

# Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio

Ministerio de Salud. Norma General Técnica N° 00179 para la Atención Integral en el Puerperio.  
Santiago MINSAL 2015

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total y parcialmente para fines de difusión y capacitación. Prohibida su venta.

1ª edición y publicación 2015.

Resolución Exenta N° 558 / 07 septiembre 2015

ISBN: 978-956-348-084-9

Registro propiedad intelectual N°258317

## PRESENTACIÓN

Se le denomina “puerperio” al período de tiempo que va desde el alumbramiento hasta los 42 días posparto. Este período corresponde a una etapa en que la mujer enfrenta una serie de desafíos relacionados con cambios anatómicos, fisiológicos y mentales intensos, asociados a las demandas de la crianza, hechos que dada su dimensión la exponen a diversos riesgos.

Basado en estos antecedentes el Ministerio de Salud publica una Norma sobre Puerperio, por primera vez en su historia, la cual es fruto del trabajo de un equipo multidisciplinario, que pretende orientar las acciones de los diferentes establecimientos de atención de los Servicios de Salud en Chile, tanto del Sistema Público como del Privado.

Chile, presenta una de las tasas más bajas de mortalidad materna de la región, siendo el puerperio un período que concentra una alta morbilidad y alta incidencia de muertes maternas. En los años 2011 y 2012, se observa que la mortalidad materna en el período de puerperio, representa el 57,5% y 66,7% respectivamente, del total de muertes maternas, siendo mayor durante la primera semana del posparto. Cabe destacar que las causas predisponentes del puerperio patológico se inician principalmente en el embarazo y el parto.

Actualmente se considera que las implicancias y los riesgos del puerperio son tanto biomédicos como psicosociales, adquiriendo así especial relevancia el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los trastornos emocionales que pueda presentar la mujer en la etapa de puerperio.

Como respuesta a esta situación, nuestro país cuenta con el Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo,” que organiza un programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial de la infancia, integrando intervenciones y servicios sociales que apoyen a las mujeres en el proceso reproductivo, al niño/a y a su familia; además de entregar las herramientas necesarias para abordar inequidades sociales desde la gestación.

Acompañando este esfuerzo y ante los desafíos planteados, los equipos de salud deben estar preparados para realizar un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno e integral y/o traslado de la persona en condiciones de riesgo. La mayoría de las complicaciones de este período de la vida pueden ser prevenidas, detectadas y tratadas con éxito mediante la aplicación de procedimientos de atención normados. Las acciones de salud tradicionales pueden ser reforzadas si la mujer recibe acompañamiento y la orientación adecuada sobre los cuidados postnatales y los signos de alarma que ameritan una atención médica urgente; incorporando siempre a la pareja y/o familia en el proceso.

En consecuencia, se requiere que los prestadores de salud, aborden en forma integral este período, que incluya la orientación y consejería en lactancia materna, salud reproductiva, regulación de fertilidad y adaptación con su hijo/a y su entorno.

El presente documento propone las acciones que permiten favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso, prevenir y tratar la aparición de complicaciones mediante la protocolización de procedimientos y acciones que ayuden a garantizar la oportunidad, equidad, eficacia y eficiencia de la atención de los equipos de salud durante el puerperio.

Este documento se enmarca en el compromiso adquirido de fortalecer la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres, al entregar herramientas para el cuidado y calidad de atención óptima en el continuo asistencial, de manera de propiciar el derecho de la mujer a acceder a servicios de atención de salud que aseguren un proceso reproductivo satisfactorio y sin riesgos.



**DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER**  
**MINISTRA DE SALUD**

## Edición y responsabilidad técnica

<b>Dr. Pedro Crocco Ávalos</b>	Jefe División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
<b>Dra. María Paz Guzmán Llona</b>	Jefa del Dpto. Ciclo Vital. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
<b>Dra. Paulina Troncoso Espinoza</b>	Gineco-obstetra. Encargada del Programa Nacional Salud de la Mujer. Dpto. Ciclo Vital. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
<b>Miriam González Opazo</b>	Matrona Programa Nacional Salud de la Mujer. Dpto. Ciclo Vital. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

## Coordinación

### **Dr. Christian Figueroa Lassalle.**

Médico Gineco-obstetra.

Jefe del Centro de Responsabilidad del Área de la Mujer Hospital de La Florida.

Profesor Asistente Pontificia Universidad Católica de Chile.

Clínica Santa María.

### **Miriam González Opazo.**

Matrona Programa Nacional Salud de la Mujer.

Departamento de Ciclo Vital

División Prevención y Control de Enfermedades.

Subsecretaría de Salud Pública.

Ministerio de Salud.

## PARTICIPAN EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

- Mónica Ahumada Quilodrán. Matrona. Supervisora UCI Servicio de Neonatología. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Romina Bustos Cerda. Asistente Social Maternidad. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Francesca Borghero. Médico Cirujano. Departamento Salud Mental Ministerio de Salud.
- Solange Burgos Estrada Matrona Unidad Salud de la Mujer. Depto. GES y Redes de Alta Complejidad. DIGERA. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
- Claudia Carrillo Ruiz. Matrona Coordinadora Hospital Padre Hurtado.
- Daniella Cayazzo Manzi. Médico Gineco-obstetra. Jefe Unidad de Puerperio. Hospital Padre Hurtado. Docente Universidad del Desarrollo.
- Gabriela Cortes Cartes. Matrona Clínica Docente Pontificia Universidad Católica - Hospital La Florida.
- Paula Cánepa Serón. Psicólogo Clínico Maternidad Subdirección Área de la Mujer. Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río.
- Paulina Castro Hernández. Matrona Clínica Unidad de Prepartos- SAIP. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Víctor Córdova Padilla. Médico Gineco- Obstetra Unidad de Alto Riesgo. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Rodrigo Cuevas Gallegos. Médico Gineco- Obstetra Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Instructor adjunto Pontificia Universidad Católica de Chile.
- María Alexandra Calvo Quiroz. Médico Gineco-obstetra Unidad de Puerperio. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Silvia Cifuentes Matamala. Matrona Clínica Unidad de Ginecología Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Soledad Díaz Fernández Médico Presidenta Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.
- Natalia Dembowski. Psicóloga Departamento Salud Mental Ministerio de Salud.
- Francisco Díaz Moreno. Médico Gineco-obstetra Unidad de Alto Riesgo. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Johann Ellwanger Alvar. Psicólogo Clínico Sociedad 4 P. Universidad Las Américas. Miembro de Directorio Asociación Latinoamericana de Rorschach (ALAR).
- Fernando Ferrer Márquez. Médico Gineco- obstetra Unidad de Alto Riesgo. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Christian Figueroa Lassalle. Médico Gineco-obstetra. Jefe del Centro de Responsabilidad del Área de la Mujer. Hospital de La Florida. Profesor Asistente Pontificia Universidad Católica de Chile. Clínica Santa María.
- Cristian González Carvallo. Médico Gineco-obstetra Unidad de Puerperio. Pontificia Universidad Católica de Chile.

- Patricia Godoy Rodríguez. Matrona Supervisora Unidad de Ginecología. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Verónica Gallego Jiménez. Matrona Coordinadora Subdirección área de la Mujer Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Miriam González Opazo. Matrona Programa Nacional Salud de la Mujer. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
- Fabiola Honores del Pino. Matrona Supervisora Hospital Padre Hurtado.
- Patricio Jordan Gutiérrez. Médico Anestesiólogo. Coordinador Unidad Anestesia Servicio Obstetricia y Ginecología. Complejo Asistencial Sótero del Río.
- Mónica Kimelman Prof. Asociada Depto.de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina Sur. Universidad de Chile.
- Patricia Mena Nanning. Médico Pediatra. Neonatóloga. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Profesor asociado Pontificia Universidad Católica de Chile. Comisión Nacional Obstétrica y Neonatal.
- Cecilia Moraga Gutiérrez, Asesora técnica Chile Crece Contigo, Ministerio de Salud.
- José Novoa Pizarro. Médico Neonatólogo Jefe Servicio de Neonatología. Hospital Padre Hurtado. Universidad del Desarrollo.
- Andrés Poblete Lizana. Médico Gineco-obstetra. Jefe División Ginecología Obstetricia Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Magdalena Peña Arancibia. Matrona Encargada de Calidad Subdirección Área de la Mujer. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Milenko Pavlovic Bader. Médico Gineco-obstetra. Hospital La Florida. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Alfredo Pemjean. Médico Psiquiatra.
- Marcela Riveros Medina. Matrona Clínica Unidad hospitalizados. Hospital Padre Hurtado.
- Romina Roca Piacentini. Matrona Clínica Unidad de Puerperio. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Trinidad Raby Biggs. Médico Gineco-obstetra. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Sergio Silva Solovera. Médico Jefe Unidad Ginecología Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Carolina Salas Urzúa. Psicólogo Clínico Maternidad Subdirección Área de la Mujer. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Josephine Schulin-Zeuthen Figueroa. Psicólogo Clínico Maternidad Subdirección. Área de la Mujer. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Alejandra Valdés Valdés. Matrona Superintendente Calidad Administrativa. Hospital Padre Hurtado. Comisión Nacional Obstétrica y Neonatal.
- Claudia Zamora Reszczyński, Asesora técnica Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social.
- María Teresa Zamora Miranda. Matrona Clínica. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

## COLABORADORES (AS)

- Ana Ayala González. Matrona División Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
- Gloria Berríos Campbell. Dpto. Prevención y Control VIH/SIDA E ITS. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
- Lilian Soledad Del Campo Urzúa. Jefa Subdepartamento Gestión de Unidades de Apoyo Clínico. Servicio de Salud Metropolitano Central.
- Johann Ellwanger Alvar. Psicólogo Clínico Sociedad 4 P. Miembro de Directorio Asociación Latinoamericana de Rorschach (ALAR).
- Carmen Garcés Illanes. Matrona Encargada del Programa Salud de la Mujer. Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Eghon Guzmán Bustamante. Médico Gineco-obstetra. Hospital La Florida. Comisión Nacional Obstétrica y Neonatal.
- Jazmín Kassis Satorres. Psicóloga Clínica Sociedad 4 P.
- Hernán Muñoz Salazar. Médico Gineco-obstetra Clínica Las Condes. Profesor Asociado del Hospital Clínico Universidad de Chile. Comisión Nacional Obstétrica y Neonatal.
- Patricia Barrera Berrocal. Médico Jefe Unidad de Calidad. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Víctor Miranda Hermosilla. Médico Gineco-obstetra Hospital La Florida. Servicio de Ginecología Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Verónica Marín Matrona Neonatología Hospital El Pino. Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Alfredo Ovalle Salas. Médico Gineco obstetra. Profesor Asociado de Obstetricia y Ginecología de la U de Chile, especialista en Medicina Materno-Fetal. Hospital Clínico San Borja Arriarán.
- Enrique Oyarzún Ebensperger. Médico Gineco-obstetra. Profesor Titular Pontificia Universidad Católica de Chile. Comisión Nacional Obstétrica y Neonatal.
- Andrea Peña Otárola. Enfermedades Transmisibles. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
- Victor Peña Arias. Enfermedades Transmisibles. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
- Carolina Peredo Couratier. Dpto. Prevención y Control VIH/SIDA E ITS. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
- Carlos Rondini Fernández Médico Gineco-obstetra Unidad de Piso Pélvico. Hospital Padre Hurtado. Universidad del Desarrollo.
- Anita Román Morra. Matrona de Urgencia, Servicio de Obstetrica y Ginecología Hospital Luis Tisné.
- Aurelio Salvo Lizama. Médico Jefe Servicio Dermatología - ITS. Complejo asistencial Dr. Sótero del Río.
- Eduardo Soto Matrón Programa Salud de la Mujer Dpto. Ciclo Vital. División Prevención y Control de Enfermedades.



**Esta Norma General Técnica está dirigida a:**

Los y las profesionales responsables de otorgar atención a mujeres hasta los 42 días de puerperio: Médicos gineco-obstetras, médicos generales, matronas y matrones de la red asistencial del Sistema Público y Privado de Salud.

Profesionales responsables de la gestión de servicios de salud materno y perinatal.

Instituciones: Universidades; Sociedades científicas.

**Alcance de la Norma Técnica:**

Mujeres en etapa de puerperio, hasta los 42 días.

Campo de aplicación: Establecimientos de Salud de Atención abierta y cerrada del país.

**Validación de la Norma:**

El objetivo de la validación de la guía, fue potenciar su aplicabilidad y utilización en la práctica clínica, a través de la consulta a profesionales nacionales, con reconocida experiencia clínica y gestión en servicios de salud.

Revisión externa: Esta Norma estuvo en consulta pública en:

Página web del MINSAL: 24 de Junio al 30 de Julio 2014.

Las observaciones fueron evaluadas por el equipo técnico del Programa de Salud de la Mujer, para su incorporación en el documento.

Vigencia o actualización: 5 años desde la fecha de publicación.

# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>3</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>12</b>
1. Antecedentes epidemiológicos	17
2. Objetivos del documento	22
3. Definición y etapas del puerperio	22
<b>II. CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA</b>	<b>24</b>
1. Introducción	24
2. Propósito y objetivos	24
3. Eventos centinela a vigilar durante la atención obstétrica	25
4. Riesgos en la atención gineco-obstétrica	26
5. Estrategias	26
6. Indicadores a evaluar en la Unidad de Puerperio	28
7. Análisis causa raíz	28
<b>III. PUERPERIO NORMAL Y PATOLÓGICO</b>	<b>30</b>
1. Cambios fisiológicos durante el puerperio	30
2. Vigilancia integral en el puerperio normal	34
3. Indicaciones de alta y educación	39
4. Riesgos para la mujer en el puerperio según patología durante el embarazo / parto y nivel de atención al alta	43
5. Puerperio de alto riesgo	45
6. Recomendaciones de la O.M.S. para la prevención de resultados no deseados en el puerperio	52
7. Visita domiciliaria (VD) madre-hijo en el posparto	53
<b>IV. COMPLICACIONES PUERPERALES</b>	<b>58</b>
1. Hemorragia del posparto	58
2. Desgarros vaginales y hematomas	68
3. Endometritis puerperal	77
4. Infección de herida operatoria en el puerperio	82
5. Patología mamaria puerperal	96
6. Manejo de la mujer con punción accidental de la duramadre	104
7. Incontinencia de orina posparto	107
8. Incontinencia fecal posparto	114
9. Infección del tracto urinario	120
10. Retención urinaria aguda posparto	126
<b>V. MANEJO DEL DOLOR EN EL POSPARTO</b>	<b>130</b>
<b>VI. COMPLICACIONES MÉDICAS</b>	<b>134</b>
1. Síndrome Hipertensivo del Embarazo	134
2. Manejo de la puérpera con diabetes	145
3. Disnea en el puerperio	153
4. Miocardiopatía Periparto	158

5. Anemia del posparto	161
6. Trastornos neurológicos en el puerperio	171
7. Miastenia gravis en el puerperio	181
8. Trombosis del seno venoso	183
9. Endocrinopatías en el puerperio	185
10. Manejo de infecciones de transmisión vertical en el puerperio	194
11. Trombosis venosa profunda y Tromboembolismo pulmonar	204
<b>VII. SALUD MENTAL EN EL POSPARTO</b>	<b>213</b>
1. Salud mental en el posparto	213
2. Trastornos mentales en el posparto	213
3. Trastornos de ansiedad	222
4. Trastornos psiquiátricos	223
5. Consumo de alcohol y otras drogas	223
6. Lactancia materna y psicofármacos	226
7. Duelo perinatal	230
<b>VIII. LACTANCIA MATERNA</b>	<b>239</b>
1. Introducción	239
2. Técnicas de lactancia materna	239
3. Problemas maternos clínicos para amamantar	242
4. Recién nacidos con dificultad para amamantar	245
5. Supresión de lactancia	247
<b>IX. ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES EN EL PERÍODO POSPARTO</b>	<b>251</b>
1. Introducción	251
2. Anticoncepción para la mujer que no amamanta	251
3. Anticoncepción para la mujer que amamanta	252
<b>X. ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS</b>	<b>256</b>
1. Clasificación de establecimientos hospitalarios	256
2. Categorización de usuarias (os) por dependencia y riesgo de cuidados (CUDYR)	258
3. Continuidad de la atención	259
4. Unidad de Puerperio y Recién Nacido	260
5. Evaluación de la atención en la Unidad de Puerperio y Recién Nacido (RN)	261
6. Indicadores de proceso y resultado	269
<b>XI. ANEXOS</b>	<b>271</b>
1. Lactancia y fármacos en el puerperio	271
2. Registros de mortinato - mortineonato	276
3. Inmunizaciones en el posparto	283
4. Glosario	292

## I. INTRODUCCIÓN

Los derechos sexuales y reproductivos (DSR), pueden definirse como los derechos que una mujer tiene a ser informada sobre su salud, a tomar sus propias decisiones sobre cuándo y cómo recibir atención y a tener acceso a servicios de salud de calidad.

El actual concepto internacional de **Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR)** abarca lo siguiente:<sup>(3)</sup>

- Salud sexual y reproductiva como componente de la salud general a lo largo de todo el curso de vida.
- Adopción de decisiones en cuestiones reproductivas, incluida la opción en materia de formación de familia y la determinación del número de hijos e hijas, el espaciamiento de los mismos; el derecho de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear; la libertad para decir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con que frecuencia; a obtener información y acceso a métodos seguros eficaces y aceptables según elección para regular su fecundidad.
- Igualdad y equidad entre mujeres y hombres, para posibilitar que las personas efectúen opciones libres y bien fundamentadas en todas las esferas de la vida y sin discriminación por motivos de género.
- Seguridad sexual y reproductiva, incluida la ausencia de violencia y coacción sexual, y el derecho a la vida privada.

### Antecedentes a nivel internacional

#### Objetivos de Desarrollo del Milenio

El año 2002, la comunidad internacional reunida en Monterrey México, estableció un consenso mundial en metas que tenían como objetivo reducir la pobreza y lograr un avance en la calidad de vida de las personas en todo el mundo. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio apuntan a ciertos indicadores que pueden promover un desarrollo integral para todos, especialmente las mujeres. Dos de estos objetivos son particularmente relevantes para nosotros:<sup>(1)</sup>

- Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres.
- Mejorar la salud materna.

En noviembre del 2003, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en su Congreso Mundial adoptó un código de ética para obstetras y ginecólogos, basado en derechos humanos, relacionado con los DSR. A partir de este consenso, las sociedades afiliadas a la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) lo adoptaron, promoviendo tres responsabilidades profesionales que apuntan a mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres:

- Competencia profesional:** las mujeres tienen derecho a recibir atención médica que cumpla con criterios de excelencia, así como una actitud profesional y respetuosa de los profesionales de la salud. Este aspecto también incluye la renuncia a promover o ejecutar intervenciones que violen los derechos humanos.
- La autonomía y confidencialidad de las mujeres:** esto incluye el respeto a sus valores y su participación en la provisión de los servicios médicos.
- Responsabilidad frente a la comunidad:** los profesionales de la salud se involucran en la educación pública, la expansión del acceso a una salud apropiada y la defensa de los derechos de las mujeres en términos de su salud sexual y reproductiva.

## Derecho de las Mujeres a una Maternidad Segura

Se debe avanzar para mejorar el derecho que las mujeres tienen a la Maternidad Segura, que es su capacidad de recibir el cuidado que necesitan para estar seguras y saludables durante el embarazo y el parto. Este enfoque puede utilizarse para promover y abogar por los derechos de las mujeres a nivel mundial para que tengan una Maternidad Segura. <sup>(2)</sup>

## Principios para el Cuidado Perinatal

La OMS, al igual que meta-análisis de estudios controlados, recomiendan principios del Cuidado Perinatal.

Entre los principios definidos por la OMS para el cuidado perinatal, están: <sup>(5)</sup>

- Uso de tecnología apropiada, que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas para resolver un problema específico.
- Basado en la mejor evidencia científica disponible.
- Estar regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de menor a mayor complejidad.
- Atención integral, considerando las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
- Estar centrado en las familias.
- Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes culturas.
- Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

## Derechos de la mujer (OMS 2000)

Los y las profesionales cuando proporcionan una atención en Servicios de Obstetricia y Ginecología, deben tener presente que: <sup>(6)</sup>

- Toda mujer debe ser informada sobre el estado de su salud.
- Toda mujer debe ser informada sobre el tipo de procedimiento que se le va a realizar, manteniendo la privacidad.
- Debe procurarse que la mujer se sienta lo más cómoda posible al recibir la atención.
- Toda mujer tiene derecho a expresar sus opiniones acerca del servicio que se le entregará.
- La respuesta a una emergencia debe ser oportuna y el equipo de salud debe responder con máxima eficacia.
- Los y las profesionales que entregan la atención de salud deben contar con las competencias ante situaciones clínicas, sus diagnósticos y tratamientos.

Considerando el aumento de la inmigración y el aumento de mujeres extranjeras que acuden a hospitales, principalmente por embarazo, resulta importante capacitar a los equipos de salud en habilidades interculturales, de manera de facilitar la relación entre estas usuarias y los profesionales, para una atención de calidad y pertinente desde el punto de vista cultural.

## Antecedentes a nivel nacional

### Ley de Deberes y Derechos del Paciente:

El 24.04.2012, se publica la Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a la atención de salud. El artículo 4° señala que “toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación, accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas”.

Así mismo, en el artículo 5° señala, “que en su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno en todo momento y en cualquier circunstancia, se debe respetar y proteger la honra de la persona en la atención de salud”. El artículo 7° señala que los prestadores profesionales públicos deberán asegurar la atención de salud con pertinencia cultural, modelo de salud intercultural validado por comunidades indígenas”.

El artículo 10°, establece que toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del profesional tratante, de su estado de salud, posible diagnóstico, alternativas de tratamiento disponibles, pronóstico y riesgos asociados”. (ver [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)).

## Sistema Integral de Protección a la Infancia (Chile Crece Contigo)

### Programa de apoyo al Desarrollo Biopsicosocial

Apoyar a la población desde el inicio de sus vidas, es una tarea prioritaria para la disminución de las brechas de desigualdad que actualmente persisten en nuestro país. En este sentido, avanzar hacia la instalación de un sistema de protección integral a la infancia a nivel nacional, permite ofrecer a las mujeres embarazadas y a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales que apoyen a la mujer, niño/a y su familia desde la gestación y durante el nacimiento, posparto y crianza, de manera de detectar vulnerabilidad y contribuir al cierre de brechas que ésta genera, entregándoles las herramientas necesarias para que desarrollen el máximo de sus potencialidades.

Esto se logra con la implementación del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, denominado “Chile Crece Contigo”, el año 2007, aplicable al Sistema Público de Salud, en concordancia con el artículo 1° de la ley N° 20.379, cuyo objetivo es acompañar el proceso reproductivo desde el embarazo, para contribuir al desarrollo infantil en el sistema público de salud, generando un conjunto de prestaciones universales y específicas materno infantiles desde el primer control prenatal hasta el ingreso al sistema escolar.

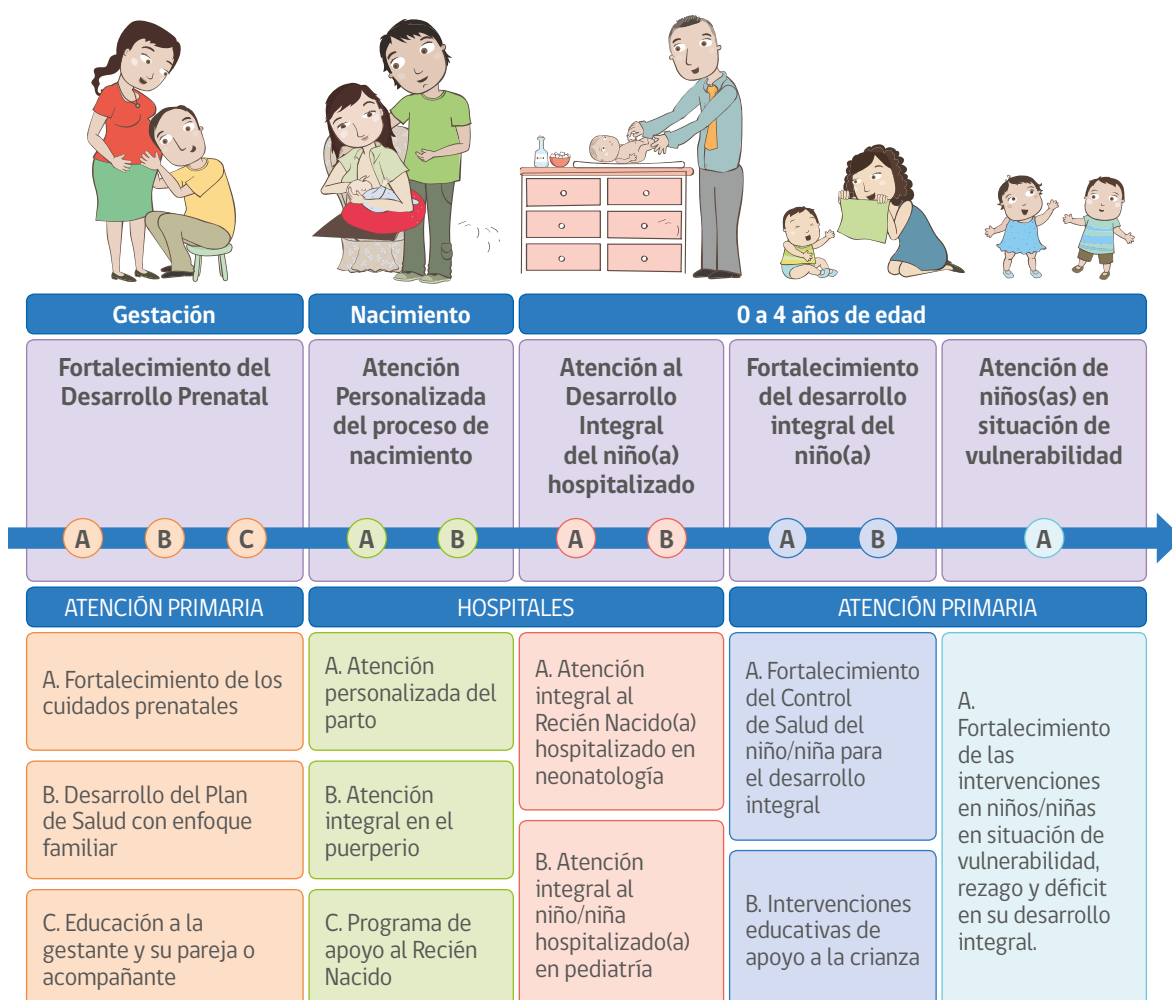
Este Sistema tiene como misión acompañar la trayectoria de desarrollo y otorgar apoyo integral a los niños, niñas y sus familias a través de prestaciones y servicios de carácter universal y focalizado. Su diseño se basa en la multiplicidad de evidencia existente en torno a la multidimensionalidad del desarrollo infantil, influyendo por tanto, aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño/a, su familia y su entorno. De esta manera, entrega apoyos personalizados dirigidos a atender las necesidades integrales de gestantes e infantes, con el fin de favorecer que cada niño y niña alcance su óptimo potencial de desarrollo.

