

PUERPERIO PATOLÓGICO

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Irene Vico Zúñiga Francisco Javier Malde Conde	Inmaculada Moreno Ortega Lucas Cerrillos González	30/07/2023
		Fecha revisión 1/10/2023

DOLOR MAMARIO

Las principales causas son: Lesión en el pezón por amamantar o al extraer leche, vasoconstricción del pezón, congestión, conductos estrechos, infecciones del pezón y de la mama, exceso de producción de leche, dermatitis del pezón/psoriasis

Grietas en pezón.

Aparecen a los 2-3 días tras el parto. Se debe corregir técnica de lactancia materna, evitar humedad en el pezón, aplicar pomadas con lanolina purificada o usar pezoneras.

Mastitis aguda puerperal

- A) Etiología: *Estafilococo aureus* (50% de los casos) y *Estreptococo* del grupo B (20%)
- B) Clínica: Eritema, calor, aumento de turgencia, tumoración, fiebre.
- C) Tratamiento
 - a. Antiinflamatorios/ Antitérmicos/Aplicación de frío local.
 - b. Antibióticos (Tabla 1 a y b)
 - c. Quirúrgico→ En caso de absceso: Drenaje + Cultivo + antibiograma con o sin Biopsia (si duda diagnóstica).

Tabla 1. Antibioterapia en mastitis puerperal

Cloxacilina sódica
(500 mg / 6 h, 7-10 días)

Cefalexina
(500 mg/ 6h, 7—10 días)

Alergia a B.lactamicos:
-Clindamicina 300-350mg/8h

Mastitis grave: Ingreso
-vancomicina 15-20 mg/kg IV
cada 8 o 12 horas, sin exceder 2 g por dosis

Absceso mamario

Masa palpable, fluctuante, acompañada de fiebre y afectación del estado general, que no mejora con antibioterapia. Precisa drenaje.

Mastitis subaguda

Dolor profundo en la mama durante la toma o después de la misma que persiste tras descartar otras posibles causas de mastalgia. No hay síntomas generales ni fiebre y la exploración física suele ser normal. Se puede tratar con probióticos como *Lactobacillus fermentum* o *Lactobacillus salivarius*.

Tabla 1b Terapia antimicrobiana oral para el tratamiento de infecciones de la piel y los tejidos blandos debidas a *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) en adultos y seguridad con lactancia materna.

Trimetoprim-sulfametoxazol (cotrimoxazol)	160/800 mg dos veces al día vía oral	Riesgo muy bajo Evitar si prematuro o hiperbilirubinemia del RN por riesgo de kernicterus
Clindamicina	450 mg por vía oral 3 veces al día	Riesgo muy bajo
Doxiciclina	100 mg por vía oral dos veces al día	Riesgo bajo
Minociclina	200 mg por vía oral una vez, luego 100 mg por vía oral dos veces al día	Riesgo bajo
Agentes alternativos		
Linezolid	600 mg por vía oral dos veces al día	Riesgo bajo
Tedizolid, Delafloxacino, Omadaciclina		Seguridad desconocida.

FIEBRE

La fiebre postparto se define como la temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ entre los días 2-10 días postparto.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (protocolo específico)

MASTITIS (ver punto específico)

ENDOMETRITIS PUERPERAL (Polimicrobiano)

- A) Factores predisponentes
Cesárea, parto prolongado, RPM, exámenes cervicales repetidos, monitorización interna fetal o materna, meconio espeso, alumbramiento manual, nivel socioeconómico bajo, diabetes mellitus materna o anemia severa, Parto prematuro o postérmino, parto vaginal operatorio, obesidad, infección por VIH, portadora de SGB
- B) Etiología polimicrobiana: E. Coli, Estreptococos y anaerobios
- C) Cuadro clínico
 - a. Fiebre, afectación del estado general.
 - b. Taquicardia, dolor hipogástrico.
 - c. Subinvolución uterina, sensibilidad y dolor uterinos.
 - d. Loquios malolientes.
- D) Diagnóstico
 - a. Criterios diagnósticos: Al menos dos:
 - Temperatura $\geq 38.5^{\circ}$ en una ocasión o $\geq 38^{\circ}$ en dos ocasiones separadas 6 horas en los 10 primeros días posparto y excluyendo las primeras 24 horas tras el parto.
 - Dolor hipogástrico sin otra causa
 - Drenaje purulento del útero
 - Una concentración elevada de ácido láctico (>2 mmol/L) es un marcador de infección grave

