, aunque no las duchas.
3. Evitar las relaciones sexuales durante todo el periodo de sangrado. Se pueden reanudar las relaciones sexuales 2 semanas postparto si la persona se siente segura.
4. Se puede comenzar con Ejercicio suave y progresivo en cualquier momento, evitando los ejercicios que aumenten la presión intraabdominal.
5. Ejercicios de suelo pélvico a partir de las 2 semanas postparto
6. Suplementación vitamínica-mineral. Aconsejamos a la mayoría de las personas que continúen con su vitamina prenatal y/o suplementos de hierro durante seis a ocho semanas después del nacimiento, especialmente si están amamantando. Se recomienda:
 - a. Yodo: 200 mcg/día mientras dure la lactancia materna
 - b. Ácido fólico: 0,4-1 mg/día mientras dure la lactancia materna
 - c. Hierro: Ingesta recomendada de 15 mg/día. Si existe anemia o ferritina baja.

7. Tras la primera regla: exploración ginecológica, mamaria y citología (según protocolo específico) (Se recomienda una visita al centro de salud a las 3 semanas y una visita postparto integral a las 12 semanas post parto)
8. Planificación familiar.

VACUNACIÓN EN POSTPARTO

Están recomendadas:

- La vacuna frente a la gripe: mientras sea aún tiempo de campaña de gripe, se recomienda la vacunación antigripal durante los primeros 6 meses después del parto.
- La vacuna frente a COVID-19: mientras sea aún tiempo de campaña, se recomienda la vacunación COVID-19 durante los primeros 6 meses después del parto.
- La vacuna frente a la tosferina.
- La vacuna contra la varicela y la triple vírica (sarampión, rubeola y paperas), si no estuvieran vacunadas ni hubieran pasado estas enfermedades. Si apareciese una erupción en la piel del vacunado, se deberá evitar el contacto directo de la piel con el niño, cubriendo la zona afectada

PAUTAS DE ACTUACION DESPUES DEL PARTO POR CESAREA

Puerperio Inmediato

1. Traslado a la Unidad de Recuperación Posquirúrgica.
2. Se recomienda retirar sonda vesical inmediatamente postcirugía
3. Controles similares a los descritos para el parto vaginal. Especialmente:
 - a. Diuresis
 - b. Sueroterapia continuada hasta que la paciente tolere la ingesta oral.
4. Control del apósito quirúrgico y del sangrado por los drenajes quirúrgicos.

Puerperio Clínico

1. Sueroterapia hasta que la paciente tolere la ingesta líquida.
2. Controles:
 - a. Control de constantes cada 8-12 horas.
 - b. Los mismos controles que en el puerperio del parto vaginal.
 - c. Hemograma de control a las 24-48 horas de la intervención.
3. Dieta→ Ingesta oral temprana a las 2-6h tras cirugía.
4. Diuresis→ Retirar sonda cuando la paciente tolere la ingesta hídrica.
5. Deposiciones→ Recomendable antes del alta. Administrar un supositorio de glicerina o un laxante suave.
6. Movilización precoz. Se recomienda deambulación a las 4h. Ducha pasadas las 24 horas de cesárea.
7. Cuidados de la herida abdominal:
 - a. Drenajes→ Retirar cuando no sean productivos.
 - b. Apósito→ Se puede retirar entre 6 y 24h tras cesárea. Si no hay sospecha clínica de complicación de la herida se puede mantener 48 h.
 - c. Curas diarias→ antiséptico tópico que no contenga yodo (Clorhexidina tópica)
 - d. Analgesia: con paracetamol 1g cada 6-8h vía iv o vía oral, ibuprofeno 600mg cada 8h o diclofenaco 50 mg 2-3 veces al día. Recate con morfina 1 a 3 mg cada 5 minutos hasta alivio del dolor o si se produce sedación, saturación de oxígeno < 95% o hipotensión.

- e. Sutura cutánea:
 - i. Grapas y la incisión en la piel es transversal: retirar de 4 a 6 días después de la operación, pero considerar mantener las grapas hasta 10 días después de la operación en aquellos con factores de riesgo de complicaciones de la herida. como pacientes con diabetes mellitus u obesidad.
 - ii. Grapas y la incisión en la piel es vertical: dejar 10 días
- 8. Profilaxis antitrombótica. Valorar factores de riesgo (ver protocolo específico)
- 9. Alta
 - a. La estancia hospitalaria se prolongará el tiempo necesario.
 - b. Al alta se prescribirán analgésicos (Ibuprofeno 600 mg cada 8 horas, paracetamol 1g cada 8 horas) y protectores gástricos (omeprazol 20 mg cada 24 h) en caso de utilización de AINEs.
 - c. Valoración prolongación de profilaxis antitrombótica

Puerperio Tardío

La conducta y recomendaciones igual que en el parto por vía vaginal

ALTA HOSPITALARIA OBSTETRICA POSPARTO

Condiciones

1. Constantes normales desde 48 h previas
2. Exploración de alta. Periné y canal de parto revisados (cuerpos extraños)
3. Correcta involución uterina.
4. Exploración mamaria (ingurgitación, grietas...).
5. Micción normal.
6. Deambulación sin dificultad.
7. Tolerancia oral y ruidos intestinales presentes.