Chile Crece Contigo comienza su implementación en 159 comunas el año 2007, alcanzando el año 2008 nivel de implementación nacional. Sus prestaciones dirigidas a las gestantes, niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud se organizan en un **Programa EJE** denominado **Programa**

**de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.** Este Programa se ejecuta a través de los 29 Servicios de Salud a lo largo de nuestro el país y ofrece prestaciones en cinco áreas de especial relevancia para el desarrollo infantil:

- Fortalecimiento de los cuidados prenatales** enfatizando la detección del riesgo biopsicosocial, y el desarrollo de planes de cuidado con enfoque familiar.
- Atención personalizada del proceso de nacimiento** enfatizando una atención integral y personalizada a la mujer gestante y a su acompañante; atendiendo a sus necesidades emocionales y físicas, con el manejo oportuno del dolor y respetando la pertinencia cultural. Fomenta una atención centrada en las necesidades de la mujer, en el establecimiento de un vínculo con su recién nacido(a) y en la promoción de participación activa de la pareja o persona significativa durante todo el proceso de nacimiento.
- Atención integral al niño o niña hospitalizada** que enfatiza los cuidados para el desarrollo.
- Fortalecimiento del control de salud del niño o niña**, con énfasis en el logro de un desarrollo integral.
- Fortalecimiento** de las intervenciones en la población infantil en **riesgo y/o con rezagos** en su desarrollo, con énfasis en la atención precoz y orientada al desarrollo integral de niños y niñas.

**Figura 1. Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial**



Es relevante mencionar dentro de las prestaciones asociadas al proceso de nacimiento, al **Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN)**. Este programa consiste en una intervención de apoyo instrumental y educativa para el recién nacido(a) en el momento del nacimiento, dirigido a la promoción del cuidado, salud y desarrollo integral de los niños(as) mediante:

- El apoyo y fomento de las mejores condiciones para el proceso de vinculación entre el niño(a) y el adulto cuidador.
- La entrega de insumos para los cuidados físicos y afectivos que requiere un niño o niña en los primeros meses de vida.
- La entrega de conocimientos a los padres y madres sobre cuidados básicos, lactancia materna, estimulación y desarrollo infantil temprano con un enfoque de crianza respetuosa. .

Este programa se ejecuta en centros de salud primaria y maternidades, a través de dos componentes:

- Entrega de un **Set de implementos básicos para el recién nacido/a** (“Ajuar”), el cual consta de lo siguiente:

<b>Paquete cuna corral equipada</b>
▸ Cuna corral armable con colchón
▸ Juego de sábanas
▸ Frazada tipo polar
▸ Colcha tipo plumón
<b>Paquete de cuidados básicos y estimulación</b>
▸ Mudador de plástico plegable
▸ Crema regeneradora para coceaduras
▸ Aceite para masajes
▸ Jabón líquido de PH neutro, sin perfume hipoalergénico
▸ Alfombra armable de goma EVA para estimulación
<b>Paquete de apego y vestuario</b>
▸ Cojín para lactancia
▸ Instructivo de uso del cojín y del portabebé
▸ Cartilla educativa sobre crianza temprana “ya estoy aquí, los cuidados que necesito”
▸ Tres pañales de tela
▸ Una toalla de baño con gorro
▸ Mochila de transporte para artículos de bebé
▸ Vestuario talla 3 a 6 meses
- 1 pilucho body
- 1 Panty pantalón
- 1 camiseta manga larga
- 1 Entero tipo osito manga larga con pie
- 1 Gorro modelador para recién nacido(a)
- 1 Par de calcetines



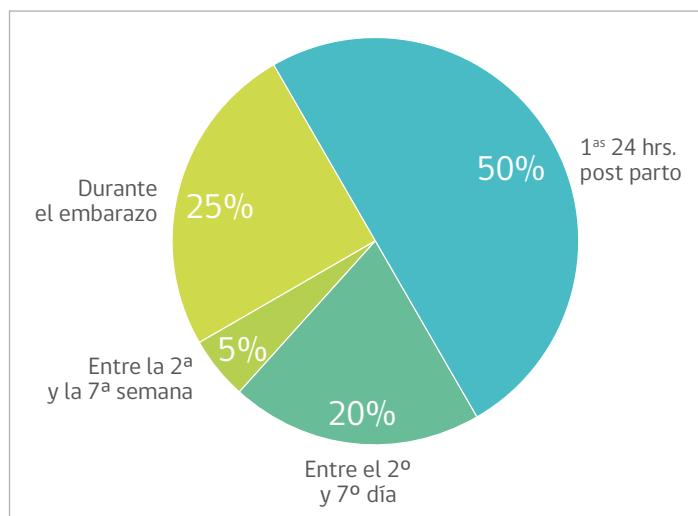
- **Educación** para las familias en controles prenatales y sesión educativa de puerperio: Focalizada en uso de los implementos del set, nociones básicas para los cuidados básicos del recién nacido(a) y la crianza temprana.

## 1. Antecedentes epidemiológicos

Las muertes maternas y neonatales, constituyen la expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, constituyendo un grave problema de salud pública en América Latina y el Caribe (ALC). Existen estrategias que pueden ser altamente efectivas, aplicables incluso en grupos de población más vulnerables y susceptibles de enfermar y morir por causas altamente evitables. <sup>(4)</sup>

A través de intervenciones apropiadas y eficaces, con una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros, se puede reducir la mortalidad y morbilidad, contribuyendo a una mejor salud, calidad de vida y equidad.

**Momento de ocurrencia de la muerte materna**



Fuente: CLAP, OPS, OMS. Fescina. R (2013). Situación de la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe.

Entre 1990 y 2010, la Razón de Mortalidad Materna (RMM), en América Latina y el Caribe, ha descendido de 125 a 75 por 100.000 nacidos vivos. Según momento de la ocurrencia, el 50% de las muertes maternas ocurre las primeras 24 horas posparto; 25% durante el embarazo; 20% entre el 2º y 7º día posparto; 5% entre la 2ª y 7ª semana.

### A nivel nacional

Al analizar las defunciones maternas los años 2011 y 2012 hasta el año posparto, según período de ocurrencia, se observa que el 67,4% y 72,2% respectivamente, ocurre en el puerperio. El puerperio mediato (2 a 7 días) alcanza la cifra más alta con un 35,5% y 41,0%. Se destaca que las defunciones maternas después de los 42 días de terminado el embarazo y antes del año, alcanza 25,8% y 28,2%. Según causa, en el período mediato, el 36% y 44% respectivamente, fallece por Preeclampsia, Eclampsia, HELLP.

**Defunciones maternas, según período de ocurrencia. Chile 2011 - 2012**

Año	2011				2012			
	Período ocurrencia		Horas Puerperio		Período ocurrencia		Horas Puerperio	
Defunciones Maternas	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Embarazo / Parto</b>	7	15,2			6	11,1		
<b>Puerperio</b>	31	67,4			39	72,2		
<b>Primeras 24 horas</b>			2	6,5			6	15,4
<b>2 a 7 días</b>			11	35,5			16	41,0
<b>8 a 42 días</b>			10	32,3			6	15,4
<b>Mayor a 42 días hasta el año del parto</b>			8	25,8			11	28,2
<b>Sin información</b>	8	17,4			9	16,7		
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>

Fuente: DEIS MINSAL - Elaboración: Programa Salud de la Mujer

**Mortalidad en el Embarazo, Parto o Puerperio, según causa. Chile 2000 - 2012.**

CÓDIGO	CAUSA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	<b>Total general</b>	<b>18,7</b>	<b>17,4</b>	<b>17,1</b>	<b>12,2</b>	<b>17,3</b>	<b>19,8</b>	<b>19,3</b>	<b>18,2</b>	<b>16,5</b>	<b>19,7</b>	<b>18,3</b>	<b>18,5</b>	<b>22,1</b>
000-007	Aborto	5,0	1,5	2,8	2,0	1,6	2,9	2,9	1,7	2,0	1,2	2,4	3,2	1,6
010-016	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y el puerperio	4,6	5,8	5,2	1,6	3,3	4,1	4,9	3,7	4,4	4,3	2,8	5,6	1,6
020.-;046.-;067.-;072.-	Hemorragia en el embarazo, parto y el puerperio	1,1	0,4	0,8	0,4	1,2	1,6	0,8	0,8	0,4	0,8	1,2	0,4	0,8
021-026;029-045;047-048;060-066;068-071;073-075	Complicaciones predominantes, relacionadas con el embarazo y el parto	3,1	2,3	2,0	4,1	2,9	1,2	1,6	3,7	3,2	3,2	2,4	0,8	2,5
085.-;086.-;091.-	Sepsis puerperal y otras infecciones	0,4	1,5	1,6	1,2	0,0	0,8	0,0	0,4	0,0	1,6	1,6	0,0	0,8
087-090;092.-	Complicaciones relacionadas con el puerperio	1,5	1,2	1,2	0,0	1,6	0,4	1,6	2,1	2,0	0,8	0,8	1,2	0
095.-	Muertes obstétricas de causa no específica	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,8	0,0	0,4	0,4	0,0	0,8
096.-; 097	Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año del parto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	2,4	4,9
098.-; 099.-	Muertes obstétricas indirectas	3,1	4,2	3,6	2,8	6,6	7,0	7,4	5,0	4,4	7,5	6,4	4,8	6,6

Fuente: DEIS - MINSAL. Tasa observada por 100.000 Nacidos vivos corregidos.

La Razón de Mortalidad Materna relacionada con el embarazo, por 100.000 nacidos vivos, se ha mantenido estable entre los años 2000 y 2012, con 18,7 (49 defunciones) y 17,2 (42 defunciones) respectivamente.<sup>(8)</sup>

Según causa, en el período 2000 - 2011, la RMM más alta se presenta por hipertensión arterial, con 4,6 (12 defunciones) y 5,6 (14 defunciones), cambiando la tendencia, el 2012 la primera causa son las muertes obstétricas indirectas, con una RMM de 6,6 (16 defunciones) por 100.000 nacidos vivos.

La mortalidad materna por complicaciones relacionadas con el puerperio, se ha mantenido con tasas de 1,5 (4 defunciones) y 1,2 (3 defunciones) entre 2000 y 2011 respectivamente. Incorpora las complicaciones venosas, dehiscencia de sutura de cesárea, el 2012, no se observan muertes maternas por esa causa.

La tasa de mortalidad materna por sepsis puerperal y otras infecciones puerperales, es 0,4 (1 defunción) el 2000, para aumentar los años siguientes a 1,5 (4 defunciones) y 1,2 (3 defunciones) el 2001 y 2003 respectivamente, presentando variaciones los años siguientes. El 2012 se presenta una RMM de 0,8 (3 defunciones) por cien mil nacidos vivos, por esta causa.

En relación con las muertes maternas tardías que ocurren entre los 42 días y un año posparto: entre los años 2000 y 2004, no se presentan muertes maternas debido a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días, pero antes de un año del parto, el 2005 alcanza una tasa de 1,2 (3 defunciones). Entre el 2006 y 2009, no se presentan defunciones por esta causa. El 2010 y 2012 la RMM aumenta de 0,4 (1 defunción) a 4,9 (12 defunciones) por 100.000 nacidos vivos, incorpora: enfermedades maternas infecciosas y parasitarias y otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto y puerperio.

## Referencias

1. ALARM (2008). Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá.
2. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canadá. FIGO. Programa Alerta Internacional. 2008 4º edición.
3. Ferrer L M, (2005). Población y Desarrollo Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población.
4. CLAP/OPS. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. Síntesis de situación y enfoque estratégico.  
[http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis\\_situacionmortalidad\\_en\\_alc.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf)
5. Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto (2001). Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R.
6. OMS/OPS 2002. Manejo de las complicaciones del embarazo y parto.
7. Servicio canario de la Salud. Gobierno de Canarias. Preparación a la maternidad y paternidad.
8. Ministerio de Salud. Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS).

## 2. Objetivos del documento

### Objetivo general

Protocolizar y estandarizar las técnicas de la atención en el puerperio fisiológico y patológico de los establecimientos de salud, con el fin mejorar la calidad de atención y prevenir la morbilidad materna.

### Objetivos específicos

- Vigilar los cambios en el período inmediato y mediato del puerperio.
- Estandarizar el manejo médico de complicaciones puerperales.
- Estandarizar el plan de la atención integral del puerperio fisiológico y patológico por matron(a).
- Favorecer y potenciar la atención integral de la puérpera y el recién nacido(a), mediante las acciones psicosociales y educativas disponibles en las prestaciones de Chile Crece Contigo.

## 3. Definición y etapas del puerperio

El puerperio es el período que comprende desde el alumbramiento hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, que aproximadamente ocurre a las 6 semanas (42 días).<sup>(1)</sup>

Es un período de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas, que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas, hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad.

Atendiendo al tipo de evolución que puede tener el puerperio, debemos clasificarlo en:

**Puerperio Fisiológico:** Cuando no se encuentran factores de riesgo y su evolución es normal, sin patología concomitante ni complicaciones.

**Puerperio Patológico:** Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales. Presenta alguna patología aguda o crónica.

### Etapas del puerperio

**Puerperio Inmediato:** comprende las primeras 24 horas y está destinado a lograr la hemostasia uterina.

Después de la expulsión de la placenta, queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes. La capa basal del endometrio tiene una irrigación propia que evita los procesos necrobióticos que experimentan las capas superiores.

Para una eficaz hemostasia se ponen en juego 2 mecanismos. La retracción: fenómeno permanente y pasivo que consiste en un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina y la contractilidad: fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporario de la fibra muscular uterina.

**Puerperio Mediato:** abarca del 2º al 7º día, actuando los mecanismos involutivos.

**Puerperio Tardío:** 7º a los 42 días.<sup>(2)</sup>

## Referencias

1. Cambios fisiológicos en el Puerperio En: Obstetricia Pérez Sánchez, Editorial Mediterránea.
2. Salud Reproductiva en el Período Post-parto.1996: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud". Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER).

## II. CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

### 1. Introducción

El concepto seguridad proviene del latín *securitas*, es decir, donde no se registran peligros, daños ni riesgos. En cualquier ámbito cuando se habla de seguridad, se está haciendo referencia a las condiciones en las que se desarrolla una actividad, las prevenciones que se han tenido en cuenta en caso de complicaciones, las acciones que se realizarán en caso de adversidad y de qué forma se trabajará para brindar una estabilidad en dicho entorno.

La seguridad del paciente es un componente fundamental de la atención de salud, constituye una actividad compleja ya que se conjugan aspectos propios de la paciente, aspectos del sistema sanitario y acciones del equipo de salud.

La seguridad del paciente se ha manifestado a través de toda la historia, en los inicios desde una perspectiva ética y legal, luego a través del conocimiento de malos indicadores, identificación de eventos adversos en la práctica clínica. Actualmente la seguridad se manifiesta en el desarrollo de procedimientos y prácticas clínicas seguras, profesionales competentes, normalización de buenas prácticas, y en un futuro cercano se espera avanzar hacia una cultura en que la seguridad sea un estilo de ejercicio de la práctica clínica y directiva de los servicios de salud.

Un estudio realizado en Harvard en los años 80, concluyó que casi un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño durante su ingreso hospitalario, y de los cuales el 70% sufre daño temporal y el 14% muere. El Departamento de Salud del Reino Unido, en el año 2000, estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones.

La evidencia disponible sobre el daño asociado a la atención de salud destaca que los eventos adversos son frecuentes y que algunos de ellos pueden ser graves causando invalidez permanente o la muerte. Los eventos adversos con frecuencia se insertan en una serie de hechos, generalmente precedidos de: errores en la atención, incidentes que casi causan daño (“near miss”); eventos adversos leves y finalmente, los eventos adversos graves.

Todo ello ha llevado a la propia Organización Mundial de la Salud, y a numerosos organismos internacionales a la adopción y puesta en marcha de diversas iniciativas, estrategias y programas tendentes a reducir el impacto de estos efectos adversos.

### 2. Propósito y objetivos

Disminuir los riesgos durante la atención gineco obstétrica con el fin de garantizar una atención de calidad.

#### Objetivos

- Identificar los procesos que generan riesgos en la atención obstétrica, ya sean asistenciales o administrativos, a fin que los funcionarios reporten a través del sistema de notificación implementado en su institución.
- Monitorizar periódicamente a través de indicadores que evalúen los riesgos y daños provocados durante la estadía hospitalaria.



- Analizar en conjunto; el equipo de salud y jefaturas, y desarrollar acciones de mejora que disminuyan las situaciones en la génesis del riesgo.
- Desarrollar una cultura de seguridad permanente, transversal general, donde se incorpore como un valor institucional, el comportamiento de resguardo hacia la seguridad de nuestras pacientes.
- Identificar los eventos adversos y centinelas posibles de encontrar en la práctica diaria, de modo de desarrollar programas o planes de mejora enfocados en las prácticas específicas de la atención gineco-obstétrica.

### 3. Eventos centinela a vigilar durante la atención obstétrica

#### Muerte materna:

- Manejo del trabajo de parto.
- Vigilancia y manejo trabajo pre parto, parto y puerperio.
- Evaluación y manejo de mujeres con alto riesgo obstétrico.
- Anestesia obstétrica.
- Manejo de complicaciones severas y urgencias obstétricas.
- Emergencia vital y RPC.

#### Muerte fetal:

- Derivación oportuna pacientes con alto riesgo obstétrico.
- Manejo del riesgo obstétrico.
- Evaluación de la unidad feto placentaria en grupos de alto riesgo.

#### Asfixia neonatal:

- Atención y manejo prenatal en grupos de alto riesgo.
- Atención inmediata del recién nacido.
- Reanimación cardiopulmonar neonatal.

### Fundamentos del registro y análisis de los eventos adversos

Los sistemas de registro y notificación de eventos adversos constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Estos deben ser de carácter voluntario, centrado en los incidentes o en errores que han producido daño mínimo. Su objetivo es identificar áreas o elementos vulnerables del sistema antes de que se produzca el daño en los pacientes y formar a los profesionales sobre lo aprendido con el análisis de múltiples casos. Además nos permite una forma de obtener una información valiosa sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de uno de estos acontecimientos.

Esta perspectiva se denomina “enfoque centrado en el sistema”, y trata de mejorar la seguridad modificando los procesos, los procedimientos y el entorno de los sistemas en que trabajan los profesionales, y no sólo actúa en la formación o competencia de los profesionales.

Es importante considerar que una de las dimensiones de calidad de la atención sanitaria, es la calidad **científico técnica**, esta es la dimensión central de la calidad y la menos discutible. Se refiere a la capacidad de los y las profesionales de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existentes para abordar los problemas de salud.

Entre los factores contribuyentes que propone la Joint Commission y que deberían formar parte del análisis de cualquier evento adverso, destacan los siguientes:

- Factores humanos: características de profesional-pacientes, turnos, fatiga, capacitación.
- Factores del proceso: análisis de los diferentes pasos del proceso.
- Equipamiento: mantenimiento reactivo y proactivo, obsolescencia.
- Factores ambientales: ruido, espacio, mobiliario, iluminación, exceso de personas.
- Gestión de la información: comunicación intra y extra equipo.
- Liderazgo: cultura de la organización con respecto a la seguridad.
- Supervisión adecuada.

Por tanto, los establecimientos de salud deben tender a mejorar su seguridad progresivamente y uno de los métodos más eficaces es que los errores que se cometen, se informen, se analicen las causas y se tomen medidas que impidan que vuelvan a ocurrir.

#### 4. Riesgos en la atención gineco-obstétrica

La muerte materna corresponde al mayor riesgo al que se someten las mujeres que se encuentran en algún periodo de su gestación y por lo tanto, corresponde a uno de los indicadores más sensibles de evaluación de la calidad de los procesos de atención en salud obstétrica y perinatal.

La tasa de mortalidad en Chile a pesar de ser una de las más bajas del Caribe y Latino América, también manifiesta una tendencia al estancamiento en los últimos años, alejándonos de la posibilidad de lograr el compromiso adquirido en la Cumbre del Milenio de disminuir la tasa de mortalidad materna en  $\frac{3}{4}$  partes y alcanzar valores de 9.9/100000 nacidos vivos hacia el 2015.

La identificación de la mortalidad materna nos permite evidenciar el grado de desarrollo de los países, las condiciones de desigualdad que afecta a la población mundial y las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud. Además permite evidenciar de manera importante, la capacidad de respuesta institucional de los prestadores de servicios de salud y del sistema en general.

Para la prevención de la mortalidad y morbilidad materna se necesita del compromiso del Estado y de los actores involucrados en la atención de la mujer, gestión de los riesgos asociado al embarazo y la continuidad y calidad de los cuidados del binomio madre-hijo, en todas las fases y en todos los grados de complejidad de la atención que se requieran.

#### 5. Estrategias

- Implementar reuniones clínicas dando a conocer los riesgos a que se ve sometida la paciente gineco-obstétrica, los daños resultantes de la atención, el cuidado y los procedimientos realizados desde su ingreso al sistema hospitalario hasta su egreso.
- Análisis de los reclamos presentados por el paciente o familiar, referidos al periodo de su hospitalización.

- Integrar dentro de la inducción del personal nuevo el programa de eventos adversos local, detectarlos y saber reportarlos a través del sistema vigilancia implementado en el servicio de salud.
- Notificación voluntaria, responsable, confidencial, no punitiva, anónima.
- Incentivar y facilitar la notificación de los eventos adversos ocurridos en cada jornada, aprender a buscar dentro del quehacer diario las actividades que pudieron o fueron acciones de riesgo para la mujer.
- Realizar evaluaciones permanentes de ambientes seguros mediante el desarrollo de rondas de seguridad y reuniones breves de seguridad en las diferentes unidades del Servicio de Gineco-obstetricia.
- Inspección directa e interacción con el personal de salud, de los riesgos de la atención y la identificación de oportunidades de mejora.
- Desarrollar acciones dirigidas a la prevención, detección y mitigación de los eventos adversos cada vez que ocurren, así como al análisis de sus causas, al aprendizaje de los errores y a la difusión de las lecciones aprendidas.
- Desarrollar programas locales según las debilidades y amenazas de cada unidad, enfocados en la seguridad de la mujer.
- Cuantificar periódicamente la valoración de indicadores, analizar tendencias, frecuencias, implementación de medidas preventivas y su grado de efectividad
- Revisión y análisis de las notificaciones, en forma inmediata, evaluar si se aplicaron las medidas de prevención.
- Favorecer al interior de las unidades el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que encontrar culpables para imponer un castigo.
- Socializar las buenas prácticas para la seguridad del paciente con las otras unidades y con el resto de los servicios clínicos.
- Informar todo evento centinela que ocurra a los niveles de decisión del hospital establecidos de acuerdo a los criterios locales, con un informe y análisis causa raíz realizado con el equipo de trabajo, la implantación de estrategias de prevención y la monitorización de las estrategias implantadas.
- La unidad de calidad es la encargada de enviar un informe con los eventos adversos notificados ocurridos en la unidad, la jefatura junto a los funcionarios que trabajan en esta unidad involucrados o no en los casos notificados deben analizar la situación local, evaluar si esto ocurre en otras oportunidades, frecuencia, evaluar el daño y los posibles daños acontecidos, buscar causas directas e indirectas que pudieron afectar, buscar medidas de corrección, evaluar posteriormente los cambios integrados.

## 6. Indicadores a evaluar en la Unidad de Puerperio

Los eventos adversos post natales más frecuentes están relacionados con la atención del **parto normal y quirúrgico**, de enfermedades concomitantes o situaciones que se generan en ese momento. El puerperio es la puerta de salida y la finalización de todo el período gestacional, parto y llegada del neonato, por lo tanto, las situaciones que viva, las carencias, frustraciones y otras quedarán marcadas y gravadas en la historia de su familia y muchas veces de la sociedad, con un consiguiente aumento de las demandas en los centros hospitalarios.

### Se recomienda monitorizar los siguientes eventos:

- Muerte materna en puerperio.
- Muerte neonatal en Puerperio.
- Cuerpo extraño olvidado en cavidad.
- Patología materna que requiera ingreso a unidad de cuidados intensivos.
- Caídas de madre o recién nacido.
- Legrado puerperal (post parto inmediato).
- Endometritis.
- Eclampsia en puerperio.
- Enfermedad tromboembólica puerperal.
- Madre o recién nacido que requiera reanimación cardipulmonar (RCP).
- Reingreso por causa obstétrica.
- Fuga de paciente con patología psiquiátrica.
- Reoperaciones.

De esta forma, analizar las causas raíz en todos los casos entregará una vasta información para tomar medidas inmediatas, mediatas y futuras; sensibilizará al personal en la importancia de su monitoreo constante, implementación de normas o protocolos y velaremos por la seguridad de nuestros pacientes.

## 7. Análisis causa raíz

Análisis causa raíz es un método pro activo de resolución de problemas dirigido a identificar sus causas o acontecimientos, se basa en el supuesto de que los problemas se resuelven mejor al tratar de corregir o eliminar las causas iniciales, en vez de simplemente tratar los síntomas evidentes de inmediato.

Al dirigir las medidas correctivas a las causas primarias, se espera que la probabilidad de la repetición del problema se minimice. Sin embargo, se reconoce que la prevención total de la recurrencia de una sola intervención no es siempre posible.

### La resolución de problemas está acoplada con tres preguntas básicas:

- ¿Cuál es el problema? (Definir el problema por su impacto a la metas globales).
- ¿Por qué ocurrió? (Analizar las causas).
- ¿Que se hará para prevenirlo? (Dar soluciones eficaces para mitigar el impacto negativo).

**Es importante tener en cuenta:**

- El proceso de análisis de causa raíz debe aprovechar los conocimientos de las personas e impedir que sus sesgos controlen la dirección de la investigación.
- El proceso de análisis de causa raíz debe describir los hechos del caso a fin de que las relaciones causales sean claras y la relevancia de las causas de aquellos hechos pueden ser verificadas.
- El proceso de análisis de causa raíz debe ayudar a comprender que acciones deben ser realizadas para implementar posibles soluciones y quien en la organización se necesita para tratar estas acciones.

**Referencias**

1. Ministerio de Salud Chile. Norma general técnica sobre calidad de la atención: Reporte de eventos adversos y eventos centinela.
2. Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
4. SESCAM, España. Plan Estratégico de seguridad del paciente.
5. Ministerio de Protección Social. República de Colombia Modelo de Seguridad Clínica del Paciente para la Atención Obstétrica de Emergencia.
6. Ministerio de Protección Social, República de Colombia. La seguridad del paciente y la atención segura.
7. Departamento de Calidad y seguridad del paciente, Ministerio de Salud Chile. Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente.