- a. Pruebas complementarias:
 - Hemograma.
 - Cultivos: vaginal /cervical/ Hemocultivos /Urocultivo
- b. Pruebas de imagen
 - Ecografía transvesical o transvaginal
 - TAC o RNM (descartar abscesos intraperitoneales).
- c. Tratamiento→ Antibioterapia (Tabla 2). Tras 24 h apirética→ Pasar a tratamiento oral 7 días si hemocultivo positivo. Si no, no es necesario continuar con tratamiento oral.

Tabla 2. Antibioterapia IV en endometritis puerperal

Gravedad moderada:	Grave o tras una cesárea o sin respuesta inicial:
Ceftriaxona iv 2 g cada 24 horas + Metronidazol iv 500 mg cada 8 horas +/- Doxiciclina según hallazgos o factores de riesgo de ITS	Piperacilina-Tazobactam iv 4/0,5 cada 8 h ó Meropenem 1 g cada 8 h
Alergia B-Lactámicos: Aztreonam IV 1 g/8h + Clindamicina iv 900 mg/8 hs + Metronidazol iv 500 mg /8h	Alergia a B-Lactámicos: Tigeciclina iv 200 mg inicial y 100 mg / 12h + Metronidazol 500 mg/8h IV

INFECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL

- A) Factores de riesgo:

Cesárea urgente, corioamnionitis, obesidad, diabetes, malnutrición, enfermedades que ocasionan inmunosupresión, prolongación del tiempo quirúrgico, pérdida hemática excesiva, exámenes vaginales repetidos, abuso de alcohol y drogas, terapia anticoagulante y hematoma subcutáneo.
- B) Patogénesis y microbiología
 - a. Contaminación de la flora cutánea, diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea.
 - b. Estafilococo aureus y los Estreptococos del grupo A (infecciones tempranas 24-48h).
- C) Diagnóstico
 - a. Fiebre.
 - b. Examen de la herida operatoria: eritema, hipersensibilidad/dolor y secreción→ Cultivo de pus de la herida operatoria.
 - c. La presencia de pus maloliente, bullas o crepitación puede indicar una infección por Clostridios, fascitis o celulitis necrotizante. La radiografía de abdomen: confirma el diagnóstico anterior (presencia de gas).
- D) Complicación: desarrollo simultáneo de endometritis→ riesgo de fístula útero-cutánea y una miositis necrotizante del útero.
- E) Tratamiento
 - a. Drenaje, irrigación y desbridamiento con extirpación de todo el tejido necrótico.
 - b. Cierre por segunda intención.
 - c. Antibioterapia:
 - Amoxicilina- Clavulánico 1 g iv cada 8 oras

- Si alergia a B Lactámicos: Clindamicina 900 iv cada 8 horas + Gentamicina 4,5 mg /Kg cada 24 horas

DEHISCENCIA DE EPISIOTOMÍA / INFECCIÓN PERINEAL

- A) Polimicrobiana.
- B) Clínica: eritema, induración, calor, drenaje purulento, con o sin fiebre.
- C) Tratamiento:
 - a. Antiinflamatorios no esteroideos.
 - b. Friedrich de la herida
 - c. Antibióticos de amplio espectro cuando haya infección del tejido celular subcutáneo (celulitis).
 - d. Re-sutura cuando haya tejido de granulación sin exudado.