Informe de alta

1. Patología gestacional
2. Motivo del ingreso
3. Evolución y finalización del parto.
4. Tratamiento y cuidados específicos si precisa.
5. Medicación ambulatoria
6. Signos de alarma

FACTORES DE RIESGO TROMBÓTICOS EN EL PUERPERIO

Riesgo alto	Factores de riesgo mayores	Factores de riesgo menores
Antecedentes de ETEV trombofilia o parálisis de extremidades inferiores.	- IMC ≥ 40 kg/m ² - Reingreso o Ingreso hospitalario (≥ 3 días) en puerperio - Cualquier procedimiento quirúrgico en el puerperio (excepto reparación	- IMC > 30 kg/m ² - Edad > 35 años - Paridad ≥ 3 - Cesárea electiva - Fumadora > 10 cigarrillos/día - Síndrome varicoso grave - Historia familiar de ETV por FR no
HBPM profiláctica antenatal.		

<p>Cirugía mayor pélvica o abdominal</p> <p>Síndrome antifosfolípido</p>	<p>inmediata del periné)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cáncer - Enfermedad cardíaca o pulmonar - Lupus eritematoso sistémico - Enfermedades inflamatorias (intestinal o poliartropatía) - Síndrome nefrótico - Diabetes mellitus tipo I con nefropatía - Drepanocitosis - Uso de drogas por vía parenteral - Cesárea intraparto 	<p>identificable o en relación con estrógenos en familiar de primer grado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trombofilia de bajo riesgo - Gestación múltiple - Feto muerto intraútero - Parto prolongado - Infección sistémica - Inmovilización \geq 3 días (paraplejía, viajes de larga distancia) - Preeclampsia actual - Hemorragia postparto (perdida $>1L$ o transfusión sanguínea) - Parto pretérmino
<p>Factores riesgo ALTO HBPM 6 semanas</p>	<p>Factores de riesgo MAYORES HBPM</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 FR mayor \rightarrow 7 días - 2 o más FR mayores \rightarrow 6 semanas 	<p>Factores riesgo MEORES HBPM</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 FR menor \rightarrow Evitar deshidratación. Movilización precoz en el posparto - 2 FR menores \rightarrow 10 días - 3 o más FR menores \rightarrow 6 semanas

INHIBICION DE LA LACTANCIA

INDICACIONES

1. Médicas:
 - a. Muerte fetal.
 - b. Tuberculosis.
 - c. Madre portadora de VIH.
 - d. Mal estado general materno.
 - e. Medicación materna con antitiroideos.
 - f. Adicción a drogas
 - g. Alcoholismo materno.
 - h. Mastitis bilateral o infección cutánea en la mama.
2. Sociales:
 - a. Deseo de la madre de no lactar.

PAUTAS

1. Tratamiento local
 - a. Sujetador adecuado o vendaje compresivo mamario.
 - b. Hielo local.
 - c. Analgésicos y antiinflamatorios.
2. Tratamiento sistémico
 - a. Cabergolina (inhibición): 1 mg (2 cp) en dosis única si se administra en las primeras 24h postparto.
 - b. Cabergolina (supresión): 0,25 mg (medio cp) cada 12 h/ 2 días
 - c. Bromocriptina (2 x 2,5 mg/día, durante 10-12 días).

CONSEJO ANTICONCEPTIVO

El período posparto es un momento clínicamente dinámico, en el que la elegibilidad del método puede cambiar según el riesgo de tromboembolismo venoso, el estado de lactancia y las comorbilidades médicas.

- **Dispositivo intrauterino**
 - o Cuándo: La inserción del DIU en todos los momentos después del parto es segura, con muy baja incidencia de perforación, infección y/o sangrado vaginal abundante.
 - o Contraindicaciones: pacientes con corioamnionitis, endometritis o hemorragia posparto activa
 - o Complicaciones:
 - Expulsión
La tasa de expulsión en pacientes no puérperas es del 3-10%. Después del parto, esta tasa varía según el momento de la colocación: 10 – 40% para la colocación inmediata o temprana (2-4 semanas) y 2-4% para la colocación a partir de las seis semanas postparto. La tasa es mayor en la inserción temprana en parto vaginal y más con el DIU liberador de levonorgestrel.
 - Perforación:
La tasa de perforación es la misma que en la colocación después de los seis meses postparto.
- **Anticoncepción hormonal combinada:**
no debe empezarse antes de los 21 días postparto por el riesgo de tromboembolismo. Se aconseja esperar entre 3-6 semanas.
- **Anticoncepción hormonal con progestágenos:**
puede iniciarse en cualquier momento en cualquiera de sus vías de administración: oral, implante subdérmico, inyección trimestral
- **Anticoncepción de emergencia:**
es compatible con el puerperio y con la lactancia materna
- **Anticoncepción definitiva:**
 - o ligadura tubárica bilateral
 - o vasectomía.

BIBLIOGRAFIA

- ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. Obstet Gynecol 2018 May;131(5):e140-e150.
- Bergella, V, Cesarean birth: Postoperative care, complications and long-term sequelae. UpToDate, Apr 5, 2023
- Berens P, Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care. Disponible en Up To Date jun 2023.
- Puerperio. En: Obstetricia de Williams, Cunningham F, Leveno K, Bloomm S et al. Ed 22ª Mc Graw Hill. Cap 30, pp: 696-720.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Puerperio normal y patológico, Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2008.
- Saldanha IJ, Adam GP, Kanaan G, et al. Delivery Strategies for Postpartum Care: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol 2023; 142:529.
- Sonalkar S, Mody, S. Contraception: Postpartum counseling and methods. Disponible en Up To Date may 2023.