## III. PUERPERIO NORMAL Y PATOLÓGICO

### 1. Cambios fisiológicos durante el puerperio

Durante este período se producen una serie de cambios que hacen que la mujer vuelva a su estado de no gravidez. Los cambios fisiológicos son:

**Pérdida de peso:** Durante las primeras horas se produce una disminución de peso de 4 a 7 kg como resultado de expulsión del feto, la placenta y el líquido amniótico. Además se pierden por diuresis aproximadamente 2,5 Kg y hay una pérdida de sangre de 500 ml o más. Dependiendo del cumplimiento de dieta puede llegar a recuperar su peso luego de 6 semanas. A mayor incremento de peso durante el embarazo mayor diferencia entre el peso anterior y posterior al embarazo. <sup>(3) (4)</sup>

**Temperatura:** Durante las primeras 24 horas la temperatura puede llegar a 38°C, por el esfuerzo muscular o la deshidratación. Si la temperatura pasa de 38°C durante dos días del puerperio es un signo de infección puerperal. <sup>(11)</sup>

**Cambios cardiovasculares:** Se pueden perder de 500 ml de sangre en parto vaginal y 700 a 1000 ml por cesárea. La frecuencia cardíaca, que había aumentado a causa del cansancio después del parto, vuelve a su estado normal. Las venas, que se habían debilitado y podían romperse con facilidad, recuperan su estado normal. <sup>(3)</sup>

**Cambios Urinarios:** Tejido vesicular edematoso, congestionado e hipotónico después del parto, lo que ocasiona sobredistensión, vaciamiento incompleto y estasis de orina, esto disminuye a las 24 horas. La deshematización aumenta el volumen vascular renal que provoca un aumento en la diuresis (poliuria fisiológica del puerperio). <sup>(3) (11)</sup>

**Cambios Metabólicos y sanguíneos:** Aumenta el catabolismo proteico con un consecuente aumento de la uremia. Se mantiene elevada por unos días la eliminación de creatinina que luego se normaliza. El hematocrito y la hemoglobina disminuyen por dilución. La leucocitosis se normaliza en este período. La hipercoagulabilidad sanguínea exagerada durante el embarazo y el parto se mantiene. Hay aumento de las plaquetas, de la agregación plaquetaria y del fibrinógeno plasmático. Aumenta el fibrinógeno y los factores de coagulación I, III, VII, VIII, XI y XIII. La velocidad de sedimentación globular se acelera pudiendo llegar en la primera hora hasta 50 milímetros. <sup>(3) (11)</sup>

**Cambios gastrointestinales:** El funcionamiento intestinal se normaliza finalizando la primera semana por incremento del apetito e ingestión de líquidos. La evacuación intestinal suele ser espontánea al tercer día del parto, aunque a veces solo el miedo al dolor es suficiente para inhibir el reflejo. Se recurrirá en este caso a un laxante suave, y es importante recordar que la defecación alivia y no empeora la cicatrización perineal.

**Cambios musculo-esqueléticos:** Músculos abdominales blandos, débiles y laxos. Quizás disminuya la sensibilidad de las extremidades inferiores en las primeras 24 horas debido a la aplicación de anestesia regional, predisposición a sufrir tromboflebitis por falta de actividad e incrementarse las concentraciones de protrombina. <sup>(3) (9)</sup>

**Cambios en la piel:** La piel del abdomen queda flácida y propensa a la aparición de estrías. La hiperpigmentación desaparece rápidamente (línea alba, rostro, genitales exteriores, cicatrices abdominales). A causa de la sudoración abundante, es posible que se den fenómenos de irritación cutánea.

**Cambios mamarios:** Después del alumbramiento, baja bruscamente el nivel de progesterona en la sangre de la madre y se suprime la acción inhibitoria que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche. Las mamas se llenan de calostro durante las primeras 30 horas después del nacimiento. Si el niño no mama con frecuencia durante el primer y segundo día, se puede apreciar ingurgitación, aumento de volumen y mayor sensibilidad de la mama.

El flujo sanguíneo de las mamas, ya aumentado en las últimas semanas del embarazo, se intensifica aún más después del parto.

Entre las 30 y 40 horas posparto hay un rápido cambio en la composición de la leche debido al aumento en la síntesis de la lactosa. Esto produce un aumento del volumen de la leche debido a que la lactosa es el componente osmótico más activo de ella.

La primera sustancia que succiona el recién nacido es un líquido amarillento, poco espeso llamado calostro, el cual tiene más proteínas (sobretudo inmunoglobulina A) y sales, este líquido es secretado por las mamas hasta el tercero o cuarto día después del parto, luego es sustituido por la leche. Esto va seguido de una reacción febril que excede los 38°C, que dura menos de 24 horas.

La succión del pezón libera B-endorfina que inhibe la secreción de GnRH., de este modo se impide la Ovulación y la Menstruación. La B-endorfina favorece, a su vez, la liberación de Prolactina. <sup>(3)</sup>

**Cambios Uterinos:** Los vasos se obliteran y se desarrollan nuevos vasos más pequeños, las células musculares del útero disminuyen el tamaño, parte del material proteico de la pared uterina es destruido y eliminado por la orina. La decidua se prepara en dos capas. La capa externa se desprende y forma parte de la secreción vaginal posterior al parto y se desarrolla en el endometrio a partir de la capa interna. <sup>(3)</sup>

Se produce la involución, la cual es la vuelta del útero a su tamaño y posición normal. De un peso 1500 g desciende 60 - 80 gr de peso También luego del parto se produce una secreción vaginal llamada loquios que contiene la sangre de la superficie placentaria, partículas de decidua y moco.

A las 12 horas luego del parto se palpa a 1 cm el fondo, por arriba del ombligo. La mujer siente contracciones uterinas luego de expulsada la placenta (entuerfos).

Los loquios (flujo transvaginal después del parto) son rojos (loquios hemáticos) durante dos o tres días, su color cambia a parduzco (loquios serosos) y luego amarillo blanquecino (loquios blancos) entre sexto y séptimo día. Durante el puerperio se recupera totalmente el piso pélvico, ligamentos uterinos, paredes vaginales y pared abdominal. <sup>(4)</sup>



Durante el período posparto inmediato se distinguen 3 tipos de Contracciones:

- Contracción permanente o retracción uterina: Ocurre en las primeras horas del puerperio inmediato. Clínicamente se detecta al palpar el útero en el hipogastrio de consistencia dura y firme.
- Contracciones rítmicas espontáneas: Se superponen a la contracción permanente y se les ha denominado "entuetos". Ocurren también durante el puerperio inmediato y en los primeros días del puerperio temprano. En las primeras 24 horas posparto estas contracciones son regulares y coordinadas, posteriormente disminuyen su intensidad y frecuencia. Clínicamente son más evidentes en las multíparas que en las primíparas.
- Contracciones inducidas: Se producen durante la succión como respuesta al reflejo mama - hipotálamo - hipófisis, debido a la liberación de ocitocina por la hipófisis posterior. Estas contracciones ocurren durante todo el puerperio y mientras persista la lactancia.<sup>(9)</sup>

**Cambios en el Endometrio:** Durante los primeros 25 días de puerperio se produce la cicatrización espontánea del endometrio, es espontánea porque la cicatrización es independiente de estímulos hormonales conocidos. Tras esto el endometrio crece discretamente en espesor y esto es dependiente del estímulo estrogénico. El nuevo endometrio está formado a las 2- 3 semanas posparto.<sup>(3)</sup>

**Cambios en el Cuello uterino, vagina y periné:** Hay una disminución de células musculares en cuello uterino después del parto. El cuello uterino recobra su estado normal aunque el extremo se puede mantener dilatado hasta 4- 5 cm, llegando a 1 cm a la semana posparto. La vagina es edematosa y fácilmente distensible. En las siguientes semanas la vagina recupera su tono y su vascularización regresa a su tamaño y forma inicial.<sup>(3)</sup>

**Retorno a la menstruación:** La aparición de la menstruación luego del parto es algo variable. La mayoría de las mujeres tienen su primer sangrado posparto luego de 6 - 12 semanas del mismo, pero este tiempo depende de varios factores. El más importante es la lactancia.<sup>(6)</sup>

Durante la lactancia se libera mayor cantidad de prolactina, la que puede dilatar la aparición del sangrado menstrual mientras se encuentra amamantando.

Esta demora del ciclo también depende de si se encuentra con lactancia exclusiva o algún otro tipo de suplemento o comida. En ocasiones se puede tardar hasta un año luego del parto para tener nuevamente sangrado menstrual.<sup>(7)</sup>

El hecho de no menstruar o de no hacerlo regularmente, no es sinónimo de falta de ovulación. Es decir que se puede ovular sin que se tenga el sangrado menstrual; esto es frecuente durante la lactancia. Es por este tema que se sugiere que si no se desea un embarazo prontamente, se tomen las medidas anticonceptivas necesarias para programar el próximo embarazo.

**Cambios Hormonales:** Los estrógenos cuya concentración plasmática había aumentado unas mil veces en la gestación, se normalizan a los 3 - 4 días del parto, la progesterona a los 10 días, la gonadotropina y el lactógeno placentario son indetectables a los 10-15 días. La hormona tiroidea y el cortisol se vuelven normales a los 6 - 8 días.<sup>(3) (6)</sup>



**Cambios emocionales:** <sup>(2) (5) (8) (10)</sup>

Después del parto, la mujer puede expresar una amplia variabilidad de estados emocionales (sobre o sub excitación, labilidad afectiva, hiper o hiposensibilidad, alegría, irritabilidad, propensión al llanto, entre otros).

En ello pueden intervenir diversos factores, entre ellos:

- Vivencia del proceso de gestación y maternidad.
- Vivencia del proceso de parto y nacimiento.
- Percepción de sentirse apoyada, comprendida y contenida por su acompañante y por el equipo de salud.
- Impacto de los cambios hormonales asociados al parto y puerperio.

**Ciclo menstrual:** La actividad ovárica se mantiene en reposo por varios meses. El restablecimiento del ciclo se inicia en general antes del destete. En las pacientes que mantienen lactancia materna exclusiva la menstruación puede retrasar su aparición. Pero se puede producir un embarazo.

**Referencias**

1. Alvarado R, Zepeda A, Rivero S, Rico N, López S, Díaz S. Integrated maternal and infant health care in the postpartum period in a poor neighborhood in Santiago, Chile. *Stud. Fam. Plann.* 30:133-141, 1999.
2. Alvarado R, Peruca E, Rojas M, Vera A, Olea E, Monardes J, Neves E: Cuadros depresivos en el embarazo y variables asociadas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 58:135-141, 1993.
3. Carazo Belén, Fabre Ernesto. Cambios fisiológicos de la Mujer durante el puerperio en: Puerperio de Alto Riesgo y sus complicaciones. Volumen IV 2012 AMOLCA. Actualidades Médicas.
4. Chi C., et al. Puerperal loss in women with or without inherited bleeding disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 203 (1): 56.
5. Díaz S: The human reproductive pattern and the changes in women's roles. *Int J Gynecol Obstet* 47, Suppl: S3-S9, 1994.
6. Díaz S, Serón-Ferré M, Croxatto HB, Veldhuis J: Neuroendocrine mechanisms of lactational infertility in women. *Biol Res* 28:155-163, 1995.
7. Díaz S. El patrón de la reproducción humana y los cambios en las funciones que desempeña la mujer. *Revista Chilena de Nutrición, Suplemento: Lactancia Materna: Desafíos Futuros.* 8-13, 1998.
8. Fleming AS, Klein E, Corter C: The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 33:685-689, 1992.
9. Texto de "Salud Reproductiva en el Período Post-parto: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud". Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), 1996.
10. Jadresic E: Transtornos emocionales del embarazo y del puerperio. *Rev Chil Neuropsiquiat* 30:99-106, 1992.
11. Pérez Sánchez Alfredo Donoso Siña E. Cambios Fisiológicos del Puerperio En Obstetricia-Santiago-Chile: Mediterráneo, 1999.

## 2. Vigilancia integral en el puerperio normal

### 2.1. Sistema de Protección Integral de la Infancia

Asegurar que la puérpera reciba las prestaciones correspondientes al **Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial y Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile Crece Contigo**, a saber:

**Atención Integral en el puerperio:** Atención de calidad a la familia: madre, padre, hijo(a), que incorpora elementos de atención y promoción de salud, en los ámbitos de la salud física y mental. Dicha atención es proporcionada por profesional matrona/matrón, asistente social y/o psicólogo e implica la evaluación continua del estado físico y emocional de la mujer y su recién nacido(a) con énfasis en la detección de indicadores tempranos de depresión posparto y de dificultades en el establecimiento de un vínculo sensible con el recién nacido(a). Asimismo, el enfoque biopsicosocial considera la participación de un equipo interdisciplinario, la realización de un plan de salud acorde a la evaluación del riesgo global, la activación de la red de servicios diferenciales para los grupos más vulnerables y desarrollando estrategias de referencia personalizada a la APS. La atención debe seguir las recomendaciones contenidas en el Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo.

**Como acciones principales en este contexto se consideran:**

#### **a. Atención personalizada e integral que favorezca el desarrollo del vínculo madre, padre e hijo / hija.**

- Entregar educación individual y grupal que favorezca el conocimiento de la madre y del padre sobre las capacidades naturales del recién nacido(a) y el trascendente papel de ellos en el desarrollo en los primeros meses de vida.
- Entregar educación individual y grupal que ayude a las madres y padres a fomentar la regularización temprana y respetuosa de los ciclos fisiológicos del recién nacido(a). Esto se puede fomentar a través de la lactancia, la identificación y distinción de los períodos de sueño diurno y nocturno, reconocimiento de los períodos de alerta y su uso en la interacción, mudas, baño, paseos y otros.
- Entregar información sobre el llanto del recién nacido(a), sus funciones, sus distinciones y las técnicas de consuelo efectivas.
- Fomentar y favorecer interacciones de cuidado realizado por la madre o el padre al recién nacido(a).
- Reforzar las nociones básicas de autocuidado, priorización de tareas en torno la atención de la recién nacida o nacido y fomento de apoyo familiar.
- Fortalecer sentimientos de competencia y empoderamiento de su rol maternal.
- Entregar contención y apoyo emocional, particularmente en casos de partos con complicaciones.
- Entregar información clara y sintética a padre y madre respecto al estado de puérpera y recién nacido.
- Facilitar y resguardar la permanencia conjunta del recién nacido con su madre.
- Promover y facilitar la participación activa del padre en los cuidados iniciales del recién nacido.

**b. Fortalecimiento de la lactancia materna exclusiva:**

Apoyo activo en el entrenamiento y empoderamiento de la técnica de lactancia.

- Fomento de la lactancia exclusiva.
- Detección y manejo temprano de resistencias o dificultades con la instalación de la lactancia.
- Desincentivar uso de chupete porque podría alterar la lactancia.
- Desincentivar ingesta de suero glucosado y de fórmulas lácteas.

**c. Detección y/o seguimiento de mujeres y sus familias con riesgo psicosocial para la orientación o derivación a servicio social y/o salud mental según corresponda.****Plan de atención integral**

- Favorecer el primer contacto físico piel a piel y afectivo entre la madre, padre e hijo/ hija, hasta 60 minutos después del parto, a menos que exista contraindicación médica. Todo procedimiento post alumbramiento, que no sea estrictamente necesario, debe ser diferido al menos 60 minutos, para fomentar el reconocimiento mutuo entre el recién nacido(a) y su madre/padre y el contacto piel a piel a fin de favorecer el inicio de la lactancia y lograr el establecimiento de interacciones vinculares sensibles que promuevan un apego seguro.

Durante el contacto precoz en sala de partos, debe permanecer un técnico paramédico y/o matrn(a) de atención inmediata al lado de la madre y el recién nacido, supervisando este proceso.

Si la mujer no está en condiciones de realizar este contacto, es importante promover que pueda realizarlo el padre del recién nacido(a), especialmente si es parto por cesárea.

Recursos de apoyo (disponibles en <a href="http://www.crececontigo.cl">www.crececontigo.cl</a> )
Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo (Capítulo III).
Manual para el Apoyo y Seguimiento del Desarrollo Psicosocial del Niño y de la Niña de 0 a 6 años.
Manual de Lactancia Materna
Guía de promoción de Paternidad Activa, para equipos.
Videos Cápsulas educativas: <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Beneficios de la Lactancia.</li> <li>▸ Técnica y uso del cojín de Lactancia.</li> <li>▸ Extracción y conservación de la Leche Materna.</li> <li>▸ Paternidad Activa.</li> </ul>
Cojín de lactancia materna.

**2.2. Puerperio inmediato normal****Manejo puérpera de parto de término vaginal espontáneo.**

El manejo de puérperas de parto de término vaginal espontáneo, será realizado por profesional Matrn/a. La evaluación por médico se hará sólo en los casos de complicaciones puerperales o de patología asociada que no pueda ser manejada por dicho profesional.

**Indicaciones básicas y plan de atención de matró(a):**

Categorizar riesgo dependencia, para definir destino de traslado

- Reposo relativo (una vez recuperada del efecto post anestesia según sea el caso). Primera deambulaci3n asistida a las 6 horas posparto como m3nimo, dependiendo del estado general de cada paciente, post alimentaci3n.
- R3gimen com3n con abundantes l3quidos.
- Higiene bucal, posterior a la ingesta de alimentos y consumo de agua.
- Control de signos vitales cada 8 horas.
- Analgesia por horario v3a oral o intramuscular seg3n necesidad
- Observaci3n de retracci3n uterina y metrorragia.
- Promoci3n del inicio de la lactancia durante la primera hora posparto.
- Apoyar t3cnica de lactancia.
- Apoyo psicol3gico y emocional.
- Aseo y confort.
- Prevenci3n de ca3das. Levantada supervisada
- Evaluar signos de anemia y solicitar hematocrito seg3n evaluaci3n cl3nica.
- Se recomienda cama con freno y baranda
- Reci3n nacido en cuna.
- Favorecer v3nculo de la madre, padre e hijo(a).

**Manejo pu3rpera de parto de t3rmino vaginal con f3rceps.**

Estas mujeres ser3n evaluadas por profesional matró(a) de la unidad, y deben tener evaluaci3n por m3dico el primer d3a posparto.

**Indicaciones básicas y plan de cuidados por matró(a):**

- Categorizar riesgo dependencia, para definir destino de traslado
- Reposo relativo (una vez recuperada del efecto post anestesia seg3n sea el caso).
- R3gimen com3n con abundantes l3quidos.
- Control de signos vitales cada 8 horas.
- Analgesia por horario v3a oral o intramuscular seg3n necesidad.
- Observaci3n de retracci3n uterina, metrorragia y episiorrafia.
- Hielo local seg3n necesidad en zona genital.
- Toma de examen: control de perfil hematol3gico 6 horas posparto.
- Apoyar correcta t3cnica de lactancia.
- Apoyo psicol3gico
- Aseo y confort/prevenci3n de ca3das/levantada supervisada
- Se recomienda cama con freno y baranda
- Reci3n nacido en cuna.

- Primera deambulaci3n asistida a las 6 horas posparto como m3nimo, dependiendo del estado general de cada mujer.
- Favorecer v3nculo de la madre, padre e hijo(a).

### 2.3. Puerperio quir3rgico

#### Manejo de Pu3rpera de ces3rea.

Todas las mujeres ser3n evaluadas diariamente por m3dico y matr3n/a de la unidad.

#### Indicaciones b3sicas:

Categorizar riesgo dependencia, para definir destino de traslado.

Reposo:

- Las primeras horas del postoperatorio la pu3rpera estar3 en la sala de recuperaci3n. Luego de un per3odo de observaci3n, (2-4 horas aproximadamente) en el que se comprueba la estabilidad hemodin3mica, la adecuada retracci3n uterina y el buen estado general de la mujer.
- En sala el reposo absoluto ser3 por 8-12 horas, seg3n condiciones de la pu3rpera.
- Luego el reposo ser3 relativo, favoreciendo la deambulaci3n supervisada.

Realimentaci3n:

- La realimentaci3n de las usuarias deber3 ser progresiva.
- La usuaria permanecer3 en r3gimen cero por aproximadamente 6- 8 horas, per3odo en el cual se le administraran los sueros indicados.
- R3gimen h3drico por 12 horas.
- R3gimen liquido amplio por 24 horas. Luego continuar con r3gimen liviano dependiendo de la tolerancia.

Fleboclisis:

- Seg3n indicaci3n de anestesista y Gineco-obstetra.

Analgesia:

La analgesia ser3 endovenosa durante las primeras 12 horas, seg3n indicaci3n m3dica.

Luego de suspendido el aporte de sueros, la analgesia ser3 por horario y v3a oral, dependiendo de la disponibilidad de f3rmacos de cada servicio e indicaci3n m3dica.

Manejo de la herida operatoria (ver cap3tulo de manejo de infecci3n del sitio quir3rgico)

- La herida operatoria permanecer3 impermeable transcurridas 24 horas desde la cirug3a, luego se retira el ap3sito.
- Ducha supervisada seg3n indicaci3n matr3n(a) y/o m3dico.
- Si el ap3sito est3 h3medo con secreci3n serohem3tica o durante la exploraci3n habitual de una herida operatoria se detecta un seroma, se realizar3 cambio de ap3sito y curaci3n plana seg3n necesidad.
- Heridas operatorias que se diagnostiquen como infectadas, deber3n ser tratadas seg3n normativa Infecciones asociadas atenci3n de salud (IAAS) (ver cap3tulo manejo de IHO en el puerperio).

Pesquisa de anemia.

- En la cesárea la pérdida de sangre suele ser mayor a la de un parto de término vértice espontáneo (PTVE), por lo tanto en estas mujeres se deberán buscar los signos y síntomas de anemia, los cuales se tratarán según norma. (ver capítulo de anemia).

## 2.4. Plan de cuidados por matrón(a)

Plan de cuidados por matrón(a)	Parto vértice espontáneo	Parto con fórceps	Cesárea
Categorización Riesgo Dependencia.			
Apoyo psicológico y emocional.			
Velar por que el recién nacido/a permanezca en todo momento junto a su madre (salvo contraindicación médica).			
Promoción del inicio de la lactancia durante la primera hora posparto (salvo contraindicación médica).			
Tipo de reposo	Absoluto por 2-4 horas luego relativo	Absoluto por 6-8 horas luego relativo	Absoluto por 8-12 horas, luego relativo
Régimen alimentario	Común	Común	Cero/líquido/líquido amplio
Control de ciclo vital	Cada 8 horas	Cada 8 horas	Cada 6 horas
Evaluación de dolor	Cada 8 horas	Cada 8 horas	Cada 6 horas
Evaluación Obstétrica			
Estado general	Cada 8-12 horas	Cada 8-12 horas	Cada 6-8 horas
Mamas	Cada 8-12 horas	Cada 8-12 horas	Cada 6-8 horas
Abdomen	Cada 8-12 horas	Cada 8-12 horas	Cada 6-8 horas
Útero	Cada 8-12 horas	Cada 8-12 horas	Cada 6-8 horas
Metrorragia - loquios	Cada 8-12 horas	Cada 8-12 horas	Cada 6-8 horas
Genitales - sutura	Cada 8-12 horas	Cada 8-12 horas	Cada 6-8 horas
Extremidades inferiores	Cada 8-12 horas	Cada 8-12 horas	Cada 6-8 horas
Lactancia materna	Bien/regular/mal.	Bien/regular/mal.	Bien/regular/mal.
Aseo y Confort Higiene bucal	Cada 8-12 horas	Cada 8-12 horas	Cada 6-8 horas
Manejo vía venosa	Cada 8-12 horas	Cada 8-12 horas	Cada 6-8 horas
Consideraciones			
Deambulaci3n asistida	A las 6 hrs posparto	A las 6 hr posparto	A las 8 hr posparto.
Riesgo úlceras por presi3n.	Cada 8-12 horas	Cada 8-12 horas	Cada 6-8 horas
Evaluaci3n Riesgo caída.	Cada 8-12 horas	Cada 8-12 horas	Cada 6-8 horas
Evaluaci3n Médica	En caso necesario	En caso necesario	Cada 24 horas o según necesidad.
Gestionar interconsulta según corresponda			

### 3. Indicaciones de alta y educación

#### Objetivo principal

Entregar conocimientos básicos que debe adquirir la puérpera sobre su cuidado, proceso de recuperación y referencia al momento del alta hospitalaria.

#### Objetivos específicos

- Favorecer la recuperación y mantención de la salud de la tríada: madre, padre, hijo/a, o persona significativa.
- Informar a la familia sobre los procedimientos a seguir durante el puerperio mediato.
- Informar a la familia sobre los procedimientos, cuidados y referencia del recién nacido y su madre, al momento del alta hospitalaria.
- Evitar reingreso materno al centro hospitalario por endometritis, mastitis, dehiscencia de herida operatoria por infección y otras.
- Prevenir reingreso neonatal por complicaciones.
- Informar respecto al uso del set de implementos entregado como prestación del Programa de Apoyo al Recién Nacido.
- Entregar conocimientos a los padres, madres y persona significativa sobre cuidados básicos, lactancia materna, estimulación y desarrollo infantil temprano con un enfoque de crianza respetuosa.
- Informar y entregar las indicaciones necesarias para favorecer una adecuada instalación de la lactancia en el primer mes de vida.
- Promover buena técnica de lactancia, si esto no es así, coordinar en forma prioritaria estos casos, con atención primaria.

#### Alta hospitalaria de puérpera de un parto de término vaginal espontáneo (PTVE) y fórceps.

Se considerará alta hospitalaria para los siguientes casos:

- En primigestas: a las 48-72 hrs de puérpera, con examen físico y obstétrico normal: buen estado general con ciclo vital normal, útero retraído, con loquios normales, epifisiografía en buenas condiciones y con técnica de lactancia adecuada.
- En multíparas: a las 48 hrs de puérpera, con examen físico y obstétrico normal: ciclo vital normal y cumpliendo las condiciones anteriormente enumeradas.
- Consulta precoz en caso de problemas que amenacen la instalación o mantención de la lactancia materna (LM). (grietas, congestión mamaria, dolor, mastitis y otras).
- Realizar procedimiento de alta integral, con claras recomendaciones de autocuidado, de estrategias de afrontamiento de problemas más frecuentes de la crianza temprana y con registro escrito de indicaciones médicas.

Estas usuarias serán evaluadas por matrn/a de la unidad, quien deberá solicitar evaluación médica ante la evidencia de complicaciones puerperales.

## Indicaciones al alta de puérpera de parto vaginal por matró(a).

### Respecto de la puérpera.

- Reposo relativo.
- Régimen común con abundantes líquidos, o según patología.
- Control por matró(a) de la puérpera y recién nacido, entre los 3 y 7 días del alta (idealmente antes de los 3 días), en centro de atención primaria.
- Aseo genital frecuente con agua corriente.
- Analgesia sólo en caso de necesidad y según indicación médica.
- Abstinencia sexual hasta que la epifisiorrafia haya cicatrizado y la madre no elimine loquios (3-4 semanas).
- Ferroterapia: a todas las puérperas en que se compruebe anemia (ver capítulo de anemia)
- Derivación asistida a Centros de Salud Primaria de puérperas con riesgos psicosociales detectados durante atención integral del parto y puerperio.
- Devolución de información al Centro de Salud Primaria, de las referencias de familias en situación de vulnerabilidad psicosocial, para el rediseño del plan de acción por equipos de cabecera, coordinación con la red comunal Chile Crece Contigo y/o cierre de casos.
- Detalle en epicrisis de factores de riesgo biopsicosocial que requieran ser conocidos por el equipo de APS.
- Educación:
  - Consulta en Servicio de Urgencia Gineco Obstétrica si presenta compromiso del estado general, fiebre, taquicardia, cefalea, tinitus, fotopsia, loquios de mal olor, dolor de reciente aparición, problemas con la epifisiorrafia y otros.
  - Educación y supervisión de técnica de extracción de leche materna, en los casos en que el recién nacido egrese con alimentación suplementaria, con el fin de mantener la producción láctea de la madre y evitar la suspensión precoz de la LM.

### Respecto del recién nacido

- Médico y matró(a) deben suscribir y entregar el Comprobante de Atención de Parto, como antecedente de la inscripción del nacimiento en el Registro Civil.
- Promover la inscripción del RN en el registro civil, a la brevedad.
- Indicación de lactancia a libre demanda; o seguir alimentación indicada por neonatólogo, pediatra o médico general.
- Educación sobre la importancia de la realización de examen de fenilcetonuria e hipotiroidismo (PKU-TSH), resultado que sólo será informado en caso de encontrarse alterado.
- Educación respecto de la importancia en el aseo diario y rutinario del recién nacido (aseo corporal, umbilical, ocular, nasal, limado de uñas, baño de inmersión).
- Educar sobre signos de alarma en recién nacido (rechazo de lactancia, fiebre, decaimiento, signos de onfalitis, ictericia).