EDEMA VULVAR DOLOROSO SEVERO

La fascitis necrotizante debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de la paciente posparto con edema vulvar y dolor vulvar severo, particularmente cuando se asocia con fiebre, eritema, taquicardia e hipotensión. El desbridamiento quirúrgico es obligatorio

TROMBOFLEBITIS PÉLVICA SÉPTICA

- A) Factores de riesgo: cesárea, endometritis, corioamnionitis.
- B) Etiología: estreptococos, enterobacterias y anaerobios
- C) Síntomas: Debe sospecharse en casos de evolución tórpida a pesar de tratamiento antibiótico. Mas común en vena ovárica derecha (Diagnostico diferencial con apendicitis aguda) Fiebre en agujas, escalofríos y dolor abdominal constante, severo y localizado, que no mejora con antibioterapia, sin presencia de absceso.
- D) Para excluir otras causas de fiebre puerperal → TAC / RMN.
- E) Tratamiento:
 - a. Antibioterapia 7-14 días
 - Piperacilina-tazobactam 4,5 g/ 8h
 - Un carbapenem (ertapenem 1 g /24h, imipenem 500 mg/6 h, o meropenem 1g /8h)
 - Ceftriaxona 1 g/ 24 h + metronidazol 500 mg/8 h
 - Cefepima 2 g / 8 h + metronidazol 500 mg /8 h
 - Alergia a betalactámicos: fluoroquinolona (ciprofloxacino 400 mg /12h o Levofloxacino 500 mg/24 h) + metronidazol 500 mg/ 8 h
 - b. Heparina de Bajo Peso Molecular: enoxaparina 1 mg/kg por vía subcutánea cada 12 horas

RETENCIÓN URINARIA POSTPARTO

Ausencia de micción espontánea dentro de las 6 horas posteriores al parto vaginal o dentro de las 6 horas posteriores a la extracción de un catéter permanente después del parto por cesárea. Parece deberse a lesión del nervio pudiendo y puede durar 2-3 meses postparto, aunque la mayoría se resuelven en 2-5 días.

Los factores de riesgo son: la anestesia epidural, segunda fase de parto prolongada, la primiparidad, el parto operatorio y la episiotomía.

Tratamiento: Sondaje intermitente cada 6 horas. Las terapias farmacológicas no son efectivas. El sondaje está indicado si la vejiga se puede palpar abdominalmente y la mujer no puede orinar o solo orina en

pequeñas cantidades que sugieren rebosamiento. Si persiste durante más de 72h, colocar sonda permanente pinzada y despinzar cuando tenga deseo miccional o a las 3h.

Se debe realizar profilaxis con fosfomicina 3g cada 72h mientras tenga la sonda puesta, con el sondaje intermitente no es necesaria.

CEFALEA

Entre las pacientes embarazadas con la aparición de un dolor de cabeza nuevo o atípico en las que se ha excluido la preeclampsia, aproximadamente la mitad tiene migraña y la otra mitad tiene una variedad de otras causas de dolor de cabeza (migraña, cefalea tensional, cefalea en racimo). Estas mujeres deben ser evaluadas inicialmente con una historia clínica y un examen físico detallados, similares a los de las adultas no embarazadas.

Cefalea tras punción dural

Es una cefalea posicional que ocurre debido a la fuga de líquido cefalorraquídeo a través de una punción dural. Puede ocurrir después de la anestesia espinal o después de la punción dural no intencional con una aguja epidural. La mayoría se resuelven con tratamiento sintomático en 7-10 días.