### Alta hospitalaria puérpera de cesárea.

Todas las mujeres serán evaluadas por el médico de la unidad.



### Condiciones para el alta.

- Según evolución y evaluación a los 2 a 3 días de puérpera de cesárea. Sin patología asociada.
- Con patología: evaluar según patología.
- Afebril al menos las últimas 24 hrs y sin foco infeccioso al examen físico.
- Puérpera con buena tolerancia digestiva, con dolor tolerable en zona operatoria, herida operatoria sana y loquios normales.

### Indicaciones al alta para puérpera de cesárea.

#### Respecto de la puérpera.

- Reposo relativo.
- Régimen liviano, a tolerancia mientras se amplía gradualmente. Se recomendará una dieta balanceada y que la ayude a mantener su peso corporal adecuado.
- Aseo genital frecuente y se permitirá el aseo completo con ducha, sin restregar la herida y secarla muy bien luego del baño.
- Analgesia según necesidad e indicación médica.
- Control por matrn(a) a los 7 días del alta y retiro de puntos, en su centro de salud.
- Consulta en servicio de Urgencia Gineco Obstétrica, ante la presencia de alteraciones.
- Ferroterapia según indicación médica.
- Educación: Explicar a la mujer que el dolor y el eritema de una herida operatoria que evoluciona favorablemente siempre van en disminución. En caso contrario y/o ante la aparición de secreción entre los puntos deberá consultar ya sea en su centro de salud o en el servicio de urgencia gineco obstétrica.
- Consulta precoz en caso de problemas que amenacen la instalación o mantención de la LM. (grietas, congestión mamaria, dolor, mastitis y otros).
- Realizar procedimiento de Alta integral, con claras recomendaciones de autocuidado, de estrategias de afrontamiento de problemas más frecuentes de la crianza temprana y con registro escrito de indicaciones médicas.

#### Respecto del recién nacido.

- Educar sobre signos de alarma en recién nacido (rechazo de lactancia, fiebre, decaimiento, signos de onfalitis, crisis de cianosis, apneas)
- Medidas de prevención: muerte súbita.

### Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN)

En contexto del Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) y con el fin de fortalecer las acciones educativas necesarias para una óptima recuperación, desarrollo y vinculación de la tríada madre, padre y recién nacido, se considera la realización de una **Sesión educativa** individual o grupal de una duración aproximada de 30 minutos cuyos objetivos son:

- Entregar contenidos educativos del uso de los implementos del set:
  - Uso del cojín de lactancia.
  - Uso del portabebé tipo Mei Tai.
  - Uso de la cuna corral equipada.
  - Uso de la alfombra goma EVA - Estimulación I.
  - Uso del set de higiene del bebé (implementos de cuidados básicos).
- Entregar contenidos educativos sobre crianza temprana con enfoque respetuoso: lactancia, regulación fisiológica de la alimentación, sueño y otros ciclos fisiológicos del bebé, consuelo efectivo del llanto, interacciones cara a cara, entre otros.  
Educar sobre el autocuidado de la mujer y regulación de fertilidad.  
La organización y realización de esta charla es responsabilidad del equipo de salud y es necesario velar porque todas las puérperas accedan a la misma, previo al alta.

Recursos de apoyo (disponibles en <a href="http://www.crececontigo.cl">www.crececontigo.cl</a> )
Set de implementos Básicos para el Recién Nacido(a): <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Paquete de una cuna corral equipada.</li> <li>▸ Paquete de cuidados básicos y estimulación</li> <li>▸ Paquete de apego y vestuario.</li> <li>▸ Cartilla educativa "Ya estoy Aquí"</li> </ul>
Nota Metodológica del Programa de Apoyo al Recién Nacido (material para equipos de salud). Manual para el Apoyo y Seguimiento del Desarrollo Psicosocial del Niño y de la Niña de 0 a 6 años.
Cojín de lactancia materna
Muñeco nenuco como modelo de recién nacido y portabebé Mei Tai
Videos Cápsulas educativas: <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Programa de Apoyo al Recién Nacido.</li> <li>▸ Técnica y uso del cojín de Lactancia.</li> <li>▸ Porteo y técnica de amarre Mei Tai.</li> <li>▸ Sueño seguro, postura correcta en cuna.</li> <li>▸ Manejo respetuoso del llanto.</li> </ul>

### Referencias:

1. Ministerio de Salud. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo 2008.
2. Ministerio de Salud. Manual del Lactancia Materna: contenidos técnicos para profesionales de la salud. 2010.
3. Nivel de conocimiento de Salud Oral y utilización de GES Odontológico en Puérperas atendidas en una Clínica Privada, Santiago, Chile International journal of odontostomatology versión on-line ISSN 0718-381X Juan Núñez; Patricia Moya; María José Monsalves & Sylvia Landaeta M.

#### 4. Riesgos para la mujer en el puerperio según patología durante el embarazo / parto y nivel de atención al alta

Los factores de riesgo son condiciones del embarazo o parto que aumentan la aparición de patologías durante el puerperio tanto en la mujer y el recién nacido.

Aproximadamente el 50% de las mujeres presentan algún factor de riesgo reconocible antes del parto que permite la planificación de su parto y su nivel de atención. Todas las mujeres con patología o factores de riesgo deben ser derivadas a un Centro Hospitalario de alta complejidad para la resolución del parto y vigilancia de su puerperio.

##### Es responsabilidad del médico y matrn/a la pesquisa de estas condicionantes.

A continuación se describen diferentes patologías con el riesgo para la mujer en el Puerperio y su nivel de atención recomendado al alta.

Patología	Posibles complicaciones	Nivel de atención al alta (Derivación)
Sin patología	Atento a complicaciones	APS
HTA crónica	Crisis hipertensiva Hemorragia posparto	CDT - CRS -Centro de especialidades
PE moderada	Crisis hipertensiva Hemorragia posparto	CDT - CRS -Centro de especialidades
PE severa- Eclampsia	Crisis hipertensiva Hemorragia posparto EPA / IRA	CDT - CRS -Centro de especialidades
HELLP	Crisis hipertensiva Hemorragia posparto EPA / IRA Hematoma subcapsular CIVD	CDT - CRS -Centro de especialidades
Diabetes compensada con HGO o régimen	Hemorragia posparto Infección	APS
Diabetes Descompensada o Insulino Requiriente	Hemorragia posparto Descompensación diabetes Infecciones puerperales	CDT - CRS -Centro de especialidades
Puérpera adolescente	Hemorragia posparto Infecciones puerperales Trastornos psiquiátricos	Control APS Control con especialista, según corresponda
Puérpera > de 40 años	Hemorragia posparto Depresión posparto	Control APS Control con especialista, según corresponda
Cesárea con patología	Hemorragia posparto Anemia posparto Infección herida operatoria	CDT - CRS -Centro de especialidades
Cesárea sin Patología		APS

<b>Fórceps con patología</b>	Hemorragia posparto Anemia posparto Desgarros y hematomas Prolapso genital Incontinencia orina	APS - CDT - CRS -Centro de especialidades
<b>Fórceps sin patología</b>		APS
<b>Desgarros y hematomas puerperales</b>		CDT - Centro de especialidades (3° -4° grado) APS (1°-2° grado)
<b>Portadora Estreptococo grupo B</b>	Corioamnionitis Endometritis ITU	APS CDT- CRS - Centro de especialidades (Según indicación médica)
<b>Gran múltipara</b>	Hemorragia posparto	APS
<b>Cardiopatía</b>	Descompensación	CDT - CRS -Centro de especialidades
<b>Portadora VIH</b>		CDT - Centro de especialidades
<b>Trastornos neuropsiquiátricos</b>	Descompensación	CDT - Centro de especialidades
<b>Drogadicción</b>	Síndrome de abstinencia Infecciones ITS	APS - CDT - CRS según corresponda
<b>Prematuridad &lt; 34 semanas</b>	Hemorragia posparto	CDT - Centro de especialidades
<b>Rotura Prematura de membranas</b>	Corioamnionitis Infección puerperal	CDT- CRS - Centro de especialidades (Según indicación médica)
<b>Metrorragia II-III trimestre</b>	Hemorragia posparto Infecciones puerperales Anemia Transfusiones	APS CDT- CRS - Centro de especialidades (Según indicación médica)
<b>Isoinmunización</b>	Hemorragia posparto	APS CDT- CRS - Centro de especialidades (Según indicación médica)
<b>Embarazo gemelar</b>	Hemorragia posparto Infecciones puerperales Anemia	APS
<b>Defecto congénito fetal</b>		CDT - Centro de especialidades
<b>Muerte fetal</b>	Según etiología Riesgo de recurrencia	CDT - Centro de especialidades
<b>Hipotiroidismo</b>		APS control médico
<b>Hipertiroidismo</b>	Tormenta tiroidea	CDT - Centro de especialidades

## 5. Puerperio de alto riesgo

Corresponde al puerperio que se presenta en mujeres con patologías previas (Preeclampsia, diabetes, etc.) o complicaciones en los cambios propios del proceso de parto y posparto, con el objetivo de disminuir la morbilidad materna.

Este tipo de mujeres requiere de mayor control y vigilancia de su evolución.

### 5.1 Objetivos específicos

- Formular y evaluar cumplimiento del plan de atención, según patología.
- Identificar complicaciones tempranas.
- Evaluar la evolución y las funciones fisiológicas.
- Identificar las necesidades de confort.
- Orientar acerca de evolución y pronóstico.
- Identificar reacciones y necesidades psicoemocionales.

### 5.2 Morbilidad

El periodo de posparto o puerperal es un lapso de mayor sobrecarga fisiológica y también de una fase de transición psicológica importante.

La mujer es más vulnerable, por el agotamiento de energía y la fatiga de las fases finales del embarazo y el parto, el traumatismo tisular y la expulsión y la pérdida hemática y la propensión a la anemia que a menudo surgen.<sup>(1) (2)</sup>

Morbilidad previa más frecuente	Complicaciones más frecuentes
Síndrome Hipertensivo Preeclampsia - Eclampsia Diabetes Gestacional Diabetes Pregestacional Trastornos tiroideos Alteraciones de la coagulación Infecciones (Corioamnionitis- ITU) Enfermedades neuro-psiquiátricas	Hemorragia del posparto Infecciones puerperales Infección urinaria Retención urinaria TVP-TEP Anemia materna

Complicaciones del Puerperio Según etapa		
Puerperio Inmediato	Puerperio Mediato	Puerperio Tardío
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia posparto</li> <li>• Embolia líquido amniótico</li> <li>• Atelectasia</li> <li>• Corioamnionitis</li> <li>• ITU - PNA</li> <li>• Trombosis venosa profunda (TVP)</li> <li>• Tromboembolismo pulmonar (TEP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia</li> <li>• ITU - PNA</li> <li>• TVP-TEP</li> <li>• Anemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones puerperales (Mastitis, endometritis)</li> <li>• Hemorragia tardía del puerperio</li> <li>• TVP-TEP</li> <li>• Dehiscencia de herida</li> <li>• Dehiscencia de episiotomía</li> <li>• Incontinencia orina-fecal</li> <li>• Anemia</li> </ul>

### Signos de alerta en el puerperio

- Fiebre de 38°C o más; **por más de 24 horas**.
- Cefalea invalidante o que no cede a medidas habituales (ver capítulo de cefaleas).
- Coágulos grandes o aumento importante del sangrado.
- Dolor en la zona baja del vientre, **que no cede** con antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- Loquios de mal olor (el olor normal de los loquios es el de la menstruación).
- Dolor, tensión y enrojecimiento en la zona de los puntos, ya sea episiotomía o cesárea.
- Molestias al orinar. Dolor, tenesmo o dificultad para orinar.
- Enrojecimiento, dolor y calor en las mamas.
- Dolor en el pecho, con sensación de falta de aire.
- Dolor en las pantorrillas o en los muslos, con enrojecimiento, dolor y calor.
- Estado de ánimo deprimido (con o sin ideación suicida).

### 5.3 Competencias de matró(a)

- Proveer atención de calidad a la madre y el hijo(a).
- Pesquisar y minimizar factores de riesgo.
- Proporcionar intervenciones preventivas.
- Atención oportuna ante la presencia de complicaciones.
- Educar a la puérpera y familia.
- Proveer el cuidado de salud según necesidades de la madre y su hijo.
- Aplicar procedimientos de intervención según diagnósticos.
- Evaluar resultados. <sup>(1), (3)</sup>
- Provisión de apoyo emocional y/o psicológico cuando las condiciones de la puérpera lo permitan, enfatizando el apoyo en vivencias traumáticas del parto, dificultades en la vinculación inicial con el recién nacido y la pesquisa precoz de factores de riesgo psicosocial que requieran atención específica por el equipo de cabecera en el centro de salud primaria.
- Atención por equipo psicosocial en casos que corresponda.
- Atención y refuerzo específico en torno a la instalación de la lactancia en condiciones de puerperio patológico. (salvo contraindicación médica).

### 5.4 Evaluación inicial de matró(a)

El (la) matró(a) debe buscar los signos y síntomas de cada complicación específica:

- Categorizar riesgo dependencia, para definir destino de traslado.
- Vigilancia de la evolución de la puérpera, según su patología. Cumpliendo indicaciones médicas.
- Realizar evaluación del estado emocional de la puérpera y la solicitud de evaluación específica por profesional psicosocial en casos requeridos.
- Evaluar si cuenta con redes de apoyo.
- Solicitar evaluación médica ante la presencia de signos de alarma o alteración de signos vitales.

- Control signos vitales.
- Evaluar estado de conciencia y estado general.
- Evaluar presencia de dolor.
- Evaluar el estado del perineo y del útero.
- Evaluar las características de los loquios.
- Evaluar mamas.
- Evaluar extremidades.
- Evaluar diuresis y evacuación intestinal.
- Valorar las necesidades de la mujer con respecto a la comodidad física que incluya el reposo y sueño, nutrición e hidratación y alivio del dolor.

### 5.5 Diagnóstico y atención por matró(a)

- La atención profesional asegura el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones en el puerperio para aminorar sus efectos disfuncionales.
- Categorización Riesgo Dependencia.
- El matró(a) realiza manejo del dolor, según indicación médica.
- Asegura el cumplimiento del régimen nutricional.
- Promueve el máximo contacto entre la madre y su hijo ante las necesidades que imponen las complicaciones específicas. La vinculación puede mejorar, al dar información sobre el RN, comentar aspectos de su conducta, apoyar la instalación inicial de la lactancia y alentar visitas a la sala de recién nacidos (si está hospitalizado).
- El matró(a) puede explicar lo referente a las complicaciones y su evolución esperada al tratamiento.
- También puede responder a las necesidades de la madre y su familia en busca de apoyo emocional y aliento, y también puede auxiliarlas a superar y disipar los temores de las consecuencias o la pena al respecto a los efectos de las complicaciones en la experiencia posparto.

Los diagnósticos pueden comprender posibles complicaciones, tales como:

- Hemorragias.
- Atonía.
- Subinvolución uterina.
- Desgarros.
- Hematomas.
- Retención de fragmentos placentarios.
- Retención de orina.
- Infección de la vagina, periné, útero, mamas e incisión abdominal.

### Evaluación médica

- El médico encargado de puerperio y/o turno debe contar con registro de mujeres de alto Riesgo en Puerperio.
- Debe programar visita a mujeres de alto riesgo cada 12-24 horas, según patología; o según necesidad o solicitud de matron(a).
- Debe dejar por escrito, indicaciones médicas precisas.
- Supervisar cumplimiento de indicaciones.
- Evaluar la evolución del cuadro clínico.

### 5.6 Actividades del puerperio inmediato de alto riesgo

#### Primeras 2- 4 Horas.

- a. Después del parto; la madre y el recién nacido se enviarán juntos a la Sala de Recuperación, cuando se confirme que el estado general de ambos es satisfactorio.
- b. Indicaciones para la puérpera en sala de recuperación.
  - Trasladar a la Sala de Recuperación por 2 - 4 horas.
  - Elaborar plan de atención según patología.
  - Régimen cero durante las 2 primeras horas. Después se le ofrecerá líquidos, o según indicación médica.
  - Mantener en reposo absoluto, según indicación médica.
  - Evaluación del estado general.
  - Control de signos vitales (Tº, Pulso, Respiración y P.A.) cada 30 minutos y avisar por alteraciones.
  - Control del sangrado vaginal y retracción uterina cada 30 minutos. Aplicar medidas para estimular la retracción uterina.
  - Vigilar que orine espontáneamente. Debe orinar al menos 180 cc durante las primeras 6 horas.
  - Administrar analgésicos según indicación médica. <sup>(3)</sup>

### 5.7 Traslado a Sala de Puerperio

Transcurridas las primeras 2 horas del puerperio sin complicaciones, la mujer y su recién nacido serán trasladados a la Sala de Puerperio con las siguientes indicaciones:

- Categorizar riesgo dependencia para definir destino de traslado.
- Elaborar y evaluar cumplimiento del plan de atención integral, según patología.
- Régimen común o liviano.
- Reposo relativo supervisado o en cama.
- Vigilar el estado general y emocional.
- Realizar examen físico general y obstétrico cada 2 horas.
- Control signos vitales cada 2 horas.
- Evaluar riesgo psicosocial.
- Analgésicos según indicación médica.



- Revisión del periné. Aseo del periné cada 6 horas (a las mujeres a quienes se les realizó episiotomía o hayan presentado desgarros).
- Control de diuresis. <sup>(3) (5)</sup>
- Solicitar evaluación médica ante la presencia de alteraciones.
- Registrar en ficha clínica.

### 5.8 Durante las 48 – 72 horas del puerperio

- Se verifica cumplimiento del plan de atención.
- Categorizar riesgo dependencia.
- Control signos vitales cada 4 horas o según indicación médica.
- Realizar examen físico general y obstétrico cada 4 horas o según indicación médica.
- Vigilar el estado general y emocional.
- Evaluación de extremidades inferiores para detectar precozmente problemas relacionados con tromboflebitis y trombosis venosa profunda (TVP).
- Se verificarán las órdenes médicas y el cumplimiento de las mismas.
- Se practicará y recomendará la lactancia materna exclusiva.
- No administrar medicamentos que inhiben la producción de leche materna (ver capítulo de fármacos y lactancia).
- Evaluación de las mamas y vigilar por ingurgitación mamaria.
- Toda madre que no pueda amamantar será orientada sobre la extracción manual de la leche materna o sobre el uso del extractor mecánico y Lactario (según disponibilidad).
- Se estimulará la deambulación precoz de la puérpera (según indicación médica).
- Realización de temas educativos, individualmente o en grupos y debe procurarse incluir a la pareja. <sup>(6)</sup>
- El recién nacido se colocará en la cuna junto a su madre.
- Se verificará conjuntamente con la madre los datos de identificación del recién nacido en cada visita y procedimientos. <sup>(1) (3)</sup>
- Evaluar presencia de riesgo psicosocial.
- Solicitar evaluación médica ante la presencia de alteraciones.
- Registrar en ficha clínica.

### 5.9 Indicaciones al Alta

- a. Educar sobre la observación de **signos y síntomas de alarma** en el puerperio tardío que requieran de la búsqueda de atención inmediata. Esto incluye:
  - Sangrado persistente abundante o de mal olor.
  - Fiebre mayor a 38°C.
  - Mamas congestionadas, dolorosas, enrojecidas
  - Dificultad para respirar
  - Dolor o empastamiento de extremidades inferiores.

- b. Educación de aspectos generales sobre higiene de la puérpera; reinicio de las relaciones sexuales; alimentación y orientación sobre el restablecimiento de la fertilidad y anticoncepción. (ver capítulo de anticoncepción).
- c. Orientar a la mujer sobre la asistencia al control de puerperio en el centro de salud o CDT- CRS antes de 3 días posparto, según indicación médica.
- d. Insistir en que debe presentar su Agenda Salud de la Mujer a su médico o matró(a).
- e. Derivación asistida a la APS de puérperas con riesgos psicosociales detectados durante la atención integral del parto y puerperio.

### Medidas anexas al Alta <sup>(3)</sup>

- Toda puérpera sin control prenatal y/o sin VDRL/VIH, serología Chagas en zonas endémicas previo, se le realizará serología y deberá conocerse el resultado antes de ser dada de alta, según Norma Conjunta de Transmisión Vertical (Ver capítulo transmisión vertical).
- Si la mujer tiene serología positiva debe administrarse tratamiento contra la Sífilis y derivar al recién nacido a evaluación por neonatólogo nivel terciario y exámenes de laboratorio.
- Toda puérpera posparto y post aborto que sea RH negativo recibirá tratamiento profiláctico de la isoimmunización con Globulina anti D (Ver capítulo de inmunizaciones en el puerperio).

### 5.10 Actividades del puerperio mediato (3°- 7° día)

- Control de signos vitales y del estado clínico de la puérpera.
- Examen físico general.
- Evaluación de mamas y lactancia materna.
- Examen obstétrico: evaluación de los loquios, control de la involución uterina, evaluación de los genitales externos, examen de la región ano- perineo- vulvar.
- Examen del abdomen (evaluar diástasis de los rectos).
- Evaluación de la herida y curación plana en caso de cesárea.
- Vigilancia de la diuresis. Pesquisa de incontinencia o RUA.
- Evaluación general de la instalación de la tríada: madre, padre, hijo(a) en domicilio, junto con la detección precoz de dificultades en los cuidados iniciales del RN y la existencia de redes de apoyo. En caso de detección de dificultades, derivar para realización de Visita Domiciliaria Integral.

#### Recursos de apoyo (disponibles en [www.crececontigo.cl](http://www.crececontigo.cl))

Nota Metodológica del Programa de Apoyo al Recién Nacido (material para equipos de salud).  
Manual para el Apoyo y Seguimiento del Desarrollo Psicosocial del Niño y de la Niña de 0 a 6 años.

Cartillas de Crianza Respetuosa:

- Lactancia materna
- Consuelo efectivo del llanto
- Apego

- Observación in situ de la técnica de lactancia, junto con la entrega de recomendaciones específicas según corresponda.

**Recursos de apoyo**  
(disponibles en [www.crececontigo.cl](http://www.crececontigo.cl))

Video Cápsula Educativas  
Beneficios de la lactancia  
Postura para amamantar

- Orientar sobre el reinicio de la actividad sexual.
- Consejería en salud sexual y planificación familiar.
- Citación a los 15 -30 días para el segundo control del puerperio y derivación al centro de atención correspondiente, según condiciones de la mujer. <sup>(1) (3)</sup>
- Orientar en derechos para la madre y recién nacido (subsidio posnatal, asignación familiar).

### 5.11 Actividades del puerperio tardío (8° - 42 días)

- Anamnesis dirigida a pesquisar complicaciones tardías del puerperio.
- Examen clínico general; ginecológico, mamario, y de laboratorio para prevenir complicaciones alejadas del parto.
- Resaltar la importancia de la adecuada alimentación e higiene.
- Evaluación general de la experiencia de crianza cotidiana de la puérpera, junto con la detección precoz de dificultades en los cuidados iniciales del RN y la existencia de redes de apoyo. En caso de detección de dificultades, derivar para realización de Visita Domiciliaria Integral.
- Observación in situ de la técnica de lactancia, junto con la entrega de recomendaciones específicas según corresponda.
- Orientación sobre Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- Educación y consejería sobre métodos de planificación familiar.
- Derivar a ginecólogo en caso de pesquisa de complicaciones. <sup>(3) (5)</sup>

### Referencias

1. Atención del puerperio y prevención de las secuelas invalidantes del posparto. Ministerio de Salud Argentina En: <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/PUERPERIO.pdf>.
2. Burroughs, Simón. Complicaciones del puerperio. En: Enfermería Materno-Infantil. 8ed. México D.F. Editorial. Mc Graw Hill interamericana. 2002. P 307-318. ISBN 9-701-038-363.
3. Normas de Atención en Puerperio. Maternidad Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
4. Reeder, Sharon y MARTIN, Leonide. Complicaciones en el posparto En: Enfermería Materno Infantil. 16 ed. México D.F. Editorial Linpicott. 1998. P 1097-1124. ISBN 0-397-54578-9.
5. Sally, b. olds; Marcia l. London; Patricia A. Ladewig. en: Enfermería materno infantil. México DF 1987 ISBN 968-25-1150-X.
6. Ministerio de Salud. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (2008).

## 6. Recomendaciones de la O.M.S. para la prevención de resultados no deseados en el puerperio

Estas recomendaciones tienen como principios que:

- Cada mujer tenga el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada.
- La mujer tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluso participar en el planeamiento, realización y evaluación de la atención.
- Los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos para la comprensión e instrumentación de una atención prenatal apropiada.

**El neonato sano debe permanecer con la madre** cuando así lo permite el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido sano justifica la separación de la madre.

**Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento**, inclusive antes de que la madre salga de la sala de parto.

**Deben identificarse las unidades de atención obstétrica** que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento, a fin de que sirvan de modelo para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.

**Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas** que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto recién después de una evaluación adecuada.

### Referencia

Reunión de la OMS. Plan Regional de Acción para la reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Washington D.C. 1993.

## 7. Visita domiciliaria (VD) madre-hijo en el posparto

### 7.1 Definición:

Es la atención integral de salud proporcionada en el hogar a grupos específicos de alto riesgo, considerándolos en su entorno familiar a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Visita domiciliaria agendada en forma consensuada, previamente con la mujer y su familia.

Se efectuará visita domiciliaria a las poblaciones de alto riesgo en los siguientes grupos:

- Embarazadas.
- Puérperas.
- Recién nacidos.
- Mujeres portadoras de patologías específicas.
- Mujeres adscritas a otras actividades del Programa de la Mujer que lo requieran

### 7.2 Objetivos:

- Evaluar las condiciones del entorno personal y la factibilidad de modificar los factores de riesgo biosicosociales detectados.
- Evaluar la evolución de la patología y comprobar el cumplimiento de indicaciones y tratamiento.
- Gestionar la coordinación con la Red Comunal Chile Crece Contigo para la activación de la oferta de prestaciones intersectoriales disponibles, según las necesidades del caso específico.
- Evaluar tipo de alimentación del recién nacido: la observación in situ de la técnica de lactancia, junto con la entrega de recomendaciones específicas según corresponda.

Recursos de apoyo (disponibles en <a href="http://www.crececontigo.cl">www.crececontigo.cl</a> )
Orientaciones técnicas Visita Domiciliaria Integral
Cartillas educativas: <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Lactancia Materna</li> <li>▸ Extracción de leche</li> <li>▸ Sueño infantil</li> <li>▸ Consuelo efectivo del llanto</li> </ul>
Videos Cápsula Educativas <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Postura para amamantar</li> <li>▸ Sueño seguro, postura correcta en cuna</li> <li>▸ Manejo respetuoso de cólicos</li> <li>▸ Apego seguro</li> </ul>

- Fomentar la adhesividad al control en el Centro de Salud.
- Coordinar con redes de apoyo existentes.

### 7.3 Actividades previas a la visita

Recopilar Antecedentes Generales:

- Nombre y RUT de la madre
- Escolaridad materna
- Madre adolescente
- Dirección de la vivienda
- Número telefónico de contacto

Recopilar Antecedentes del Parto:

- Edad Gestacional al momento del parto
- Fecha y hora del Parto
- Tipo de Parto
- Estado de los genitales (Episiotomía o Desgarros)
- Complicaciones
- Datos antropométricos del recién nacido al nacer (Peso, Talla, Perímetro craneano, APGAR)
- Fecha de alta
- Diagnósticos de alta del recién nacido
- Peso de Alta del recién nacido

### 7.4 Actividades durante la visita

- Saludar a la madre y su familia, presentándose con nombre, profesión y la razón de la visita.
- En caso de no ser invitada a pasar al hogar, pedirlo de la manera más respetuosa posible.
- Examen físico de la puérpera considerando horas posparto:
  - Aspecto general.
  - Control de signos vitales: temperatura axilar, frecuencia cardíaca y presión arterial.
  - Piel y mucosas.
  - Mamas (consistencia, tipo de pezones, presencia de grietas en pezones, calostro o bajada de leche, congestión mamaria y otros).
  - Abdomen, útero y genitales.
  - Características de los loquios.
  - Extremidades inferiores.
- Realizar Intervenciones y educación según necesidad.
- Realizar derivación a Urgencia Gineco Obstétrica si es necesario.
- Realizar examen físico general del recién nacido considerando horas de vida:
  - Control de signos vitales: temperatura axilar, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.
  - Color.
  - Tono.

- Textura de piel.
- Nevos, eritema tóxico.
- Peso en comparación al alta.
- Realizar examen físico céfalo-caudal:
  - Cráneo, cara y cuello.
  - Tórax.
  - Brazos.
  - Abdomen (muñón umbilical).
  - Espalda.
  - Piernas y pies.
  - Caderas.
  - Área Genital.
  - Reflejos arcaicos.
- Evaluar tipo de alimentación del recién nacido:
  - Lactancia materna exclusiva.
  - Mixta.
  - Fórmula.
- Evaluar tipo de succión.
  - Funcional/Disfuncional.
  - Vigorosa /Débil.
  - Coordinada/Descoordinada.
- Realizar intervenciones y educación necesaria.
- Realizar derivación a Urgencia Pediátrica si es necesario.
- Evaluar cuidados generales del recién nacido:
  - Con quién y dónde duerme.
  - Condiciones de la habitación en que duerme (especialmente temperatura).
  - Habilidades de la madre en los cuidados básicos del recién nacido, como muda, aseo corporal y cordón umbilical.
- Evaluar Lactancia:
  - Técnica de amamantamiento.
  - Posición que utiliza.
  - Cantidad de ropa del RN al momento de amamantar.
  - Dolor al amamantar.
  - Problemas con el acoplamiento.
  - Niño(a) renuente a mamar.
- Realizar evaluación psicosocial:

- Con qué recursos económicos cuenta la familia para mantenerlo.
- Madre soltera.
- Antecedentes de depresión materna o baja de ánimo durante el embarazo
- Quién cuida al recién nacido, especialmente si la madre tiene muchas tareas caseras.
- Participación del padre en el cuidado del RN.
- Violencia intrafamiliar.
- Abuso de alcohol y drogas.
- Redes de apoyo.
- Apoyo y contención emocional si es necesario.
- Derivar si es necesario.
- Exploración del ambiente físico y vivienda:
  - Tipo de construcción (sólida, ligera, mixta).
  - Riesgos estructurales.
  - Fugas.
  - Ventilación.
  - Forma de comunicación (teléfono, internet).
  - Forma de acceso a centro de salud.
  - Aislamiento geográfico o del hogar.
  - Instalaciones satisfactorias para la preparación de los alimentos en casa.
  - Buenas condiciones de higiene en el hogar y en la familia.
  - Saneamiento básico completo (agua potable, luz, alcantarillado).
  - Formas de calefacción.
  - Ambiente libre de humo de tabaco.
  - Humedad.
  - Animales domésticos.
  - Hacinamiento y promiscuidad.
  - Limitación de visitantes.
  - Condiciones peligrosas o de riesgo de accidentes en el hogar (escaleras, enchufes y otros).
  - Cuentan con automóvil y asiento especial para recién nacido.
- Realizar intervenciones y educación según necesidad.
- Resumir lo conversado y asegurarse de que los padres y familiares comprendieron la educación entregada.
- Resolver dudas.
- Derivar a Centro de Salud y recalcar la importancia de la evaluación rutinaria de la madre y el recién nacido.
- Derivar a la red social, en caso que requiera intervención social.
- Registro en duplicado para ficha clínica y usuaria, de todas las actividades realizadas.



## 7.5 Procedimientos a seguir en los siguientes casos detectados en la VD:

### Sospecha clínica de hiperbilirrubinemia

- Educar a la madre y familia sobre los riesgos de una hiperbilirrubinemia en el recién nacido.
- Derivar a Urgencia Pediátrica.
- Informar a la madre y familia sobre una probable hospitalización o control ambulatorio de bilirrubina del recién nacido en los próximos días.

### Sospecha de deshidratación neonatal

Informar a madre del recién nacido y su familia sobre el hallazgo encontrado y posibles problemas derivados de él.

Derivar a Urgencia Pediátrica.

### Patología Grave (Dificultad respiratoria, Sospecha Infección o Cardiópata)

- Informar a madre del recién nacido y su familia sobre el hallazgo encontrado y posibles problemas derivados de él.
- Derivar a recién nacido a Urgencia Pediátrica.

### Descenso de peso mayor al 10% sin deshidratación, asociado a hipoalimentación por calostro escaso

- Evaluar y reforzar técnica de lactancia.
- Control de peso en el Hospital en 24 horas, sino aumenta, indicar primero alimentación suplementaria con leche extraída y derivación a APS.
- Derivar a control médico.

## IV. COMPLICACIONES PUERPERALES

### 1. Hemorragia del posparto

La **Hemorragia posparto** es una de las complicaciones más frecuentes del período del alumbramiento y puerperio inmediato, 150.000 mujeres mueren por hemorragia del posparto en el mundo.

(11) (12)

#### 1.1 Definición

##### No operacional

Pérdida mayor de 500 ml después de un parto vaginal o mayor a un litro después de una cesárea, con una reducción de un 10% del hematocrito.

##### Operacional

Sangrado genital excesivo después del parto, con aparición de signos y síntomas que traducen hipovolemia e inestabilidad hemodinámica.

#### 1.2 Etiología y factores de riesgo <sup>(1) (6) (12)</sup>

##### Clasificación

- **Temporal**

**Primaria:** es la que ocurre dentro de las 24 horas después del parto.

**Secundaria:** es la que ocurre entre 24 horas y 6 semanas después del parto. <sup>(2)</sup>

- **Etiológica (4 T) <sup>(1)</sup>**

<b>T- Tono:</b> Inercia uterina
<b>T- Tejido:</b> Restos placentarios- acretismo
<b>T- Trauma:</b> Lesiones del tracto, rotura uterina, inversión
<b>T- Trombina:</b> Alteraciones de la coagulación

**Tabla 1. Clínica**

Etiología	Hallazgos Clínicos
<b>Inercia uterina</b>	Útero mal contraído
<b>Lesiones del tracto genital</b>	Útero bien contraído, alumbramiento completo, visualización de desgarros y/o hematomas
<b>Restos placentarios</b>	Tono uterino disminuido, extracción de restos de membranas durante la exploración. Alumbramiento incompleto.
<b>Trastornos de la coagulación</b>	Útero retraído. No se demuestran lesiones del canal vaginal, ni retención de restos placentarios. Se produce alumbramiento completo. Antecedentes de coagulopatías o Hipermenorrea o gingivorragia.

### 1.3 Medidas de prevención

- Vigilancia: siempre atento
- Manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto: <sup>(9)</sup>
  - Uso de 5-10 U de ocitocina IM o en bolo directo ó 20-40 U en Infusión continua
  - Tracción suave del cordón umbilical con contra-tracción suprapúbica
  - Evaluar fondo uterino luego de la expulsión de la placenta <sup>(1) (3)</sup>
- Evitar la instrumentalización.
- Uso de episiotomía selectiva.
- Uso de Carbetocin IM o EV en pacientes sometidas a cesárea. (Carbetocin 100 mg EV por 1 vez).  
<sup>(7)</sup> Alternativa ocitocina IM o EV. No se recomienda ocitocina en infusión continua en cesárea.

### 1.4 Manejo de la hemorragia posparto primaria

- En lo posible debe ser etiológico.
- Simultáneo, coordinado y multidisciplinario.
- Manejo práctico y consensuado.
- Sólo personal indispensable y con roles claramente definidos.
- Monitorización y control continuo.
- Informar a usuarias y familiares.
- Regla de oro: salvar la vida, no la fertilidad. <sup>(1) (2) (3) (8) (11)</sup>

#### Tiempo 0

- Sospechar, diagnosticar y actuar en forma proactiva, tratando de realizar diagnóstico etiológico (4 T).
- Solicitar ayuda.
- Dos vías venosas e inicio de la administración de cristaloides (Ringer Lactato o SF)
- ABC materno administrar oxígeno, iniciar monitorización de signos vitales.
- Solicitar hematocrito, plaquetas y pruebas de coagulación.

#### Tiempo 0 - 30 minutos

- Mantener monitorización de signos vitales.
- Revisión instrumental y extracción manual de placenta, si corresponde.
- Compresión manual del útero. Masaje uterino externo
- Reparación de desgarros y laceraciones
- Iniciar administración de ocitocina en bolo (5 -10 U ev.) y/o infusión continua.
- Mantener infusión de ocitocina (20 U en 500 cc. de Suero fisiológico a 125 ml/ hora).
- Administrar metilergonovina 1 ampolla IM.
- Continuar con administración de cristaloides.

- Administrar Ringer Lactato o Suero fisiológico
- No hay ventaja del uso de coloides sobre cristaloides
- Tres veces el volumen de la pérdida estimada  
"la vida puede ser mantenida temporalmente manteniendo el volumen circulante y la función cardíaca, mientras se inicia el manejo con hemoderivados".<sup>(11)</sup>

**Tabla 2. Fármacos utilizados en hemorragia posparto, dosis, efectos adversos**

Druga	Dosis y ruta	Frecuencia	Comentarios
<b>Oxitocina</b>	10-40 U en 1 L (solución inyectable 5 U IV, 10 U IM)	Continuo	Hipotensión
<b>Misoprostol</b>	Comprimidos 200 mcg. 400-800 ug rectal, oral, sublingual	Dosis única	Fiebre
<b>Ergometrina</b>	Solución inyectable 0,2 mg/ml. 0.2 mg IM	Cada 2-4 h	Hipertensión (máximo 3 ampollas)
<b>Carbetocina (profilaxis)</b>	Solución inyectable mcg/ml. 100 mcg IV o IM (bolo > 1 min)	Dosis única	Inicio 1-2 min, dura 2 hrs promedio

Los productos farmacéuticos compuestos por Misoprostol son utilizados en el país de acuerdo a la evidencia científica que lo avala y respalda su uso seguro y eficaz; siendo empleados ya sea en las indicaciones autorizadas en el respectivo registro sanitario, según haya sido requerido por su titular, o en aquellos usos amparados por la evidencia clínico-científica reconocida por los organismos internacionales y en las guías clínicas del caso; debiendo ser usados bajo estricta supervigilancia médica. Lo mismo ocurre con otros fármacos, como el uso de corticoides en el manejo de la prevención de la membrana hialina.

Para estos efectos, queda bajo la responsabilidad de cada establecimiento de salud establecer un procedimiento ad-hoc para asegurar la debida supervigilancia profesional en el uso del fármaco antes señalado, tanto en su adquisición, almacenamiento, dispensación, uso, como administración. Corresponderá a los encargados del área de farmacia de dichos establecimientos, controlar estos medicamentos, llevando los registros y recetas que respalden su correcto uso.

### Tiempo 30 - 60 minutos

- Mantener vigilancia del estado general y signos vitales
- Sonda Foley y comenzar a medir diuresis
- ATB profilácticos (Clindamicina 600 mg c/8 horas + Ceftriaxona 1 gr EV)
- Uso de Misoprostol 600-800 mg rectales
- Masaje uterino bimanual (ver figura 1)
- Comenzar reposición de hemoderivados (ver tabla nº3)
  - Solicitar exámenes antes de la indicación
  - No es terapia para expansión del volumen

- Indicada cuando se ha documentado la pérdida, cuando clínicamente sea necesaria y/o cuando exista sangrado activo
- Siempre si Hb < 6 - 8 g/dl (24%)
- Usar en proporción de GR4: PFC2: Plaquetas 1 <sup>(10) (11)</sup>
- Mantener Hematocrito > 21%
- Plaquetas > 50 mil/mm<sup>3</sup>
- Fibrinógeno > 100 mg/dL
- INR < 1.5

**Tabla 3. Hemoderivados: Contenido y efectos**

Producto	Volumen x unidad	Contenido	Efecto
<b>Glóbulos Rojos (GR)</b>	240	GR y muy poco de todo lo demás	Aumento del Hto en 3%
<b>Plaquetas</b>	50	Plaquetas	Aumenta recuento plaquetario 5-10 mil/mm <sup>3</sup>
<b>Plasma fresco</b>	250	Factores de coagulación	Aumenta fibrinógeno en 10 mg/dL
<b>Crioprecipitado</b>	40	Fibrinógeno, factores VIII y XIII y vWF	Ídem + aporte de vWF

- Evaluar necesidad de drogas vasoactivas. <sup>(5) (10) (11)</sup>
  - Manejo de anestesiólogo o médico UCI
  - Mantener PAM entre 60 - 80 mm Hg
  - (PAM : PAD + (1/3 PAS - PAD)

### Después de 60 minutos

Una vez agotados los tratamientos médicos, si persiste la hemorragia debe plantearse el tratamiento quirúrgico. <sup>(11)</sup>

- El tipo de tratamiento quirúrgico va a depender de la paridad, presencia de trastorno de coagulación y experiencia quirúrgica
- Alternativas:
  - Ligadura de arterias uterinas (Tratamiento conservador)
  - Ligadura de arterias hipogástricas (Tratamiento conservador)
  - Packing uterino (Tratamiento conservador, controvertido, principalmente en lugares sin acceso a pabellón o experiencia quirúrgica). Se recomienda packing con uso de 5 ó 6 compresas anudadas embebidas con suero o antiséptico, dentro de la cavidad. Balón de Bakri en lugares donde esté disponible. Mantener packing por 6 a 24 horas, mientras se traslada.
  - Sutura de B- Lynch (Tratamiento conservador, ver figura 2), se recomienda uso de sutura de reabsorción lenta (poliglactina - vicryl <sup>®</sup>)
  - Histerectomía obstétrica total o subtotal.

Tabla 4. Técnicas quirúrgicas usadas en hemorragia posparto <sup>(3) (8)</sup>

Técnica	Comentario
Revisión instrumental	Acompaña a la revisión del canal
Ligadura de arteria uterina	Bilateral, opcional vasos útero-ováricos
Sutura de B-Lynch	Tratamiento conservador
Ligadura de arteria hipogástrica	Requiere experiencia y rendimiento modesto.
Reparación de la sutura	Si es posible, considerar deseo de fertilidad
Histerectomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acretismo placentario</li> <li>• Inercia uterina que no responde a tratamiento médico</li> <li>• Rotura uterina que no es posible reparación quirúrgica.</li> <li>• Compromiso hemodinámico severo o shock hipovolémico.</li> <li>• Trastorno de coagulación compensado.</li> <li>• En casos de relaparotomización</li> </ul>

Figura 1: Masaje uterino Bimanual

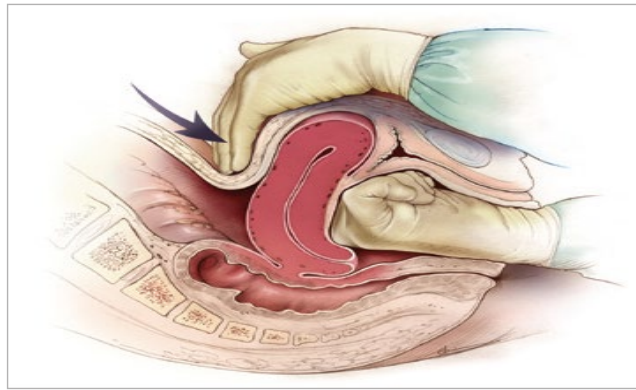
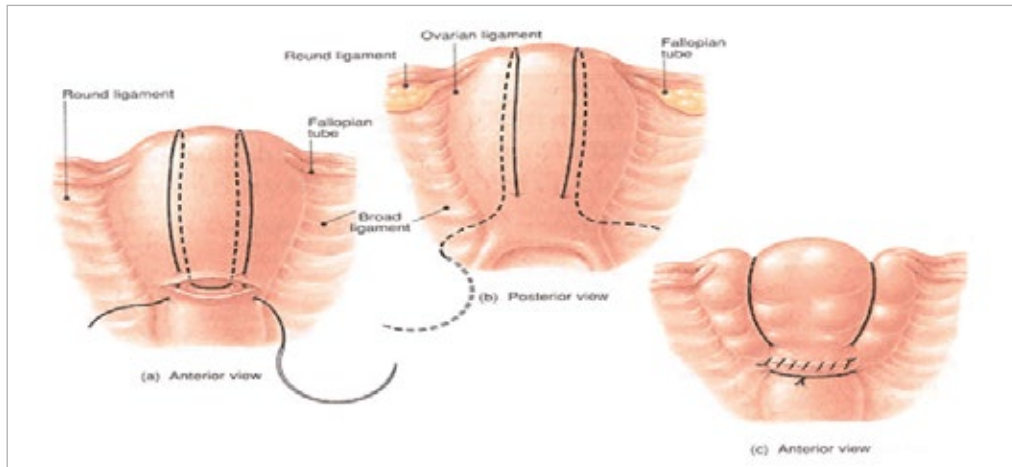
Fuente: [www.generoyasaludreproductiva.salud.gob.mx](http://www.generoyasaludreproductiva.salud.gob.mx)

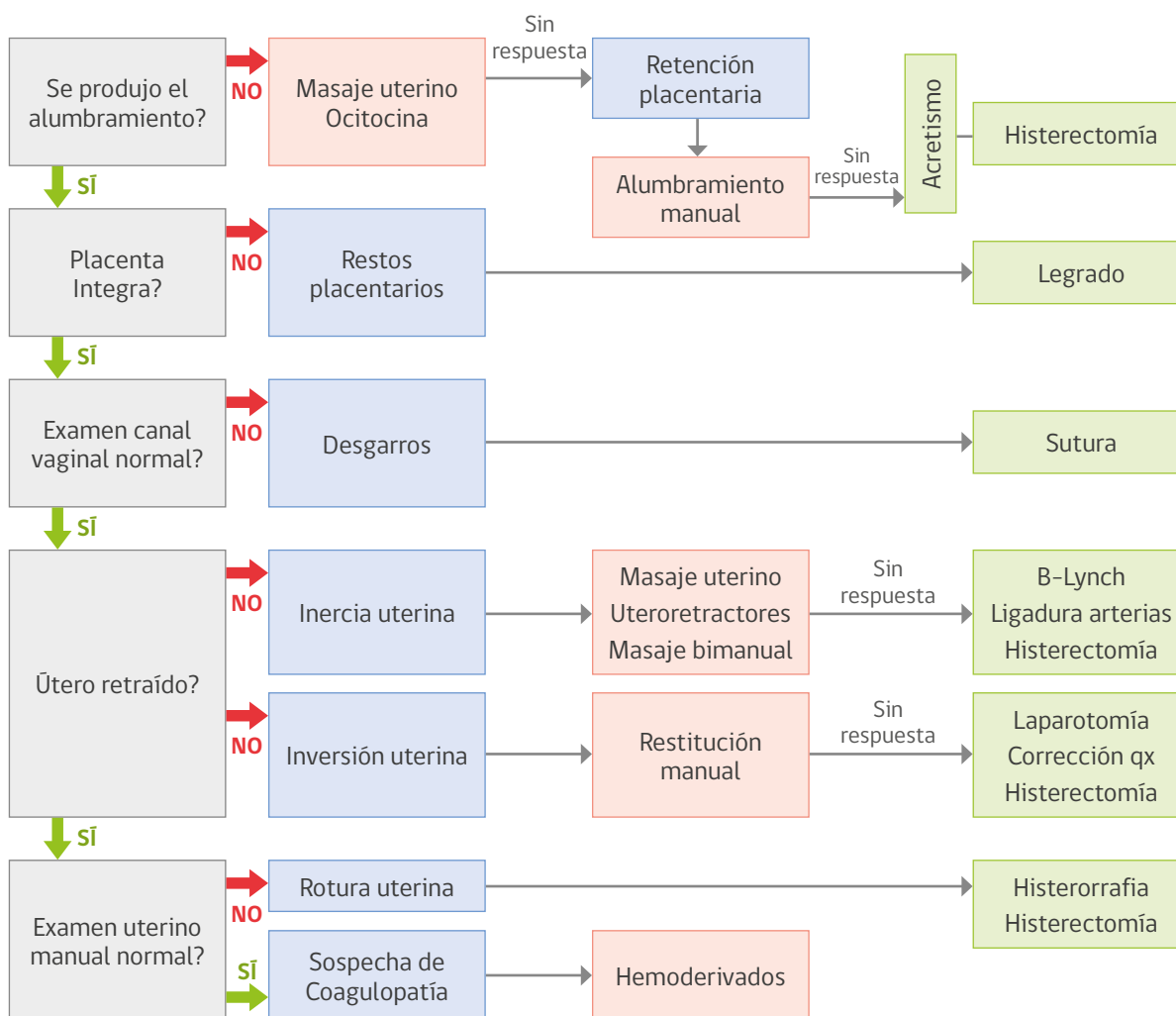
Figura 2: Técnica quirúrgica de B-Lynch



Fuente: Blanco Guerrero M et al. Técnica de B-Lynch en el control de la hemorragia posparto. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51(9):513-9

### Algoritmo Manejo de la Hemorragia del Posparto Primaria

- Sospechar y realizar diagnóstico etiológico
- Solicitar ayuda
- Dos vías venosas e inicio administración de cristaloides (Ringer Lactato o SF)
- Administrar oxígeno
- Iniciar monitorización
- Solicitar hematocrito, plaquetas y pruebas de coagulación



Fuente: Figueroa C. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital La Florida.

### 1.5 Hemorragia Posparto Secundaria

Se presenta en el 0.5 a 2% de las mujeres.

#### Causas

- Idiopática.
- Restos placentarios.
- Infección.
- Trastornos de la coagulación (Enfermedad de Von Willebrand).
- Malformaciones arteriovenosas.

#### Tratamiento

- a. Uterotónicos
  - Ergometrina 1amp IM c/12 horas.
- b. Antibióticos amplio espectro asociados
  - Clindamicina 600 mg c/8 IV + Gentamicina 3-5 mg/kg/día.
  - Clindamicina 600 mg c/8 IV + Ceftriaxona 1gr IV/día.
- c. En caso de metrorragia importante y evidencia de restos uterinos, asociar legrado Uterino por especialista (en casos seleccionados). <sup>(2), (11)</sup>

### 1.6 Plan de cuidados por matró(a)

#### Mujer con antecedentes de metrorragia posparto

##### Objetivos

- Evaluar mujeres resueltas con metrorragia del posparto
- Prevenir y detectar mujeres con metrorragia del posparto

##### Personal responsable

- Matró(a) clínica de la unidad

##### Actividades de matró(a)

##### Prevención

- Valorar consistencia, tamaño y posición del fondo uterino.
- Estimular masaje uterino.
- Evaluar la cantidad y calidad de los loquios cada 15' durante la primera hora.
- Evaluar estado general
- Realizar control de tensión arterial y frecuencia cardiaca.
- Estimular la micción espontánea, para favorecer la retracción uterina.
- Realizar y controlar el balance hídrico.



**Mujer inestable y/o en observación**

Evaluación y observación en unidad de cuidados medios gineco obstétricos.

**Mujer estable resuelta con tratamiento médico**

- Reposo absoluto si corresponde, durante las primeras 6 horas.
- Reposo relativo con levantada asistida.
- Vigilancia de ingesta líquidos abundante.
- Evaluar estado general.
- Control de signos vitales cada 6 hrs.
- Apósito genital.
- Observación de metrorragia cada 1hr., durante las primeras 2 horas y luego cada 4 horas o según indicación médica. Considerar:  
Cantidad: Considerar excesiva si la pérdida es mayor a una compresa empapada.  
Color: Primeras 24 horas de color hemático.  
Olor: Si es de mal olor.
- Evaluar altura uterina e involución.
- Supervisión de lactancia materna.
- Mantener vía venosa permeable.
- Indicar analgésicos por horario y según indicación médica.
- Realizar aseo genital según necesidad.
- Pesquisar signos de anemia.
- Toma de exámenes si corresponde.
- Vigilar y medir diuresis espontánea.
- Descartar globo vesical.
- Evaluación médica y cumplir indicaciones médicas.
- Registrar en ficha clínica.

**Mujer estable resuelta con tratamiento quirúrgico**

- Informar a la mujer su condición.
- Supervisar reposo absoluto si corresponde.
- De ser reposo relativo supervisar levantada asistida.
- Vigilar ingesta líquidos.
- Vigilar estado general.
- Control de signos vitales cada 6 hrs.
- Apósito genital.
- Observación de metrorragia cada 1hr., durante las primeras 2 horas y luego cada 4 horas o según indicación médica.

Considerar:

Cantidad: excesiva si la pérdida es mayor a una compresa empapada.

Color: primeras 24 horas de color hemático.

Olor: si es de mal olor.

- Evaluar retracción uterina e involución.
- Supervisión de lactancia materna.
- Mantener vía venosa permeable.
- Indicar analgésicos por horario y según indicación médica.
- Realizar aseo genital según necesidad.
- Pesquisar signos de anemia.
- Toma de exámenes si corresponde.
- Vigilar y medir diuresis espontánea.
- Descartar globo vesical.
- Evaluación médica.
- Registrar en ficha clínica.

#### **Mujer que presenta metrorragia en Unidad de Puerperio**

- Permeabilizar vía venosa con teflón N° 18 o 16 con cristaloides.
- Solicitar evaluación médica.
- Evaluar estado general.
- Control de signos vitales completo.
- Evaluar retracción uterina y masaje uterino, si corresponde.
- Uso de retractores de primera línea (ocitocina, methergin).
- Cuantificar sangrado (en cc o N° de apósitos o compresas).
- Evaluación de dolor con escala EVA.
- Toma de exámenes: hematocrito, plaquetas, pruebas de coagulación, Grupo Rh.
- Traslado a recuperación gineco obstétrica y/o pabellón si corresponde.

#### **En caso de traslado a centro de mayor complejidad**

- Traslado con 2 vías venosas.
- Resumen de traslado.
- Traslado con acompañante (matrón(a) y/o técnico paramédico).
- Informar a familiares o referente definido por la mujer.
- Consentimiento informado.

## Referencias

1. Advances in Labour and Risk Management (ALARM). Course Manual. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. 5th edition, volume 1, 1998.
2. Alexander, J, Thomas, P, Sanghera, J. Treatments for secondary postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 2002; :CD002867.
3. Blanco Guerrero M et al. Técnica de B-Lynch en el control de la hemorragia posparto. Prog Obstet Ginecol. 2008;51(9):513-9.
4. Bonnar, J. Massive obstetric haemorrhage. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynecol 2000; 14:1.
5. Canadian perinatal health report 2003. Ottawa: Health Canada; 2003. Cat no H49-142/2003E. Available: [http://www.phacaspc.oc.ca/publicat/cphr-rspsc03/pdf/cphr-rspsc03\\_e.pdf](http://www.phacaspc.oc.ca/publicat/cphr-rspsc03/pdf/cphr-rspsc03_e.pdf) (accessed 2006 Nov).
6. Callaghan, WM, Kuklina, EV, Berg, CJ. Trends in postpartum hemorrhage: United States, 1994-2006. Am J Obstet Gynecol 2010; 202:353.e1.
7. Combs, CA, Murphy, EL, Laros RK, Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. Obstet Gynecol 1991; 77:69.
8. Dansereau J, Joshi AK, Helewa ME, Doran TA, Lange IR, Luther ER, et al. Double-blind comparison of carbetocin versus oxytocin in prevention of uterine stony after cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1999; 180(3 Pt1):670-6.
9. Dildy GA, 3rd. Postpartum hemorrhage: new management options. Clin Obstet Gynecol 2002; 45:330.
10. Management of the third stage of labour to prevent postpartum hemorrhage. J Obstet Gynaecol Can 2003; 25(11):952-5.
11. Prata N, et al. Measurement of postpartum blood loss. BMJ 2010; 340: c 555.
12. Protocolo de manejo de la hemorragia Posparto. Maternidad Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
13. Sheiner, E, Sarid, L, Levy, A. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population based study. J Matern. Fetal Neo Med. 2005; 18:149.