- A) Clínica:
 - a. Aparición de cefalea fronto-occipital pulsátil tras 24 horas de la punción dural. Puede acompañarse de síntomas visuales y/o vegetativos
 - b. Naturaleza posicional: Aumenta con la bipedestación y valsava. Mejora con el decúbito.
- B) Diagnóstico diferencial:
pre-eclampsia, migraña, cefalea inespecífica, meningitis, hemorragia intracraneal, tumor intracraneal, trombosis venosa cerebral, apoplejía hipofisaria, infarto cerebral, herniación uncal.
- C) Signos de alarma:
cefalea con alteración del estado mental, convulsiones, papiledema, cambios en la visión, rigidez de nuca o signos/síntomas neurológicos focales; inicio repentino de dolor de cabeza severo; cefalea asociada con fiebre, traumatismo craneoencefálico, uso de drogas ilícitas o exposición tóxica, tos, esfuerzo, actividad sexual o maniobra de valsava, cefalea de nuevo comienzo que despierta al paciente del sueño, dolor de cabeza refractario a tratamiento.
- D) Tratamiento
 - a. Medidas generales: Reposo en cama, Hidratación intravenosa
 - b. Médico: Paracetamol / Codeína / Cafeína / Hidrocortisona
 - c. Tratamiento invasivo: parche hemático (Servicio de Anestesia)

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN EL EMBARAZO-PUERPERIO

Factores de riesgo

- Antecedente familiar o personal de enfermedad tromboembólica.
- Edad materna superior a 40 años.
- Cesárea (9 veces más que un parto vaginal).
- Trombofilias
- Síndrome de hiperestimulación ovárica.
- Insuficiencia venosa periférica.
- Otros: obesidad, infecciones, traumatismos, trastornos mieloproliferativos.

Trombosis venosa profunda (TVP) (72% de afectación íleo-femoral)

- **Clínica**
Edema distal con DOLOR, cordón profundo palpable, cierto grado de impotencia funcional. Signo de Homans (dolor en la parte alta de la pantorrilla al realizar la dorsiflexión del tobillo con la rodilla flexionada en un ángulo de 30°).
Dolor abdominal → En casos de tromboflebitis pélvica (trombosis de la vena ovárica)
- **Diagnóstico**
Ecografía-Doppler.
TAC abdomino-pélvico. Si existe sospecha de trombosis de la vena ovárica en el posparto
Tromboembolismo Pulmonar (TEP)
- **Síntomas:**
taquipnea (90%), disnea súbita inexplicable (80%), dolor pleurítico, tos, hemoptisis, taquicardia, fiebre. Puede ser asintomático.
- **Diagnóstico:**
 - Clínica sugestiva en pacientes con factores de riesgo.
 - Exploración: Auscultación: aparición de un tercer o cuarto tono cardíaco, crepitantes, distensión de yugulares, taquicardia y taquipnea, sudoración.
 - Analítica: Leucocitosis, VSG aumentada, LDH y bilirrubina
 - Gasometría arterial: hipoxemia e hipocapnia, Elevación de dímero D (con niveles <500 ng/ml es improbable el TEP).
 - Radiografía de tórax (inespecífica). Si es anormal, está indicado angioTAC. Si es normal, se indicaría una gammagrafía pulmonar de perfusión.
 - ECG (alteraciones en el 90%): taquicardia (el más frecuente), signos de sobrecarga aguda derecha.
 - Gammagrafía con ventilación perfusión (con Tc 99) y angiografía.
 - No están contraindicadas ni en el embarazo ni en el puerperio.
 - Realizar protección abdominal
 - En caso de lactancia materna desechar la leche obtenida después de una gammagrafía durante 12 horas.

TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS

Debe instaurarse el tratamiento con heparina desde el primer momento y hasta que se confirme o descarte el diagnóstico

1. Medidas generales: Monitorización, venoclisis, oxigenoterapia con ventimask 50%, analgesia
2. Heparina en todos los casos de TVP y de TEP:
 - a. HBPM: Enoxaparina 1 mg/kg/12 h subcutánea. Dosis equivalentes de otras HBPM.
 - b. HNF: intravenosa. Si alto riesgo de hemorragia o insuficiencia renal.
 - c. Dicumarínicos: Vía oral. Son compatibles con lactancia materna.
3. Anticoagulantes orales (warfarina sódica). Indicados en
 - a. Pacientes incapaces de autoadministrarse la heparina subcutánea
 - b. casos de alergias.
 - c. Pueden utilizarse después de la semana 14 de gestación y deben de suspenderse a las 36 semanas.
4. Reposo absoluto 5 días: Tanto en TEP como en TVP
5. Otras terapias en casos de trombosis potencialmente mortal: trombólisis/Embolectomía, filtro de vena cava