## 2. Desgarros vaginales y hematomas

Durante el parto se pueden ocasionar desgarros y otras lesiones en el canal vaginal, muchas de ellas no diagnosticadas correctamente y que pueden originar problemas durante el puerperio.

### Clasificación

- Desgarro del cuello uterino.
- Desgarro vaginal.
- Desgarro vulvoperineal.
- Hematomas paragenitales: Supraaponeuróticos e Infraaponeuróticos.

#### Factores de riesgo

- Primiparidad.
- Fórceps.
- Preeclampsia.
- Trabajo de parto largo y laborioso.
- Macrosomía fetal.
- Trastornos de la coagulación.

### 2.1 Desgarro del cuello uterino

	Mecanismo de producción	Características	Clínica
Desgarro espontáneo	Producto del pasaje de la cabeza fetal por un cuello aún no dilatado totalmente o a causa de pujos prematuros en los partos espontáneos.	Son desgarros pequeños de no más de 1,5 cm. No necesitan tratamiento en la mayoría de los casos. El cuello presenta en el puerperio mediato un desgarro bicomisural, que cicatriza normalmente.	Poco sangrantes  Útero retraído
Desgarro artificial	Producidos por intervenciones realizadas con dilatación incompleta, dilataciones manuales del cuello, partos precipitados o fetos macrosómicos. Debida generalmente al desgarro de la rama cervical de la uterina.	Desgarros que miden más de 2 cm de profundidad a partir del borde externo del cuello, generalmente bilaterales; llegan a veces hasta la inserción de la vagina y aún más allá.	Muy sangrantes, con hemorragia roja y continua, a pesar de una buena retracción uterina.

### Tratamiento

- Adecuado diagnóstico mediante revisión del canal vaginal.
- Sutura inmediata del desgarro con Catgut crómico o Vicryl
- Antibióticos profilácticos. <sup>(3)</sup>

## 2.2 Desgarro vaginal

Es una lesión de la pared de la vagina, de trayecto lateral y longitudinal, que puede abarcar sólo a la mucosa, a todos los planos de la vagina, vejiga y recto. <sup>(3)</sup>

	Mecanismo	Diagnóstico	Complicaciones
<b>Desgarro vaginal</b>	<p>Secundario a partos forzados, rotaciones intravaginales con fórceps, dilataciones violentas de vaginas fibrosas, mal irrigadas o con cicatrices de partos anteriores.</p> <p>También puede producirse en partos de fetos voluminosos.</p>	<p>El tacto comprueba unas hendiduras abiertas en las paredes vaginales, que en ocasiones sangran copiosamente.</p> <p>Desde afuera, el desgarro no se aprecia si el periné está intacto.</p> <p>El diagnóstico se realiza mediante inspección visual</p> <p>Se completa el examen con sondeo vesical.</p> <p>Nunca olvidar el tacto rectal.</p>	<p>Fístulas véscovaginales.</p> <p>Fístulas rectovaginales.</p> <p>Incontinencia de orina, de materia fecal y anal.</p>

### Tratamiento

- Se sutura todo el espesor de la herida; si ésta es profunda o complicada, en dos o más planos, con las técnicas correspondientes a los órganos involucrados.
- Si la vejiga está afectada, es de rigor la colocación de una sonda foley por al menos 1 semana.
- Si se dispone, utilizar cistoscopia para evaluar compromiso ureteral en la sutura.
- Antibióticos profilácticos <sup>(1),(3) (5)</sup>

## 2.3 Desgarros vulvoperineales

Se distinguen cuatro tipos de desgarros del periné, de acuerdo con el grado de extensión:

Tipo de Desgarro	Compromiso	
<b>Primer grado</b>	Afectan únicamente a la piel	
<b>Segundo grado</b>	Afectan a la musculatura perineal	
<b>Tercer grado</b>	Incluyen al esfínter externo del ano	3a Lesión < 50% del esfínter
		3b Lesión > 50% del esfínter
		3c Lesión del esfínter externo e interno
<b>Cuarto grado</b>	Compromete la pared del recto	
<b>Centrales</b>	Desgarros centrales con conservación anatómica de la vulva y del ano	

### Según criterios Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) <sup>(8)</sup>

Los desgarros de primer y segundo grado no presentan secuelas. Los desgarros de 3º y 4º grado tienen riesgo de incontinencia anal.

### **Etiopatogenia**

Está en relación directa con la sobredistensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza u hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra.

#### **Factores condicionantes**

Primíparas  
 Gestantes tardías  
 Cicatrices anteriores  
 Edema  
 Periné alto de la pelvis en retroversión  
 Pelvis estrechas con ángulo púbico muy agudo  
 Variedades occipitosacras

### **Pronóstico**

Es bueno para los de primero y segundo grado; es reservado en los de tercero y cuarto, por las complicaciones sépticas que muchas veces hacen fracasar la sutura y el riesgo de incontinencia anal, que alcanza hasta un 60% de las pacientes que sufren éste tipo de lesiones y no se reparan adecuadamente.

Las cicatrices retráctiles de los desgarros vulvoperineales no diagnosticados ni tratados oportunamente, pueden originar dispareunia de penetración.

### **Tratamiento**

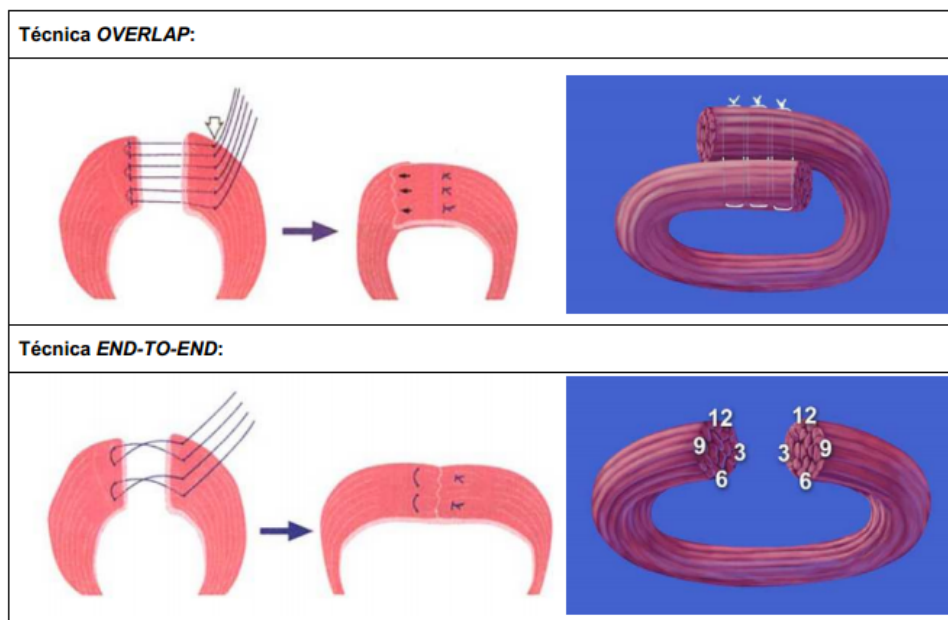
Sutura inmediata al alumbramiento, puesto que la herida no está aún contaminada. Es conveniente revisar el cuello y la vagina antes de suturar el periné.

### **Técnica**

- **En los desgarros de primero y segundo grado**
  - Se utiliza anestesia local.
  - Se practican puntos que afronten y tomen todo el espesor de la herida.
    - > Se identifica el ángulo del desgarro en mucosa y se realiza sutura continua con vycril 0.
    - > Luego se realiza sutura de los músculos con sutura continua con vycril 0
    - > Sutura de piel con punto continuo o separado con vycril o catgut crómico. <sup>(4)(8)</sup>
- **En el desgarro de tercer grado**
  - Se utiliza anestesia espinal.
  - Es fundamental una buena exposición y luz adecuada.
  - Se procede en forma similar al de segundo grado, es decir, plano por plano, teniendo especial cuidado de reparar previamente los cabos del esfínter externo que se hallan retraídos en la región marginal del ano. Se sugiere una sutura término-terminal con PDS 2/0 si está disponible, y siempre realizar un tacto rectal para descartar compromiso de la mucosa rectal (Ver figura N 1). <sup>(4)(8)</sup>
  - En el postoperatorio se debe cuidar la evacuación intestinal. Se procurará que la puérpera evacúe con regularidad y sin dificultades a partir del 2º día (uso de laxantes).

- Uso de antibióticos profilácticos (Idealmente cefalosporina de 1º generación. En pacientes alérgicas se sugiere gentamicina + metronidazol).<sup>(1)</sup>
- **En los desgarros de cuarto grado**
  - Anestesia espinal.
  - Es fundamental una buena exposición y luz adecuada.
  - Tacto rectal para el diagnóstico de la lesión.
  - Solicitar ayuda a profesional con experiencia en la reparación de éste tipo de lesiones.
  - Cuidadosa reparación y hemostasia de la pared rectal y del esfínter del ano, conformando una espesa cuña a expensas de los músculos de la región, para luego suturar el tejido celular y la piel.
    - > Sutura de mucosa rectal con sutura continua vycril 2/0 convencional (no rapid) con puntos separados, sin penetrar toda la mucosa rectal.
    - > Sutura del esfínter: Si no se accede correctamente a sus extremos, debe disecarse con tijeras hasta conseguir extremos de fibras musculares. Se pueden utilizar 2 técnicas Overlap o end-to-end. (ver figura n° 1). Cabe destacar que ambas técnicas tienen igual resultado a futuro). Se puede suturar con vycril 2/0 convencional o PDS si está disponible.<sup>(4) (8)</sup>
    - > Sutura de mucosa vaginal, músculos y piel igual que descripción anterior.<sup>(4)</sup>
  - En el postoperatorio se debe cuidar la evacuación intestinal. Se procurará que la puérpera evacúe con regularidad y sin dificultades a partir del 2º día (laxantes)
  - Uso de antibióticos.

**Figura 1: Técnicas de reparación de Desgarros**

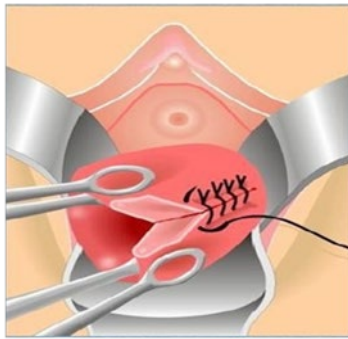


Fuente: López, M. Protocolo: lesiones perineales de origen obstétrico: diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Servei de medicina maternofetal, Hospital Clínic de Barcelona

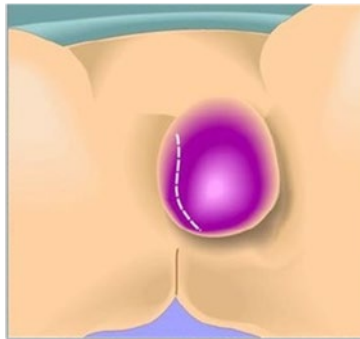
- **En el desgarro central del periné**

- Anestesia espinal.
- Siempre realizar tacto rectal, para descartar otro tipo de lesiones.
- Cuidadosa reparación y hemostasia.
- Se secciona el puente representado por la horquilla, transformándolo en un desgarro común a los efectos de la reparación.
- Uso de antibióticos. <sup>(1)</sup>

**Si la cicatrización no fuera correcta en algunos de los desgarros, se esperará tres o cuatro meses para la restauración definitiva de la lesión.** <sup>(2)</sup>



Desgarro cervical



Hematoma infraaponeurótico

### Seguimiento al Alta

El 60 - 80 % de las mujeres permanecen asintomáticas al año. El resto presenta incontinencia de gases y fecal. <sup>(1) (4)</sup>

### Se sugiere como seguimiento:

- Primera citación al mes
- Luego citación cada 3 meses para evaluación clínica, hasta el año.
  - Valoración de síntomas de incontinencia
  - Exploración pélvica
  - Recomendación de ejercicios
- En caso de persistencia de síntomas, derivación a uroginecólogo o coloproctólogo

## 2.4 Hematomas paragenitales puerperales

Se designan con este nombre los derrames sanguíneos que se producen en el espesor del tejido conectivo pericervical, perivaginal o perivulvar.

La sangre derramada se infiltra en el tejido celular y queda allí localizada, o se extiende hasta el espesor del labio mayor y de allí al periné, al ano o al hueco isquiorrectal, o bien asciende por el retroperitoneo hacia el ligamento ancho, a la región perirrenal y aun hasta el diafragma. <sup>(3) (4) (5)</sup>



### Condicionante

- La principal es la gran vascularización de todo el aparato genital y la estasis venosa por la dificultad en la circulación de retorno.
- Los espacios texturales están muy laxos y vascularizados, lo que permite el clivaje y deslizamiento, de tal manera que la menor lesión vascular hará que la sangre se derrame sin obstáculo y llegue muy lejos, ocupando estos espacios libremente. <sup>(6)</sup>

Clasificación hematomas paragenitales puerperales			
	Mecanismo	Clínica	Pronóstico
<b>Supraaponeuróticas</b>	Colecciones hemáticas, situadas por arriba del diafragma pelviano accesorio y del elevador (parametrio y ligamento ancho).	Prominencia palpable por encima del ligamento de Poupart.  El ligamento ancho suele presentarse completamente desplegado y la sangre invadir el espacio cervicovaginal y hacia atrás el retroperitoneal.  El útero está elevado y desplazado hacia el lado opuesto.	Son cuadros graves en los que la hemorragia se debe a la lesión de vasos importantes, sobre todo venosos.
<b>Infraaponeuróticas</b> <b>Situadas por debajo (paracolpo, vulva y periné).</b>	Se deben a la rotura espontánea o traumática de una várice vulvovaginal, es durante el parto cuando la congestión de los órganos pélvicos, aumentada por la dinámica uterina, favorece la efracción vascular producida por el pasaje del feto a frote.	Suelen tener un tamaño variable. Sensación de cuerpo extraño y ardor en la región vulvoperineal. Dificultad en la micción, defecación retención de loquios. Tumor ovoideo y tenso vulvar.	Si son pequeños, pueden reabsorberse espontáneamente. En los grandes el crecimiento cesa al equilibrarse la presión sanguínea. Al poco tiempo aumentan de consistencia al coagularse la sangre.  Espontáneamente, los hematomas pueden abrirse al exterior por esfacelo de la pared, complicándose el pronóstico con la infección

### Tratamiento

Depende de la evolución y tamaño.

#### Si el hematoma está cerrado, estable:

- Mantener conducta expectante durante 24 a 48 horas, aguardando que la hemorragia se detenga y los vasos que sangran se ocluyan, a fin de evitar una hemorragia al abrir el saco. <sup>(9)</sup>
- Se colocará una bolsa con hielo in situ.
- Administración de antibióticos.

- **Si hematoma < a 5 cm.**, mujer estable y sin compresión uretral, se sugiere reposo, compresión y vigilancia
- **Si hematoma > a 5cm.**, inestabilidad hemodinámica o compresión uretral, cirugía por equipo ginecológico experto. Si se dispone de radiólogos intervencionales con experiencia en éste tipo de problemas, pudiera ser una alternativa de manejo.
- Pasada las 48 horas se realizará una incisión paralela a la hendidura vulvar, en el límite entre piel y mucosa, y luego de evacuar digitalmente los coágulos,
- Se suturará, cuidando de dejar una brecha en su punto declive para facilitar el avenamiento. <sup>(5)</sup>

#### **Si el hematoma está abierto o inestable**

- Se sugiere exploración quirúrgica y tamponamiento vaginal.
- Tratar la anemia y el shock si existen.
- Se indicará reposo en cama durante la evolución del proceso.
- Uso de antibióticos.

El alta debe ser otorgada por médico.

## **2.5 Plan de cuidados por matrona(ón)**

### **Hematomas paragenitales y desgarros puerperales**

#### **Objetivos**

Entregar a la usuaria una atención integral y de calidad, tras presentar un hematoma o desgarro puerperal.

Prevenir complicaciones maternas derivadas de esta patología.

#### **Manejo en unidad de cuidados medios gineco obstétricos**

##### **Responsables**

- Matrón(a) Clínica de la unidad

##### **Actividades Matrón(a)**

##### **Hematoma y desgarros.**

- Categorizar riesgo dependencia, para definir destino de traslado.
- Elaborar y vigilar cumplimiento del plan de atención integral.
- Uso de brazalete de identificación.
- Vigilar cumplimiento de reposo indicado.
- Control de signos vitales cada 1 hora (FC, PA y T°).
- Solicitar evaluación médica, si corresponde.
- Cumplir indicaciones médicas: Toma de exámenes, administración de frío local, administración de medicamentos, vía venosa permeable, vigilar diuresis (sonda vesical) y otros.
- Evaluación de matrón(a) horaria que implica: valorar estado general, condición obstétrica y sintomatología: dolor, aumento de volumen en la zona observada, coloración de la zona.

- Aseo y confort de la mujer
- Traslado de la mujer a la Unidad de Puerperio, con indicaciones médicas.

### **Manejo en Unidad de Puerperio**

#### **Responsable**

- Matrón(a) Clínica de la unidad

#### **Actividades Matrón(a)**

- Categorizar riesgo dependencia, para definir destino de traslado
- Vigilar uso de brazalete de identificación
- Control de signos vitales cada 8 horas o según indicación médica.
- Control obstétrico cada 8 horas o según indicación médica:
  - Valorar estado general,
  - Valorar dolor.
  - Observar aumento de volumen y coloración de la zona.
  - Observar flujo genital.
  - Medición de la primera diuresis.
  - Primera levantada asistida.
  - Apoyo en la atención del RN en caso necesario.
  - Supervisión y apoyo de lactancia.
  - Avisar en caso de dolor.
- Tramitar Interconsultas, órdenes de exámenes, recetas (verificar disponibilidad de medicamentos).
- Toma de exámenes de laboratorio.
- Educar sobre autocuidado, acorde a su patología.
- Coordinación con otras unidades en caso de traslado de la usuaria y su RN.
- Dar indicaciones médicas al alta
  - Reposo relativo
  - Educar signos de alarma
  - Régimen común e ingesta de abundante líquidos
  - Aseo genital frecuente y ducha diaria.
  - Control en centro de salud del nivel primario.
  - Acudir a urgencia del Servicio de Obstetricia y Ginecología, en caso necesario.

## Referencias

1. Chatwani A., Sahpiro T., Postpartum vaginal hematoma and lower-extremity infection *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:598-600.
2. Guerriero S, Ajossa S, Bargellini R, Amucano G, Marongiu D, Melis GB Puerperal vulvovaginal hematoma: sonographic findings with MRI correlation. *J Clin Ultrasound*. 2004; 32(8):415.
3. Kiefer Daniel. Management of hematomas incurred as a result of obstetrical delivery. Upto-date junio 2013.
4. López, M.; Palacio, M. Protocolo: lesiones perineales de origen obstétrico: diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Servei de medicina maternofetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia y Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona
5. Márquez D, Di muro, J. Hematomas puerperales. En: Puerperio de alto Riesgo y sus Complicaciones AMOLCA 2012.
6. Muthulakshmi B, Francis I., Broad ligameny haematoma after a normal delivery *J Obstet Gynaecol* 2003, 23:669-70.
7. Saleem Z., Rydhstrom H. vaginal hematoma during parturition: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83:560-62.
8. Sultan R., Fernando R., Kettle C, Thakar R, Radley S. Métodos de reparación para lesiones obstétricas del esfínter anal. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2006, Issue 3. No.: CD002866. DOI: 10.1002/14651858.CD002866.pub2.
9. Zahn CM, Hankins GD, Yeomans ER. Vulvovaginal hematomas complicating delivery. Rationale for drainage of the hematoma cavity. *J Reprod Med*. 1996; 41(8):569.

### 3. Endometritis puerperal

#### 3.1 Objetivos

- Prevenir endometritis puerperal en mujeres de parto vaginal, fórceps o cesárea.
- Identificar los factores de riesgo.
- Elaborar un plan de manejo.

#### Responsable.

- De efectuar: médico, matrón(a).
- De supervisar: matrón(a) jefe de turno.

#### Generalidades

- La fiebre en el puerperio, puede ser expresión de bacteremia y su incidencia en pacientes obstétricas es de 7,5 a 8%. La fiebre en el puerperio no necesariamente significa enfermedad. Por ello, existe el concepto de morbilidad febril puerperal: es la fiebre sobre 38° C en 2 tomas separadas por 6 hrs, después del parto. Si ocurriera, se debiera considerar como patológica, investigar su causa y tratarla.
- El riesgo relativo de endometritis en la cesárea es de 12,8 respecto al parto.
- La endometritis post cesárea, es la causa más frecuente de fiebre en el puerperio y puede llegar al 56% vs 14% en el parto vaginal.
- En Chile la tasa media nacional de endometritis en el año 2012 para parto vaginal fue de 0,46% y para cesárea en trabajo de parto fue de 0,47%.
- El 4% de las bacteremias se complican con shock séptico cuya mortalidad es 3%.
- El 3% de las cesáreas se asocia a bacteremia, comparado con el 0,1% de los partos vaginales.
- El 15% de la mortalidad materna es de causa infecciosa. <sup>(1) (3) (4)</sup>

#### Factores de riesgo

FACTORES DE RIESGO	
Generales	Derivados de la atención clínica
<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Números de bacterias.</li> <li>▸ Virulencia del germen.</li> <li>▸ Lecho cruento amplio.</li> <li>▸ Vaginosis bacteriana (20% en embarazo)</li> <li>▸ Rotura prematura ovular &gt; a 12 horas.</li> <li>▸ Trabajo de parto prolongado &gt; 12 horas.</li> <li>▸ Parto gemelar por cesárea.</li> <li>▸ Bacterias de alto riesgo en líquido amniótico (Staphylococcus aureus, Estreptococo grupo A y B, bacterias gram (-), Clostridium, Bacteroides, Micoplasma y Ureaplasma).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Número de tactos vaginales &gt; a 6.</li> <li>▸ Instrumentación uterina (revisión de cavidad), utilización de fórceps.</li> <li>▸ Cesárea en trabajo de parto.</li> <li>▸ Cesárea electiva y/o urgencia sin profilaxis ATB.</li> <li>▸ Quiebre de técnica aséptica y/o quirúrgica.</li> <li>▸ Cirugía de tiempo prolongado (mayor a 55 minutos).</li> </ul>

### Tipos de endometritis <sup>(4)</sup>

Tipo de endometritis	Clínica
<b>Leve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T° ≤ 38° C, loquios turbios de mal olor, sin dolor y sin compromiso del estado general.</li> </ul>
<b>Severa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T° &gt; 38° C, loquios turbios de mal olor, sensibilidad a la palpación uterina y compromiso del estado general.</li> </ul>

### 3.2 Criterios diagnósticos

El diagnóstico es clínico, hemocultivo y muestra de tejido endometrial no son aplicables:

- Fiebre > 38° C axilar.
- Loquios turbios y mal olor.
- Dolor y subinvolución uterina. El dolor es muy inespecífico, sobre todo en cesáreas, donde normalmente hay dolor en hemiabdomen inferior. La subinvolución uterina es muy variable de mujer a mujer y también es difícil de evaluar objetivamente.<sup>(1) (4)</sup>

### Complicaciones

Complicaciones	
Precoces	Tardías
Locales: miometritis, parametritis. Regionales: absceso tubo ovárico. Generales: sepsis.	Infertilidad. Salpingitis crónica. Algia pelviana crónica.

### 3.3 Medidas de prevención

#### Medidas comprobadas

- Control prenatal (considerar evaluación ginecológica).
- Diagnóstico y tratamiento de vaginosis previo al parto.
- Reducción de tactos vaginales, evaluar el grado de encajamiento de la cabeza fetal por vía abdominal, previo a decidir el tacto vaginal, aunque exista sensación de pujo.
- ATB profilácticos en cesárea electiva y/o urgencia (cefazolina 1 o 2 grs EV.) en el momento de la anestesia o al iniciar la incisión. No es necesario administrar el antibiótico post ligadura de cordón.
- Lavado de manos antes y después de examinar a cada usuaria, o en su defecto uso de alcohol gel con un lavado de manos tradicional cada 5 aplicaciones de alcohol gel.
- Uso de guantes estériles para examen vaginal.
- Lavado de manos quirúrgico de acuerdo a norma.
- Conservar técnica aséptica y quirúrgica adecuada.
- Disminuir manipulación uterina (revisión instrumental, alumbramiento manual, revisión histerografía).
- Evitar en la cesárea electiva la permeabilización del cuello con pinzas u otro instrumento, esto no es necesario para una adecuada salida de los loquios.<sup>(3)</sup>
- Aseo vulvar en parto vaginal y del abdomen en la cesárea, previo a pincelar con el antiséptico.

### Medidas inefectivas

- Rasurado pubiano, sólo se debe realizar tricotomía en el área donde irá la incisión.
- Desinfección del ambiente.
- No usar enemas evacuantes, fuera de ser inefectivo licúa las heces y hace más fácil su ascenso por la vagina. <sup>(3) (4)</sup>

### Medidas controversiales

- Aseptización vaginal.

### 3.4 Tratamiento

- El tratamiento es empírico y debe estar enfocado a una infección polimicrobiana.
- En endometritis leve se puede realizar tratamiento ambulatorio y oral.
- En cuadros severos se aconseja hospitalizar y realizar tratamiento endovenoso.

Esquema antibiótico	Comentarios
<b>Cuadros leves</b>	
Amoxicilina + Acido clavulánico 2 gr/día	Si el tratamiento es efectivo se mantendrá por 7 días.
Clindamicina 600-900 mg cada 8 horas IV o IM + Gentamicina 5 mg/kg IM	Si el tratamiento es efectivo se mantendrá por 7 días (la gentamicina por 72 hrs).
Azitromicina vía oral (500 mg diarios) + Gentamicina (5 mg/kg/día) IM	Alternativa en caso de alergia a Penicilina
▸ Si a las 72 horas no hay evidencia de mejoría clínica se deberá replantear el diagnóstico e iniciar tratamiento parenteral con igual esquema que las endometritis severas	
<b>Cuadros severos</b>	
Clindamicina 600-900 mg cada 8 horas IV + Gentamicina 5 mg/kg/día IM-IV	Elección Tratamiento por 7 - 10 días.
Clindamicina 600-900 mg cada 8 horas IV + Cefalosporina de 3º generación IV	Alternativa Tratamiento por 7 - 10 días.
Ampicilina (2 g cada 6 horas) + Gentamicina (5 mg/kg/día) + Metronidazol IV (1 g cada 12 horas)	Segunda elección (antibioticoterapia en infecciones propagadas o ante germen no sensible al esquema inicial). Recomendación de la OMS.
▸ Si luego de 72 hrs no se obtiene mejoría (desaparición de la fiebre y cambio de las características de los loquios), se replanteará el diagnóstico (propagación de la infección: absceso tubo ovárico, peritonitis, tromboflebitis séptica pelviana).	
▸ La resistencia microbiana es excepcional, como para decidir cambio de antibióticos, el hemocultivo recién puede ser leído a las 72 horas o más y el cultivo endometrial no se utiliza porque salen polimicrobianos y no hay como evitar la contaminación de la muestra con flora del cuello y vagina. (1) (2) (3) (4)	

### 3.5 Plan de cuidados por matró(a)

#### Objetivos

- a. Entregar a la usuaria una atención integral, de calidad y con enfoque al tratamiento de la endometritis.
- b. Prevenir complicaciones maternas.