6. En TEP: Medidas de soporte vital en la unidad de cuidados intensivos. Fibrinólisis en TEP masivos con compromiso hemodinámico.
7. Cirugía: colocación de filtro en vena cava inferior o embolectomía. Casos excepcionales.
8. En el caso de las personas con TEV diagnosticadas durante el embarazo, se trata con terapia anticoagulante durante **al menos** tres meses; Esta duración debe incluir el resto del embarazo y al menos seis semanas después del parto.
9. Para aquellas con TEV diagnosticado posparto, tratamos con anticoagulación durante un mínimo de tres meses.

PROFILA XIS ANTITROMBÓTICA

1. Movilización precoz en el posparto.
2. Medias compresivas en pacientes con alteraciones en el retorno venoso.
3. Tratamiento Médico → valorar factores de riesgo y prescribir Enoxaparina, 0,5 mg/kg/24 h o equivalentes si cumple criterios (Tabla 3).

DEPRESION POSPARTO

Episodio depresivo mayor de inicio en las primeras 4 semanas tras el parto,

1. Clínica:
Disforia, insomnio, fatiga, falta de concentración, tristeza y llanto, pérdida de ilusiones, sentimientos de vacío, apatía hacia el bebé y sus cuidados, que generan sentimiento de culpa, nerviosismo y preocupación, miedo sin motivo, insomnio, pérdida de libido.
2. Tratamiento.
 - a. Psicológico
 - b. Antidepresivos. (ej. citalopram en lactancia materna)
 - c. Benzodiacepinas
3. Diagnóstico diferencial →
 - a. “maternity blues”: Reacción ansioso-depresiva transitoria en la primera semana posparto, de breve duración. No precisa tratamiento. El diagnóstico de tristeza postparto no requiere un número mínimo de síntomas y es autolimitado, mientras que la depresión mayor requiere un mínimo de 5 síntomas y que su duración sea al menos de 2 semanas.
 - b. Trastorno de estrés postraumático (TEPT): relacionado con embarazo o parto complicado, trauma sexual/físico, trastornos de salud mental, mortinato o mal resultado neonatal.
 - c. Trastornos psicóticos postparto: son menos comunes que la depresión y el TEPT, pero son graves y potencialmente mortales.

DISNEA O DOLOR TORÁCICO

- Embolia pulmonar
 - o Debe sospecharse en pacientes con uno o más de los siguientes síntomas: disnea de inicio agudo, dolor pleurítico y hemoptisis.
- Miocardiopatía periparto
 - o Síntomas: disnea, tos, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edema podal y hemoptisis.
 - o Factores de riesgo: edad avanzada, multiparidad y raza negra

HEMORROIDES SINTOMÁTICAS

- Síntomas: sangrado rectal indoloro durante la defecación con o sin prolapso de tejido. Otros síntomas incluyen prurito o dolor anal y un bulto en el borde anal debido a trombosis o estrangulamiento.
- Tratamiento médico:
 - o Modificación de la dieta y del estilo de vida: aumentar ingesta de agua y de fibra, evitar estreñimiento, hacer ejercicio, evitar largos tiempos en el wc.
 - o Analgésicos tópicos y esteroides: Alivian el dolor. Crema de hidrocortisona cada 12h un máximo de 7 días
 - o Agentes venoactivos: Mejoran el sangrado y el prurito. Troxerutina (Esberiven®, Venoruton®) 1g/día
 - o Agentes antiespasmódicos: Relajan el esfínter anal. Puede producir cefalea. Nitroglicerina en crema (Rectogesic®) cada 12 horas
 - o Baños de asiento con agua tibia 2-3 veces al día. Mejora el espasmo del esfínter anal.
- Tratamiento quirúrgico: Ligadura con banda elástica (hemorroides internas), escleroterapia, coagulación infrarroja.

NEUROPATÍA

La neuropatía posparto complica aproximadamente el 1% de los partos.

Etiología:

- Compresión, estiramiento, transección o lesión vascular. El nervio lesionado con mayor frecuencia es el nervio cutáneo femoral lateral, pero las lesiones también pueden afectar al nervio femoral, al nervio peroneo, al plexo lumbosacro, al nervio ciático y al nervio obturador.
- Secundario a complicaciones de la anestesia neuroaxial, como hematoma y absceso epidurales.

Factores de riesgo:

- macrosomía o mala presentación fetal, bloqueo sensorial (puede dificultar el reconocimiento de molestias), posición de litotomía prolongada, segunda etapa prolongada del trabajo de parto, extremos de peso materno y uso inadecuado de estribos o retractores de piernas.
- Muchos de estos factores son interdependientes (p. ej., posición de litotomía prolongada y segunda etapa prolongada).

Sintomatología

- Dolor, debilidad y/o anomalías sensoriales en las extremidades inferiores.
- Nervio femoral → debilidad del cuádriceps con conservación de la aducción. Pérdida sensorial en la parte anterior del muslo y la mayor parte de la parte media del muslo.
- Nervio cutáneo femoral lateral → no contiene fibras motoras. Dolor lateral de cadera acompañado de parestesias (dolor quemante) o hipoestesias (entumecimiento y hormigueo) sobre la parte superior externa del muslo
- Nervio peroneo → caída del pie. Puede ser causado por una posición en cuclillas prolongada, una flexión sostenida de la rodilla o la presión sobre la cabeza del peroné por parte de los estribos o la presión palmar al empujar.
- Nervio obturador → dolor en la parte media del muslo y debilidad en los aductores.

Diagnóstico

- Examen físico detallado de las extremidades inferiores con un enfoque en la función musculoesquelética, vascular y neurológica.
- Examen de la espalda incluye rango de movimiento, palpación y maniobras que agravan el dolor

radicular.

- Examen neurológico
- Pruebas de imagen de la columna vertebral si se presenta dolor de espalda significativo con fiebre inexplicable, empeoramiento de los síntomas neurológicos, coagulopatía e inmunosupresión, o en mujeres cuyos síntomas motores/sensoriales se localizan en la médula espinal. Las imágenes pueden identificar a las mujeres con hematoma epidural, absceso, desmielinización y hernia de disco.

Tratamiento

- Para el dolor: AINES +/- analgésicos neuropáticos (se debe evaluar la compatibilidad con la lactancia materna), parches tópicos o bloqueo de nervios periféricos (para el dolor intratable).
- Para la debilidad muscular: fisioterapia.

Pronóstico

La mayoría de las mujeres tendrán una resolución espontánea de sus síntomas durante días o semanas; el tiempo medio de recuperación es de ocho semanas.

PATOLOGÍA TIROIDEA

La tiroiditis posparto es una tiroiditis destructiva inducida por un mecanismo autoinmune dentro del año posterior al parto. La tiroiditis posparto también puede ocurrir después de un aborto espontáneo o inducido.

- Factores de riesgo: diabetes tipo 1 y más de cinco veces en mujeres con anticuerpos antiperoxidasa tiroidea.
- Clínica: De forma sucesiva:
 - o Hipertiroidismo: comienza de 1-4 meses después del parto y dura de 2-8 semanas: síntomas y signos leves de hipertiroidismo (fatiga, pérdida de peso, palpitaciones, intolerancia al calor, ansiedad, irritabilidad, taquicardia y temblor)
 - o Hipotiroidismo: dura 2-8 semanas: falta de energía, intolerancia al frío, estreñimiento, lentitud y piel seca
 - o Recuperación
- Diagnóstico: se basa en las manifestaciones clínicas y las pruebas de función tiroidea
- Tratamiento: Sintomático