#### Personal responsable

- Matró(a) clínica de la unidad

#### Actividades de matró(a)

- Categorizar riesgo dependencia.
- Elaborar y vigilar cumplimiento del plan de manejo integral.
- Vigilar cumplimiento de reposo relativo.
- Vigilancia de cumplimiento régimen común o liviano, según corresponda.
- Control de signos vitales (Tº, FC y PA) cada 6 horas o antes SOS (énfasis en Tº).
- Solicitar evaluación médica diaria o antes SOS.
- Evaluación de matró(a) diaria. Valorar estado general, condición obstétrica (énfasis en cantidad, olor y color de loquios) y sintomatología.
- Confección de tarjetero y supervisión de administración de medicamentos.
- Permeabilizar vía venosa, si procede.
- Supervisión de cumplimiento de plan de atención.
  - Aseo y confort.
  - Ducha diaria.
  - Uso de brazalete de identificación.
  - Medición de primera diuresis.
  - 1º levantada asistida.
  - Aseo genital frecuente, cambio frecuente de apósito genital.
  - Apoyo en la atención de RN.
  - Apoyo de lactancia.
  - Avisar en caso de dolor.
  - Avisar en caso de  $T^{\circ} \geq 38^{\circ} C$ .
  - Cuidados de vía venosa, si procede.
  - Observar loquios y estado general.
- Tramitar Interconsultas, órdenes de exámenes y recetas.
- Preparación física de la paciente en caso de exámenes (ecografías, TAC, etc).
- Toma de exámenes de laboratorio.
- Verificar buen funcionamiento de vía venosa (permeabilidad, sitio de punción sin signos de infección y/o flebitis y fecha de instalación).



- Registrar plan de atención en ficha clínica.
- Coordinación con otras unidades en caso de traslado de la puérpera y su RN.
- Educar sobre autocuidado acorde a su patología.
- Dar indicaciones al alta.
  - Reposo relativo.
  - Régimen común.
  - Aseo genital según necesidad y ducha diaria.
  - Control en APS.
  - Acudir a urgencia SOS.
  - Educación sobre la importancia del tratamiento antibiótico.
  - Registrar en ficha clínica.

## Referencias

1. Brumfield, Cinthia. Puerperal Infection after Cesarean Delivery: Evaluation of a Standardized Protocol. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 182:1147-1151 Ref.: 25 2000.
2. French LM, Smaill FM. Regímenes de antibióticos para la endometritis posparto. (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
3. Normas de atención de Endometritis. Maternidad Complejo asistencial Dr. Sótero del Río.
4. Silva, Sergio. *Infecciones en Ginecología*. Ed Mediterráneo. Segunda edición.

## 4. Infección de herida operatoria en el puerperio

### 4.1 Definición, factores de riesgo, diagnóstico

Es la salida de pus por algún sitio de la herida operatoria, en el caso de la puérpera puede ocurrir en la cesárea o la episiotomía. En etapas iniciales, no siempre se logra evidenciar material purulento, existe sólo inflamación asociada a una infección bacteriana. Es una de las infecciones más frecuentes en el puerperio.

Los microorganismos que invaden el sitio quirúrgico constituyen una flora mixta, aeróbica y anaeróbica que puede venir de una fuente endógena (vagina y periné) o exógena (el equipo quirúrgico o el medio hospitalario).

#### Factores de riesgos

- Rotura prematura de membranas.
- Número de tactos vaginales.
- Tiempo operatorio prolongado.
- Vaginositis vaginal.
- Infección ovular.
- Anemia.

#### Diagnóstico

Lo más importante es el diagnóstico precoz. De ello puede depender un tratamiento en base solamente con antibióticos, hasta la necesidad de un aseo quirúrgico con resutura de la herida, incluso riesgo vital. Para un adecuado y oportuno diagnóstico es necesario:

#### Observar la evolución del dolor post operatorio

Normalmente el dolor va aumentando progresivamente desde las 24 hasta las 72 horas como máximo y desde ese momento comienza a declinar progresivamente. Puede haber variaciones individuales de la sensación de dolor, según tolerancia de cada persona y el mayor o menor uso de analgésicos. Si el dolor en la herida, habiendo sido menor en este período, comienza a incrementar, así como la necesidad de analgésicos, esto es altamente sospechoso que la herida está expresando signos iniciales de infección, que obliga a inspeccionarla acuciosamente.

#### Retirar precozmente el apósito que cubre la herida

Al día siguiente o no más allá de las 24 hrs. Esto nos permite pesquisar a tiempo signos inflamatorios locales: edema, enrojecimiento y dolor, característicos de una infección de la herida por streptococcus grupo A, microorganismo que produce infecciones graves, incluso fasciitis necrotizante que se comienza a manifestar dentro de las primeras horas de cirugía. El retiro precoz del apósito, dejando la herida descubierta en forma permanente, no implica riesgo de infección, la costra que cubre el sitio de la incisión se hace impermeable a bacterias ya a las 6 horas de la cirugía.

#### Observar signos de infección

Enrojecimiento con edema en zonas bien definidas. El enrojecimiento en toda la herida, sin edema y alrededor de los puntos es inflamación, no infección. En caso de sospecha de una infección, comprimir y ver si se obtiene material purulento. El enrojecimiento en placas, de borde cercenado,

especialmente si se acompaña de dolor importante en esa zona, puede ser el inicio de una fasciitis necrotizante. Marcar con un bolígrafo el borde y observarlo en las próximas 6 horas, si aumenta en extensión y en sintomatología, comenzar tratamiento como fasciitis necrotizante.

### Laboratorio

Vigilar si la paciente tiene fiebre, leucocitosis sobre 15.000, VHS sobre 60 mm o PCR sobre 60 mg/L. Son elementos sugerentes de un eventual compromiso sistémico de la infección de la herida, descartadas otras causas.

## 4.2 Manejo

### Utilización de antibióticos

Utilizar antibióticos sólo en casos de fiebre y/o compromiso de los bordes, especialmente si hay alteraciones de laboratorio y signos sospechosos de fasciitis necrotizante.

No utilizar antibióticos en caso de heridas abiertas, en curación, especialmente si no hay fiebre ni compromiso inflamatorio de los bordes.

Esta medida es válida también aunque en un cultivo se hubiera desarrollado un microorganismo multirresistente: enterococo, acinetobacter y otros, ya que son bacterias que están en la herida como contaminantes. El uso de antibióticos, sólo perpetuará el fenómeno y producirá la emergencia de otras bacterias multirresistentes, sin mejorar el pronóstico ni el tiempo de curación. En estos casos se justifica sólo medidas de aislamiento de contacto para evitar infecciones cruzadas y proteger otras usuarias hospitalizadas, especialmente los post quirúrgicas.

Esquemas antibióticos	
Clindamicina + Gentamicina	30 mg/Kg/día cada 8 horas vía oral o IV 3 - 5 mg/Kg/día IM
Clindamicina + Ceftriaxona	30 mg/Kg cada 8 horas vía oral o IV 1-2 gramos cada 12/24 horas IV
Ceftriaxona + Metronidazol	1 gr/día IV O IM 500 mg c/8 hrs IV
Amoxicilina + Ácido clavulánico.	500 / 125 mg cada 6 u 8 horas VO
Casos severos o graves, específicamente fasciitis necrotizante inicial o clínicamente evidente, agregar: Penicilina sódica 5 millones en bolo, IV cada 6 a 8 hrs. En mujeres alérgicas a penicilina: Clindamicina + Gentamicina + Metronidazol.	

### Toma de cultivo

No se justifica en forma rutinaria, especialmente porque no va a cambiar la conducta y porque sólo ocasionalmente se puede realizar cultivo anaeróbico, con mal rendimiento. Justificado como medida epidemiológica en casos de brotes intrahospitalarios.

### Retiro anticipado de puntos

- Si se observa salida de pus por uno o más sitios de la herida, es necesario retirar puntos y con la pinza explorar si bajo la piel o el punto vecino hay dehiscencia y material purulento, si es así, se sigue retirando puntos en la medida que sea necesario.

- Si hay un puente de piel con dehiscencia y material purulento por debajo, en la medida que la mujer lo tolere, se debe separar los bordes de piel adheridos.
- En caso de dolor, se puede administrar analgésicos IV o realizar el procedimiento bajo anestesia, si la cicatriz ya es muy resistente.
- Lo importante es dejar al aire la superficie dehiscente y con material fibrino purulento y no abrir la herida completamente en forma innecesaria.

Se debe lavar la superficie con suero fisiológico y retirar la capa de fibrino pus con tómulas de algodón inmersas en suero fisiológico, por arrastre o con las pinzas. La solución antiséptica se puede utilizar en los bordes de la herida y excepcionalmente en la superficie con fibrino pus el primer día.

Las curaciones deben realizarse dos a tres veces al día, dependiendo de lo productiva que esté la herida, vale decir, si hay demasiado material fibrino purulento o no. El objetivo final es tener una superficie de un color homogéneamente rosado a rojo oscuro, por lo menos en un 90% de la superficie total, situación apropiada para intentar una re sutura, en el caso que los bordes de la herida no se adhieran entre si espontáneamente. (Ver capítulo: curación de heridas infectadas)

### Alternativas de curación

Normalmente la superficie cruenta de la herida se puede limpiar con solución fisiológica, en caso de mala respuesta (en tres días) se pueden emplear otros métodos tales como: cambio de pH (bicarbonato-ácido acético), utilización de azúcar de mesa (sacarosa), miel, incluso parches especiales hidrófilos, según instrucción de cada fabricante.

### Resutura

Su objetivo es fundamentalmente estético y para acortar el período de cicatrización por segunda intención, que sin intervención puedes ser hasta de dos meses. Está indicada también cuando a pesar de una buena respuesta a las curaciones, los bordes no quedan al mismo nivel.

### Técnica:

- Anestesia regional o general.
- Aseptización de la piel.
- Seccionar los bordes, piel y celular hasta la aponeurosis en un grosor de 2 a 3 mm. extirpando toda la capa de fibrino pus. Si el fondo de la herida, no está en forma de un ángulo diedro, sino como una superficie de aponeurosis, se debe raspar ésta con el bisturí para extraerla.
- No realizar hemostasia rigurosa, dejar que sangre en napa, sólo coagular vasos arteriolares.
- Instalar un método de vacío en el celular, tipo Hemosuc.
- Puntos separados de catgut crómico # 1 al celular, sin dejar espacio entre celular y aponeurosis, evitando dejar anclado el catéter del Hemosuc.
- Puntos separados a piel.
- Retirar Hemosuc si tiene un flujo sero hemático menor de 30 cc/día

### 4.3 Fasceitis necrotizante

#### Definición

Es una infección grave de la herida operatoria (sitio quirúrgico), de rápida instalación que puede terminar con extensa destrucción de tejido. El agente etiológico más frecuente es el estreptococo grupo A, con fuente endógena o exógena (excepcional). Este microorganismo utiliza como punto de entrada la solución de continuidad de la herida, va produciendo rápidamente microtrombosis en celular y piel, lo que favorece la creación de un medio anaeróbico ideal para estimular su multiplicación y el desarrollo de su poder patógeno. La isquemia tisular favorece el rápido desarrollo de necrosis de estos tejidos. Su expresión clínica, a diferencia de la infección de herida habitual, es muy precoz, dentro de las primeras 6 a 12 horas post cirugía.

#### Diagnóstico

- Dolor intenso en parte o toda la herida, de aparición precoz, dentro de las primeras 24 horas post cirugía.
- Paralelo al dolor hay una zona de enrojecimiento y edema de la herida, de bordes circinados, de rápida instalación e invasión de los tejidos circundantes (en menos de 6 horas). Por esta razón, una vez sospechada la complicación, se debe marcar los bordes eritematosos con un lápiz, para ver su progresión. La zona enrojecida en un primer momento tiene hiperalgesia, luego, al cambiar de color por la necrosis a negro-violeta, se produce anestesia o hipoalgesia.
- Si no se plantea el diagnóstico y no se toman medidas terapéuticas a tiempo, la zona de necrosis de celular y piel avanza en horas, produce gran destrucción de tejido, sepsis y muerte.

#### Tratamiento

##### Tratamiento Médico

Con un diagnóstico muy precoz, puede intentarse manejo médico, con antibióticos solamente, sin necesidad de debridar la herida o aseo quirúrgico. **Esta decisión debe ser de exclusiva responsabilidad de personal médico entrenado y con experiencia** y debe ser planteada con plazos fijos de observación que no excedan de 6 horas para obtener una respuesta adecuada.

Antibióticos: Clindamicina + Gentamicina + Penicilina en dosis altas (5 millones de U. cada 6 horas, en bolo). En alérgicos a penicilina: Clindamicina + Gentamicina + Metronidazol.

##### Tratamiento quirúrgico

- Bajo anestesia, seccionar las zonas necróticas, piel y celular en forma progresiva y observar si hay sangrado en napa. Cuando ello ocurre es porque ya se ha llegado a tejido vital y no afectado.
- Generalmente no es necesario más que extraer celular y piel, excepcionalmente aponeurosis, si está necrosada y músculo, que se compromete con menos frecuencia dada su buena irrigación.
- Hacer el mínimo de hemostasia, por cauterización, preferir compresión con gasas o compresas.
- Se puede dejar la herida abierta.
- En casos sin gran extensión del compromiso de piel y celular, se puede intentar resutura, dejando drenaje tipo Hemosuc (Medida a ser tomada por personal entrenado y con experiencia, con observación estricta las primeras 24 hrs post operatorio.)
- **Cirugía reparadora diferida, si se requiere.**

#### 4.4 Granuloma de herida operatoria

##### Definición

Es una lesión inflamatoria crónica de la herida, como respuesta a la presencia de cuerpo extraño, en este caso material de sutura, secundariamente puede haber invasión bacteriana, que no es lo relevante, ya que el cuadro clínico es netamente dependiente de la presencia de estos elementos.

##### Diagnóstico

- Se presentan como pequeñas zonas solevantadas, que en un momento determinado se abren dando salida a material purulento espeso, algo blanquecino.
- Son zonas indoloras de la herida alternadas con zonas ya bien cicatrizadas.
- Esto ocurre temporalmente alejado de la fecha de cirugía, sobre las tres semanas en general, permaneciendo en el tiempo por varios meses.
- Se resuelven en forma espontánea, a veces, después de expulsar un trozo de material de sutura por su centro.

##### Tratamiento

###### Manejo Médico

- Explicar a la mujer que: a) No se trata de una infección de herida b) Es un problema de rechazo al material de sutura c) La herida ya no se va a abrir ni infectar d) No necesita curaciones.
- **No administrar antibióticos.**
- No necesita curación, ni en centro de salud ni en casa.
- Sólo indicar ducha, con chorro directo en la herida o con ducha teléfono dos o tres veces en el día.
- Colocar apósito limpio o gasa delgada (no necesariamente estéril) más bien con el fin de evitar mancharse la ropa interior.
- Evitar la humedad, después del baño, secar por palpación, dejar secar al sol o con secador de pelo.
- Puede salir espontáneamente algún trozo de material de sutura a través del granuloma. En este caso, aplicar solución antiséptica en los bordes y extraer el trozo con pinzas.
- Si al cabo de dos meses no hay involución espontánea, debe derivarse a nivel secundario para plantear otra línea de tratamiento.

###### Manejo a nivel secundario y terciario

- Si el granuloma es superficial, se puede intentar tocaciones con una barra de nitrato de plata en sesiones semanales. En general no se necesitan más de tres. Sólo debe ser aplicado por el equipo médico, no por la usuaria.
- Si existe un compromiso extenso de la herida y en el caso de las episiotomías, dolor y dispareunia, se puede realizar resección quirúrgica, bajo anestesia, de las lesiones. La técnica es la misma de las resuturas, ya descrito en párrafos anteriores.

#### 4.5 Medidas de prevención de infección de herida operatoria – cesárea

- Control prenatal según norma.
- Pesquisar y tratar la vaginosis previo al parto.
- Evitar trabajos de parto prolongados y restringir al máximo el número de tactos vaginales, especialmente si hay rotura prematura de membranas.
- Evitar el uso exagerado del electrocoagulador, hacer tomas finas al electrocoagular.
- Lavado profuso del celular, restregando, sea con la mano o con una compresa.
- Evitar los puntos al celular, a menos que tenga sobre 5 cm de espesor o queden espacios muertos al no poder coaptar los bordes adecuadamente.
- No utilizar parches que sellen la herida, usar apósitos simples, de gasa. Indicar ducha en cuanto la mujer pueda deambular, no importa que el agua tenga contacto con la herida. Secar por palpación.

#### 4.6 Manejo por matrón(a) de la infección del sitio quirúrgico en Unidad de Puerperio

##### Introducción

Las infecciones de la herida operatoria (IHO) son infecciones frecuentes en el país (3 a 25%) y una de las complicaciones más graves de la práctica quirúrgica. Las IHO presentan una alta incidencia y se asocian a morbilidad severa, con gran impacto socioeconómico, tanto para la usuaria como para los servicios de salud.

Los agentes causales principales son *Estafilococo aureus* y *coagulasa (-)*, ambos gérmenes de reservorio humano. Esto es determinante para evaluar la directa relación entre los procedimientos clínicos y la transgresión de normas relacionadas con la atención clínica, por lo que cobran mayor y estricta relevancia todas las recomendaciones y medidas comprobadamente efectivas en control de infecciones de la herida operatoria.

Las infecciones de la herida operatoria pueden producir complicaciones locales como celulitis, abscesos, necrosis séptica y tromboflebitis séptica; dependiendo de la localización, órganos o cavidades relacionadas con la cirugía, peritonitis, abscesos intra abdominal, empiemas. Por esta razón la infección del sitio quirúrgico se ha incluido en la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).

##### Objetivos

- Unificar criterios en la valoración, manejo y cuidados de las heridas operatorias en puerperio.
- Promover la optimización del manejo de las heridas en el post operatorio para mejorar la calidad y seguridad de los procedimientos.

##### Responsables

- Profesionales: Médicos, Matrones(as)

##### Definiciones

La infección de herida operatoria, es la presencia de secreción purulenta en el sitio de incisión quirúrgica con o sin cultivos positivos, incluido el sitio de salida de drenajes, que se presenta dentro de los primeros 30 días posterior a la cirugía.

## Factores de riesgo de infección del sitio quirúrgico

Factor	Características
<b>Del Usuario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Deficiente respuesta inmunitaria.</li> <li>▸ Desequilibrios dietéticos, como obesidad o desnutrición.</li> <li>▸ Diabetes Mellitus mal controlada.</li> <li>▸ Presencia de focos dístales: dentales, piel, etc.</li> <li>▸ Hábitos y forma de vida: estrés, alcoholismo, drogadicción, el tabaco y la falta de sueño y ejercicio.</li> <li>▸ Usuarios de terapia ACO.</li> <li>▸ Colonización nasal con Staphylococcus Aureus.</li> <li>▸ Índice ASA (riesgo quirúrgico) mayor de 2 (paciente con enfermedad sistémica moderada)</li> </ul>
<b>Del ambiente Clínico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Ambiente no controlado (Ej. ausencia de Normas de Circulación en Pabellón).</li> <li>▸ Ausencia de sistema filtración de aire.</li> <li>▸ Antisépticos y desinfectantes contaminados.</li> <li>▸ Material no estéril o sin garantía de esterilidad.</li> </ul>
<b>Preoperatorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Estadía preoperatoria prolongada.</li> <li>▸ Rasurado de la piel</li> <li>▸ Preparación de la piel inadecuada.</li> <li>▸ No uso de antibioprofilaxis</li> </ul>
<b>Intraoperatoria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Inoculación directa: Durante la intervención quirúrgica de:</li> <li>▸ Flora Endógena: Propia del paciente, tanto en la superficie de la piel como en los canales que se abren al exterior, residen comunidades de microorganismos que constituyen la flora normal.</li> <li>▸ Colonización hospitalaria: A las 48 horas de hospitalización, el usuario se encuentra colonizado con la flora hospitalaria.</li> <li>▸ Tejidos contaminados o infectados del huésped: los microorganismos se encuentran usuarios en el sitio quirúrgico.</li> <li>▸ Flora Exógena: Producida por: Manos del equipo quirúrgico o Material quirúrgico contaminado. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica quirúrgica traumática.</li> <li>- Hemostasia deficiente.</li> <li>- Quiebres en la técnica aséptica.</li> <li>- Cuerpo extraño intraabdominal.</li> <li>- Tiempo quirúrgico prolongado.</li> <li>- Hipotermia</li> <li>- Hipoglicemia intraoperatoria.</li> <li>- Experiencia quirúrgica del cirujano.</li> </ul> </li> </ul>



### Manejo de la herida en el post operatorio inmediato

- Si no presentan complicaciones, las heridas operatorias no deben ser manipuladas en el post-operatorio.
- Una vez finalizada la cirugía, la herida operatoria debe limpiarse con compresa húmeda estéril y luego ser cubierta con apósito estéril o plástico transparente estéril por la arsenalera y/o el cirujano.
- Los apósitos deben cambiarse sólo si están manchados, sueltos, húmedos o ante sospecha de infección del sitio quirúrgico.
- Todo apósito debe ser retirado a las 24 horas, indicando levantada y uso de ducha asistida por arrastre.
- Cuando sea necesario realizar curación, ésta debe ser hecha por personal clínico capacitado, utilizando técnica aséptica: lavado clínico de manos con jabón antiséptico antes y después del procedimiento y utilizando guantes estériles o de procedimientos, según sea herida abierta o cerrada.
- El material utilizado en las curaciones y que tenga contacto con la herida operatoria debe ser estéril.
- Las soluciones empleadas en curaciones, deben ser de uso individual.
- En la curación con riesgo de salpicaduras, se deben utilizar barreras protectoras (guantes, mascarillas, gafas).
- La herida operatoria debe mantenerse seca, por lo que no se recomienda el uso de gasas impregnadas con antiséptico sobre ella ya que la mantiene húmeda y hace permeable los apósitos a material no estéril (sábana, ropa) y el ambiente que la rodea.

### Manejo de drenajes

- Los drenajes deben ser evaluados diariamente y retirados tan pronto cese su indicación.
- Para cumplir su función aspirativa los hemosuc, deben mantenerse al vacío.
- Los drenajes deben ser manejados por personal clínico capacitado.
- Los drenajes deben ser mantenidos en circuito cerrado estéril.
- Los drenajes deben ser medidos y cambiados por otro estéril, con técnica aséptica rigurosa (lavado de manos, uso de guantes de procedimientos).
- Asegurar que la unidad permanezca situada por debajo del nivel del punto de inserción.
- Asegurar que el drenaje no toque el suelo.

### Manejo de herida operatoria infectada

Los procedimientos de curación deben estar protocolizados en cada uno de los servicios clínicos.

#### En presencia de una herida infectada debemos valorar los siguientes signos

- Calor local
- Eritema
- Dolor
- Edema
- Pérdida de la función

### Exámenes complementarios

- Cultivo anaeróbico y aeróbico positivo
- Aumento de Leucocitos y PCR

NOTA: La presencia de microorganismo en la herida sin signos locales de infección, indica la colonización de la herida.

### Técnica de curación

- Considerar técnica de manejo general de las heridas (descrito más abajo)
- En heridas infectadas, la mejor forma de limpiar es por arrastre mecánico suave.
- Si se requiere secar la herida se debe empapar suavemente con gasa sin friccionar, con el objetivo de proteger el tejido de granulación.
- El material contaminado debe eliminarse (según normas de IAAS).
- La irrigación a alta presión y la limpieza por fricción con algodón están contraindicadas, por interferir negativamente en el proceso de cicatrización.

#### Soluciones recomendadas para arrastre mecánico

- Solución Ringer Lactato
- Solución fisiológica 0.9%
- Agua bidestilada

- Los tres productos tienen un pH neutro que no altera el proceso de cicatrización.
- Las soluciones utilizadas en arrastre mecánico deben estar tibias.
- Las soluciones frías producen vasoconstricción que impide una limpieza adecuada de la herida y la llegada de micronutrientes necesarios para la cicatrización.
- Las soluciones calientes producen vasodilatación que facilita la hemorragia, retardando la cicatrización.

## 4.7 Curación general de las heridas

Es una técnica que favorece la formación de tejido de cicatrización en cualquier tipo de heridas.

### Objetivo

Favorecer la cicatrización de la herida de la mujer y prevenir la contaminación del ambiente inmediato, contener las secreciones y eliminar secreciones y tejidos desvitalizados.

### Responsables

Médico, Matrón(a), con la colaboración de Técnico Paramédico.

### Procedimiento

- Previo a la curación
- Lavado clínico de manos.
- Recolectar el material a utilizar y trasladarlo a la unidad.
- Saludar y llamar a la mujer por su nombre.

- **Informar a la mujer el procedimiento a realizar.**
- Resguardar la intimidad y nivel de autovalencia de la mujer.
- Manejar dolor con fármacos, si corresponde, según indicación médica.
- Colocar guantes de procedimiento.
- Acomodar la altura de la cama para favorecer su ergonomía y bajar una baranda, si procede.
- Solicitar o acomodar a la mujer en posición segura y dejando accesible la zona a curar.
- Desprender telas en dirección del vello y/o retirar apósito (tradicional o biológico). Utilizar suero fisiológico si está adherido el apósito tradicional.
- Eliminar apósito en bolsa desechable.
- Observar la herida y el apósito: cantidad, tipo, color y olor del exudado.

### **Durante la curación**

- Lavado clínico de manos.
- Abrir el equipo y material estéril.
- Colocar guantes estériles.
- Limpiar con técnica de arrastre mecánico, según tipo de herida con solución (Ringer lactato, suero fisiológico o agua bidestilada).
- Limpiar empapando de proximal a distal y de la zona más limpia a la más sucia y terminando en la piel que rodea la herida, a través de irrigación en la herida y pincelar la piel con gasa estéril en igual sentido.
- Desechar las gasas y apósitos utilizados para absorber después de cada uso.
- Eliminar o debridar tejido desvitalizado, si corresponde, a través de lavado con solución estéril o con maniobras instrumentales de cirugía menor.
- Tomar cultivo si corresponde de lo más limpio.
- Cubrir con apósito, gasa estéril o apósito interactivo.
- Fijar apósitos o colocar faja de contención, si corresponde.
- Dejar cómoda y segura a la mujer.
- Educar a la mujer y/o familiar en el autocuidado.
- Retirar el material.
- Retirar guantes y desechar.
- Lavado de manos.
- Registrar en hoja de atención.