COVID EN PUERPERIO

Se indicará heparina en caso de:

- COVID positivo
 - o ingresada con neumonía → HBPM 6 semanas
 - o en domicilio en cama → HBPM 2 semanas y hasta 7 días tras resolución.
 - o Asintomático o leve → Existe consenso en que no se requiere anticoagulación a menos que la paciente tenga otros factores de riesgo trombóticos, como tromboembolismo venoso (TEV) previo o, en algunos casos, parto por cesárea
- Clínica compatible con COVID
 - o Ingresado o neumonía → actuar como si fuera positivo → HBPM 6 semanas
 - o Ambulatorio → reevaluar cada 72h
- Contacto con COVID
 - o Hacer test y esperar a resultado. Explicar síntomas y en caso de aparecer, contactar con centro de salud.

FACTORES DE RIESGO TROMBÓTICO EN EL PUERPERIO

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. HBPM profiláctica antenatal. Cirugía mayor pélvica o abdominal Síndrome antifosfolípido	- IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ - Reingreso o Ingreso hospitalario (≥ 3 días) en puerperio - Cualquier procedimiento quirúrgico en el puerperio (excepto reparación inmediata del periné) - 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	- IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ - Edad > 35 años - Paridad ≥ 3 - Cesárea electiva - Fumadora > 10 cigarrillos/día - Síndrome varicoso grave - Historia familiar de ETV por FR no identificable o en relación con estrógenos en familiar de primer grado - Trombofilia de bajo riesgo - Gestación múltiple - Feto muerto intraútero - Parto prolongado - Infección sistémica - Inmovilización ≥ 3 días (paraplejía, viajes de largadistancia) - Preeclampsia actual - Hemorragia postparto (perdida $> 1 \text{ L}$ o transfusión sanguínea) - Parto prematuro
RIESGO ALTO HBPM 6 semanas	HBPM - 1 FR mayor $\rightarrow 7$ días - 2 o más FR mayores $\rightarrow 6$ semanas	HBPM - 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

Profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) puerperal

BIBLIOGRAFIA

Atul Malhotra, Steven E Weinberger, Venous thromboembolism in pregnancy and postpartum: Treatment, UpToDate, Jun 21, 2023.

Berens, Overview of the postpartum period: Disorders and complications. UpToDate, Sep 2023

Burman, Postpartum thyroiditis. UpToDate, Jun 2023

Chen, Postpartum endometritis, UpToDate, May 2023

J Michael Dixon, Adetola Louis-Jacques, Lactational mastitis. UpToDate, Sep 5, 2023.

Katherine T Chen, Septic pelvic thrombophlebitis - UpToDate oct 2021

Lee, MD, Susan Hickenbottom, Neurologic disorders complicating pregnancy – UpToDate. Aug 29, 2022.

Mark R Toglia, Repair of perineal lacerations associated with childbirth. UpToDate, Sept 23, 2022

Men-Jean Lee, MD, Debra Guinn, MD, FACOG, Susan Hickenbottom, Headache during pregnancy and postpartum – UpToDate May 2023

Puerperio. En: Obstetricia de Williams, Cunningham F, Leveno K, Bloomm S et al. Ed 22ª Mc Graw Hill. 2006. Cap 30, pp: 696-720.

Ronald Bleday, MD, Elizabeth Breen, Home and office treatment of symptomatic hemorrhoids – UpToDate Oct 2021

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Enfermedad Tromboembólica venosa en la gestación, Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2012. En: <http://www.prosego.com>

Vincenzo Berghella, Cesarean birth: Postoperative care, complications and long-term sequelae. UpToDate. April 4, 2023.

Vicenzo Berghella, Brenna L Hughes, COVID-19: Intrapartum and Postpartum issues. UpToDate, feb 22, 2023