### **Recomendaciones**

- Si no hay complicaciones las heridas no deben ser manipuladas.
- La frecuencia de las curaciones debe ser según necesidad.
- Al registrar el procedimiento se deben consignar los siguientes datos:
  - Condiciones de los apósitos y de la herida al comienzo de la curación

- Técnica específica realizada (lavado, debridación y otros).
- Soluciones usadas.
- Apósitos o fijaciones especiales.
- Un arrastre mecánico enérgico, puede producir hemorragia o aumentar la lesión por destrucción de tejido y está contraindicada, por alterar el proceso de cicatrización.
- El uso de tómulas y gasas para la limpieza friccionando está contraindicado con el objeto de proteger el tejido de granulación.
- Si es necesario secar la herida, se debe emparar con gasa sin friccionar.
- Los insumos utilizados deben ser de uso individual, si no se puede la solución debe cerrarse con tapa estéril y no guardar por más de 24 horas.
- Las soluciones usadas para arrastre mecánico deben estar tibias.
- Las soluciones frías producen vasoconstricción que impide una limpieza adecuada y la llegada de micro nutrientes para la cicatrización. Una solución caliente produce vasodilatación que facilita la hemorragia, retardando la cicatrización.
- Los antisépticos no están recomendados para realizar arrastre mecánico por su alto grado de toxicidad, a excepción de la Clorhexidina jabonosa al 2%, cuyo uso es controversial, recomendándose en heridas sucias o infectadas por períodos cortos, tres días máximo, una vez al día. Si se usa, formar abundante espuma y dejarlo actuar sobre la herida a lo menos tres minutos, luego lavar abundantemente con suero para eliminar el detergente de la Clorhexidina que altera el tejido de cicatrización.
- El principio básico para tratar las heridas infectadas, es el lavado por arrastre mecánico con suero fisiológico, suero ringer lactato o agua bidestilada, con la técnica correcta, las veces que sea necesario.
- Los antisépticos sólo están indicados en piel sana pues son nocivos para el proceso de cicatrización, ya que destruyen el Colágeno y algunos de ellos se inactivan con la materia orgánica.
- Registrar procedimientos en ficha clínica.

#### 4.8 Seroma

Se origina por la acumulación de grasa líquida, suero y líquido linfático debajo de una herida quirúrgica reciente. Es un problema muy común que se observa más frecuentemente en áreas del cuerpo donde hay un mayor porcentaje de grasa, aunque puede presentarse en cualquier ubicación.

#### Clínica

La piel por encima del seroma se puede observar brillante y puede haber dolor de leve intensidad a la palpación. En general no existe enrojecimiento y calor localizado.

El color del líquido que se extrae suele ser claro, amarillento y moderadamente viscoso. Se caracteriza por ser estéril, es decir, no hay presencia de bacterias.

#### Tratamiento

- Consiste en drenar el líquido al comprimir en forma espontánea o con jeringa y aguja sin tener que abrir la herida.
- Dicho procedimiento debe ser realizado con técnica aséptica con suero fisiológico

- Suele ser suficiente un solo drenaje
- Colocación de apósitos o gasa aplicando una presión suave que evite la reaccumulación de líquido.
- Se debe medir y anotar la cantidad de líquido drenado, para saber si cada vez el volumen es menor o ha aumentado.
- Se recomienda drenaje postural.

### Consideraciones

- Si a pesar de varios drenajes el seroma persiste, se debe abrir de nuevo la herida, dejarla cicatrizar por segunda intención realizando curaciones diarias, para prevenir infección.
- El seroma no se infecta si no se manipula, él drenaje repetido puede producir abscesos.
- Si se infectan se tratan como herida infectada.

## 4.9 Carro de curaciones

### Definición

Es el vehículo donde se colocan las materiales a usar en el procedimiento de curación de heridas, a realizar en la atención a la mujer.

### Objetivo

Centralizar los materiales a usar en el procedimiento de curación de la herida operatoria.

### Características físicas

Con ruedas, de material lavable, superficies planas.

### Materiales

- Equipos de curación estéril, con 1 pinza anatómica, 1 pinza Kelly y una tijera.
- Guantes de procedimientos.
- Guantes estériles.
- Gasas, apósitos estériles.
- Bisturí.
- Bajadas de sueros.
- Material de goma (drenaje).
- Jeringas de 10 y 20 cc.
- Agujas.
- Soluciones antisépticas.
- Soluciones de limpieza: cloruro sodio al 0,9%, suero ringer lactato, agua bidestilada.
- Apósitos tradicionales o biológicos.
- Material de fijación: tela de papel o micropore.
- Regla de medir 20 cm.
- Lupa.

- Hoja de enfermería.
- Recipiente para eliminar desechos y/o fómites.
- Recipiente para eliminar material cortopunzante.

### Recomendaciones

- El material sucio y/o contaminado debe eliminarse en el recipiente y nunca entrará en contacto con la zona estéril del carro de curaciones.
- El personal deberá contar con un tacho de residuos sólidos para biocontaminados independiente del carro y retirar el material usado al área sucia, tan pronto termine la curación.

### Pauta de observación para curación de las heridas

	SÍ	NO
1. Saluda y llama a la mujer por su nombre		
2. Informa a la mujer el procedimiento a realizar		
3. Protege la intimidad y autovalencia de la mujer		
4. Se lava las manos según técnica (las veces que sea necesario)		
5. Abre equipo estéril con técnica aséptica		
6. Retira apósitos y elimina en bolsa desechable sin contaminarse las manos		
7. Se coloca guantes estériles según técnica		
8. Efectúa técnica de arrastre mecánico, según tipo de herida		
9. El arrastre mecánico lo efectúa con los elementos recomendados		
10. Efectúa limpieza de la herida quirúrgica, comenzando por la zona de incisión y terminando en la piel que la rodea		
11. Elimina tejido desvitalizado, si corresponde		
12. Cubre con apósito, gasa estéril o apósito interactivo		
13. Se retira guantes		
14. Fija apósitos		
15. Dejar cómoda y segura a la mujer		
16. Retira el material usado		
17. Se lava las manos		
18. Registra en hoja de enfermería		
Nº pasos observados:		
Observaciones:		

## Referencias

1. Normas de Procedimientos Invasivos para la Prevención y Control de las IIH. 1998 MINSA
2. Norma N° 11 "Prevención y Control de Infección de Herida Operatoria, MINSAL
3. Manual de Normas de Prevención y Control de IIH, MINSAL, 1993.
4. CDC guidelines - 1999
5. Prevención de Infección de Herida Operatoria relacionadas con la intervención quirúrgica Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse" - Año 2004
6. Infection Control and Hospital Epidemiology - 2001.7. - J. Bone Joint Surg Am. - 2008
7. Gobierno de Chile. MINSAL. Serie Guías Clínicas. Manejo y Tratamiento de las heridas y úlceras. Curación y arrastre mecánico Marzo 2000.
8. Clínica CATH - Carlos Antúnez 2019 - Providencia Santiago - Fonos: 2333 0819 - 2234 0662
9. Manejo de heridas Hospital Dr. Sótero del Río
10. Experiencia clínica matrón(a) Unidad Ginecología CARS.
11. Normas de manejo clínico de las principales patologías del área ginecológica y peri operatorio. Dr. Sergio Silva S. Unidad de Ginecología Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 2009
12. Curación avanzada de heridas. Patricio Andrades y cols .Centro de Heridas, Equipo de Cirugía Plástica, Hospital J. J. Aguirre. Departamento de Cirugía, U de Chile Rev. Chilena de Cirugía.
13. Norma para la prevención de infección de sitio operatorio (ISO) Vol.56 N° 4 junio 2004. Hospital Padre Hurtado.
14. Protocolo Prevención de Infección de Herida Operatoria en Hospital Regional Rancagua año 2013.

## 5. Patología mamaria puerperal

### 5.1 Mastitis

#### Conceptos

La mama es una glándula sudorípara modificada, que está constituida de lóbulos glandulares que por medio de conductos galactóforos vacían su secreción a zonas más dilatadas ubicadas en la zona del pezón llamados senos galactóforos y de ahí, por medio de múltiples orificios acceden a la superficie del pezón.

Los acinos glandulares están rodeados de tejido conectivo fibroso en forma de tabiques que van desde su inserción en la aponeurosis del pectoral mayor hasta el pezón. Estos tabiques constituyen los ligamentos suspensorios de Cooper. Tienen gran importancia clínica, puesto que forman compartimientos separados dentro de la mama, lo que tiene mucha importancia en el desarrollo de los procesos inflamatorios que la pueden afectar.

Mastitis es un término inespecífico, implica inflamación y fundamentalmente infección de la mama. Ocurre con mayor frecuencia en el puerperio, pero puede afectar la mama de la mujer más allá de este período y también de la mujer no embarazada. La incidencia reportada es muy variable, de un 2 a un 33% de todas las mujeres que están lactando.

#### Clasificación

Desde un punto de vista clínico, existe una forma epidémica o abscedada que ocurre con frecuencia intrahospitalaria, considerada como infección nosocomial y otra forma esporádica o linfangítica que puede ocurrir en la mujer que ya está en su casa. En la tabla siguiente se resumen las características de ambas.

#### Características clínicas de la mastitis linfangítica y la abscedada.

Mastitis linfangítica	Mastitis abscedada
Generalmente no hospitalaria	Generalmente hospitalaria
Comienzo agudo	Comienzo insidioso.
Celulitis cuya puerta de entrada es una grieta del pezón	Rara vez existe grieta del pezón
Compromete el tejido interlobulillar con zonas demarcadas por los ligamentos de Cooper	A veces se inicia como infección intraductal. Puede comprometer varios lóbulos (la puerta de entrada es múltiple)
Piel enrojecida de bordes circinados	Se palpan una o varias zonas enduredas, dolorosas, con piel enrojecida y fluctuación
No se logra obtener pus por el pezón	Se puede obtener pus por el pezón al comprimir la mama.
Fiebre alta hasta 40° C. Discordancia entre fiebre y hallazgos al examen físico.	Sintomatología de acuerdo al compromiso de la mama. Dolor y menos fiebre

#### Etiología

El microorganismo que con más frecuencia se aísla es el *Staphylococcus aureus* en más del 50% de los casos, de los cuales en el 70% de ellos existe la bacteria en la mama contra lateral no afectada, lo que sugiere como vía de transmisión al recién nacido.



La principal fuente de Staphylococcus, son las manos de la mujer y del equipo de salud, teniendo como reservorio el medio hospitalario (camas, ropa y otros), la piel de la aréola mamaria y la nariz del recién nacido (como portador). Para un recién nacido portador de Staphylococcus aureus, existe 3 veces más probabilidad que su madre tenga una mastitis. Una mujer con lesiones en el pezón, tiene nueve veces más probabilidad de tener una mastitis que una mujer sin lesiones,

Se han encontrado otras bacterias, tales como el Staphylococcus epidermidis, considerado patógeno para la mama, Escherichia Coli, Klebsiella Pneumoniae, Streptococcus Pneumoniae, Bacteroides Fragilis y el Streptococo Grupo A y B. Estos dos últimos pueden producir mastitis grave, de rápida instalación, con necrosis extensa de la piel, que puede a la larga necesitar cirugía plástica reparadora.

### Mastitis linfangítica

Las bacterias ya mencionadas, penetran al tejido que hay debajo de la epidermis fundamentalmente por lesiones o grietas del pezón, allí se multiplican y van produciendo inflamación y diseminación local por vía linfática, extendiéndose rápidamente por la piel de la mama. La piel se ve discretamente enrojecida y de bordes circinados, otras veces se observan líneas eritematosas irregulares, que corresponden a los linfáticos con inflamación a su alrededor.

La mujer siente escaso dolor o malestar y lo que predomina es la fiebre alta, alrededor de 39 a 40 °C. La falta de sintomatología y la fiebre alta, confunde a veces al profesional que la atiende, el que trata de buscar en otras partes la causa de la fiebre, especialmente en endometritis puerperal. El conocer y pensar en la eventualidad de esta patología, permite hacer el diagnóstico precozmente y el examen de las mamas con buena luz natural lo confirmará sin necesidad de exámenes de laboratorio.

#### Cuadro Clínico

- Fiebre alta (> 38°C)
- Enrojecimiento
- induración y dolor local
- Calosfríos
- Asociado a una reacción sistémica mínima

#### Tratamiento:

- No hospitalizar.
- **No suspender lactancia materna.** Se recomienda continuar con la lactancia, porque éste impide la ingurgitación de la leche y disminuye la probabilidad de que se formen abscesos.
- Amamantar con mayor frecuencia.
- Vaciamiento frecuente.
- Ofrecer primero la mama comprometida.
- Manejo de grietas.
- Analgésicos: Paracetamol 1gramo cada 8 horas, Ketorolaco 10 mg cada 8 horas, Ketoprofeno 50 mg cada 8 horas.
- Antibióticos.

Esquemas farmacológicos	
<b>Flucloxacilina</b>	500 mg cada 8 horas por 7-10 días VO
<b>Cloxacilina</b>	500 mg cada 6 horas por 7-10 días VO
<b>Cefadroxiilo</b>	500 mg cada 12 horas por 10-14 días VO
<b>Lincomicina</b>	30-50 mg/Kg/ día en 3 a 4 dosis por 7 -10 días VO
En cuadros más severos se recomienda tratamiento IV por 48 - 72 horas y luego cambio a oral	
<b>Cloxacilina</b>	500 mg cada 6 horas IV
<b>Gentamicina</b>	5 mg/kg/día IM ó IV
En pacientes alérgicas a penicilina la alternativa es Clindamicina	
<b>Clindamicina</b>	300 mg cada 6 horas VO ó 600 cada 6 horas IV.

## 5.2 Mastitis abscedada

En este caso, las bacterias penetran a la mama por vía canalicular, se multiplican en los conductos galactóforos en forma progresiva, formando pus, que con su alta densidad los obstruye, se necrosan las paredes e ingresan al intersticio a través de ellas, produciendo el absceso. Las etapas serían las siguientes:

**Éstasis láctea**, con bajo recuento de leucocitos y bacterias en la leche. Se manifiesta simplemente como una sensación de congestión de las mamas, con zonas algo induradas pero poco definidas. No hay dolor ni fiebre. Su pronóstico es bueno y no necesita otra medida más que respetar los horarios de lactancia y un buen vaciamiento de la mama.

**Inflamación:** Aumenta progresivamente el recuento de leucocitos y bacterias en la leche. Ya las mamas se hacen más dolorosas y se presentan induradas en zonas más definidas. Puede haber fiebre. El pronóstico es bueno si se realiza un activo drenaje y masaje de la mama.

**Mastitis:** Los leucocitos y bacterias en la leche llegan a niveles muy elevados, formándose pus en los conductos galactóforos. Las enzimas proteolíticas del material purulento que hay en la leche dañan la pared de éstos, penetrando este material contaminado al tejido intersticial que hay entre ellos. En este momento se inicia el absceso mamario. En este caso el cuadro clínico destaca fundamentalmente por dolor intenso e induración de una zona de la mama, con aumento de tamaño de toda la mama y con signos inflamatorios en la piel circundante. Si el cuadro está muy avanzado puede haber una zona fluctuante bajo una piel más inflamada y delgada. Puede haber fiebre alta y leucocitosis discreta. La Ultrasonografía puede ser útil, especialmente en mujeres con mamas de gran tamaño, ya que se logra diagnosticar abscesos retromamarios no accesibles a la exploración manual.

### Tratamiento:

- Hospitalizar.
- Régimen cero.
- Hidratación parenteral.
- Drenaje quirúrgico.

- Esta es una urgencia médica, lo que significa que debe realizarse en cuanto ingrese la mujer debido al intenso dolor que la acompaña.
  - Si existe duda en cuanto a la existencia de absceso drenable o sospecha de absceso retromamario, realizar ultrasonografía de mama para confirmar el diagnóstico.
  - Realizar bajo anestesia general una incisión de la piel, drenaje, debridación y aseo de la cavidad abscedada con suero fisiológico, colocando un drenaje de látex (Penrose) hasta el día siguiente.
  - Para la atención de usuarias alérgicas al látex, se debe disponer en Pabellón y Unidades de Farmacia de Emergencia un carro rotulado, **“Carro para Pacientes Alérgicos al Látex”**, con todos los insumos libres de látex necesarios, para trabajar durante la intervención quirúrgica y post- anestesia y/o dar atención oportuna a mujeres de sala o ambulatorias.
  - La incisión puede ser circular si es periareolar o radial, si es necesario.
  - Realizar dos o más incisiones, si los abscesos son múltiples, pudiendo comunicarse dos cavidades con un drenaje común en “U”.
- Junto con la decisión quirúrgica, iniciar antibióticos:  
Cloxacilina 500 mg c/6 hrs IV u oral por 7 a 10 días.

### Alternativas

- Lincomicina 30 a 50 mg/Kg /día en 3 a 4 dosis.
  - Clindamicina 600 mg c/6 hrs IV u oral por 7 a 10 días.
  - Ampicilina/Sulbactam 4,5 a 6 grs/día IV administrado en 3 a 4 dosis por 7 a 10 días.
  - Amoxicilina 1,5 a 2 grs + Ac. Clavulánico 0,375 a 0,5 grs oral / día en 3 a 4 dosis.
- La lactancia no se debe suprimir, ya que se ha demostrado que no produce enfermedad al recién nacido, el cual se debe alimentar por la mama contralateral. Se debe extraer la leche en la mama abscedada, mientras la madre no pueda dar pecho por el dolor. En casos excepcionales: abscesos recurrentes y gran compromiso de la anatomía de la mama por destrucción de glándula y piel, puede plantearse la supresión de la lactancia con Bromocriptina 2.5 mg 2 a 3 veces al día por tres días y luego seguir con 2.5 mg/día hasta completar 7 a 10 días. Con demasiada intolerancia gástrica, intentar 2.5 mg/ día durante 10 días.

### Factores de riesgo en mujeres que desarrollan mastitis puerperal

- Historia de mastitis con un hijo anterior.
- Grietas en el pezón.
- Aplicación de cremas antifúngicas o de otro tipo en el pezón, probablemente incuban o llevan bacterias de la piel de la mujer o de sus manos a esa zona.
- El bombeo de leche por medios manuales.
- Fatiga, stress o cansancio materno, lo que pudiera influir en una técnica de lactancia defectuosa en la que el recién nacido pudiera traccionar y traumatizar más el pezón.
- Alimentación materna defectuosa, especialmente en proteínas y antioxidantes.

## Prevención

- Educación en técnica de lactancia materna en el control prenatal.
- La sola medida de disponer de solución desinfectante junto a la cama de la mujer para que se lave las manos antes y después de atender a su hijo, ha logrado disminuir la incidencia de mastitis de un 2.9% a 0.65%.
- El aseo y una buena higiene de mamas y manos, previo y después de alimentar al recién nacido es pieza clave en la prevención.
- Evitar la estasis láctea, tratando que la mama se vacíe completamente posterior a la alimentación del lactante. Si el recién nacido se quedara dormido y no lo hiciere, vaciar la mama, conservando la leche refrigerada o simplemente eliminarla si no existen las condiciones adecuadas.
- Se ha demostrado que el masaje o expresión de la mama, son medidas demostradas para evitar el absceso: en mujeres con mastitis en etapa de estasis o inflamación, con una buena educación, por medio de personal entrenado, se ha obtenido una regresión de la enfermedad hasta en un 99% de las mujeres.

## Diagnóstico diferencial de la mastitis

**Mastitis granulomatosa.** A pesar del drenaje quirúrgico y el uso de antibióticos, en algunas mujeres, la evolución del cuadro no es satisfactoria, produciéndose induraciones en la zona afectada de la mama, con escaso dolor y repercusión general, pero con persistencia de la supuración por muchas semanas. Esta es una enfermedad que generalmente se presenta en la mujer joven, no lactante, pero también en la puérpera. Clínicamente se manifiesta generalmente como una tumoración de tamaño variable, pero nunca muy grande, otras veces como una tumoración en una parte de la mama que puede fistulizarse a la piel, con adenopatías axilares, también como un cuadro de dolor importante, enrojecimiento e induración de la piel, piel de naranja, característica, esta última que se ve con frecuencia en lesiones neoplásicas.

El diagnóstico se hace sólo por punción y estudio histológico. Su etiología no está aclarada totalmente, se cree que es una lobulitis secundaria a una respuesta autoinmune a trauma local por virus o bacterias.

**Mastitis tuberculosa.** Clínicamente casi indistinguible de la mastitis granulomatosa o del cáncer mamario, suele verse en mujeres de edad mediana, no siempre con antecedente de TBC pulmonar, pueden ser mujeres no embarazadas, embarazadas o en lactancia. La única manera de hacer el diagnóstico es por biopsia aspirativa o quirúrgica.

**Mastitis por cándida.** Se considera como diagnóstico diferencial, debido a que puede simular una mastitis linfangítica, pero con una mala respuesta al tratamiento. Es un enrojecimiento periareolar doloroso a veces con aftas que se asocian a lesiones semejantes en la orofaringe del recién nacido. Se trata con fluconazol o nistatina, con buena respuesta.

## 5.3 Ingurgitación mamaria

### Presentación

Este cuadro se presenta a partir del tercer día del puerperio. Suele ser bilateral y las mamas están tensas, calientes y dolorosas. Habitualmente, el proceso se resuelve en pocos días.

**Manejo:**

- En la mujer: asegurar la sujeción correcta de las mamas mediante un sostén adecuado.
- Compresas de calor húmedo local.
- Evitar el vaciado mecánico de la mama, para minimizar el posible efecto rebote.
- Vendaje de las mamas.
- Hielo local.
- Analgésicos.

**5.4 Infección micótica – candidiasis del pezón****Presentación:**

- Dolor pulsátil a lo largo de los conductos (“como si se clavaran alfileres ardiendo”).
- Prurito a nivel del pezón.
- Enrojecimiento de los pezones sobre todo a nivel de la punta.
- Es frecuente que el lactante padezca candidiasis orofaríngea (muguet).

**Manejo:**

- Nistatina en el Lactante: solución oral 2,5-4 ml cada 8 hrs, según indicación médica.
- Mujer: lavado con solución de bicarbonato y agua. Secado de los pezones post amamantamiento.

**5.5 Grietas en los pezones****Presentación**

Aparición de pérdida de solución de continuidad del tejido que cubre el pezón, acompañado de dolor con la succión con o sin sangrado.

**Manejo**

- Mejorar la técnica al poner y retirar el recién nacido del pecho.
- Lavado antes y después de cada toma, evitando la humedad remanente.
- Ungüentos de lanolina asociados a cicatrizantes y antisépticos naturales.
- Cuidado de grietas con leche materna, sol o luz de ampolleta.
- Citar a la madre a control para volver a amamantar directamente bajo supervisión.
- Si la grieta no cicatriza sospechar de sobreinfección micótica.

Es importante indicar a la mujer que no tendrá problemas más adelante, si la técnica de lactancia es realizada correctamente. <sup>(8)</sup>

### Diagnóstico diferencial

Característica	Congestión Mamaria	Mastitis Aguda	Mastitis Abscedada	Carcinoma
Estado general	Estable	Comprometido	Comprometido	Depende de extensión
Coloración	Normal	Eritema	Eritema intenso	Rojo extenso
Edema	Si	Relativo	Si	Si
Dolor	Si	Intenso	Muy intenso	Discreto
Tumor	Difusa	Difusa	Localizada	Difusa
Ganglio axilar	No	+/-	Si	Si
G. Clavicular	No	No	No	Puede haber
Fiebre alta	No	Si	Si	No
Temperatura local	No	Si	Si	No



Grietas del pezón



Candidiasis del pezón

## Referencias

1. Cabou A, Babineau S, St Anna L. Clinical inquiry: what's the best way to relieve mastitis in breastfeeding mothers? *J Fam Pract.* 2011 Sep; 60 (9):551-2.
2. Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, Smart NA. Interventions for preventing mastitis after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD007239.
3. Dixon JM. Lactational mastitis. This topic last updated: ago 22, 2012. In: *UpToDate*, Rose, BD (Ed), upToDate, Waltham, MA, 2013.
4. Fernández L, Delgado S, Herrero H, Maldonado A, Rodríguez JM. The bacteriocin nisin, an effective agent for the treatment of staphylococcal mastitis during lactation. *J Hum Lact.* 2008 Aug; 24(3):311-6.
5. Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD005458.
6. Jiménez E, Fernández L, Maldonado A, Martín R, Olivares M, Xaus J, Rodríguez JM. Oral administration of *Lactobacillus* strains isolated from breast milk as an alternative for the treatment of infectious mastitis during lactation. *Appl Environ Microbiol.* 2008 Aug; 74 (15):4650-5.
7. Silva, Sergio. *Infecciones en ginecología y obstetricia.* Editorial Mediterráneo. Segunda Edición.
8. Ministerio de Salud. *Manual de lactancia materna.* 2011.

## 6. Manejo de la mujer con punción accidental de la duramadre

La analgesia epidural en obstetricia, es una técnica segura y confiable, pero no exenta de complicaciones. Una de éstas, es la punción advertida o inadvertida de duramadre por trocar peridural Tuohy o por catéter peridural, produciendo cefalea post punción (CPP) entre 60 y 70% de los casos. <sup>(1) (2)</sup>

Para permitir un control óptimo de las cefaleas post punción, es fundamental su adecuado diagnóstico y manejo, permitiendo la reinserción de la mujer a su vida normal durante el posparto.

### Recomendaciones frente a punción advertida

- Informar el suceso, en hoja de evento adverso y ficha clínica.
- Informar a la mujer y luego a familiares cercanos, entregando datos claros y que no alarmen.
- Manejar el parto con dosis bajas, para una buena conducción de trabajo de parto y prevenir la anestesia espinal alta.
- El anestesiólogo, debe dejar indicaciones.<sup>(3)</sup>

### Diagnóstico

- La cefalea post punción presenta su aparición entre 24 y 48 hrs posparto
- La cefalea aumenta al sentarse y pararse.
- Disminuye o desaparece al acostarse.
- Localización holocraneana o frontooccipital, leve (no dificulta las labores habituales).
- Intensidad moderada o intensa (invalidante), en estos casos observar si presentan signos oculares (diplopía, nistagmus), auditivos (tinitus), náuseas / vómitos y si presenta signos o síntomas neurológicos; en cuyo caso se avisará a anestesiólogo para su evaluación y tratamiento. <sup>(1) (2) (4)</sup>

### Diagnóstico diferencial (ver capítulo de Cefalea en el Puerperio)

- Distensión cervico braquial
- Pneumoencéfalo
- Cefalea tensional
- Migraña
- Higroma subdural
- Meningitis aséptica
- Trombosis seno venoso

### Manejo de la cefalea post-punción (CPP)

#### 1° Día.

- Reposo absoluto.
- Hidratación intensiva por vía oral.
- Hidratar con solución fisiológica o Ringer lactato IV.



- Analgesia con antiinflamatorios no esteroideos (AINE):  
Diclofenaco sódico 50mg, cada 8 horas o alternativas + analgésicos con acción central, como el paracetamol 1 gramo cada 6 horas.
- Relajante muscular ciclobenzaprina 5 a 10mg en la noche.
- No realizar parche de sangre en las primeras 24 horas.

## 2º Día.

- Mantener el tratamiento del día anterior.
- Avisar al Anestesiista, si es posible.
- Si la cefalea persiste después de 24 horas o aparece a los días siguientes, podrá optarse por el parche de sangre autóloga, en el espacio peridural (efectividad oscila entre 80 y 95%).

Aunque el 72% de la CPP se resuelven espontáneamente en 7 días, no se recomienda una conducta expectante. El retraso en el diagnóstico y tratamiento puede llevar a complicaciones neurológicas: hemorragias, trombosis, crisis convulsivas. <sup>(1) (2) (4)</sup>

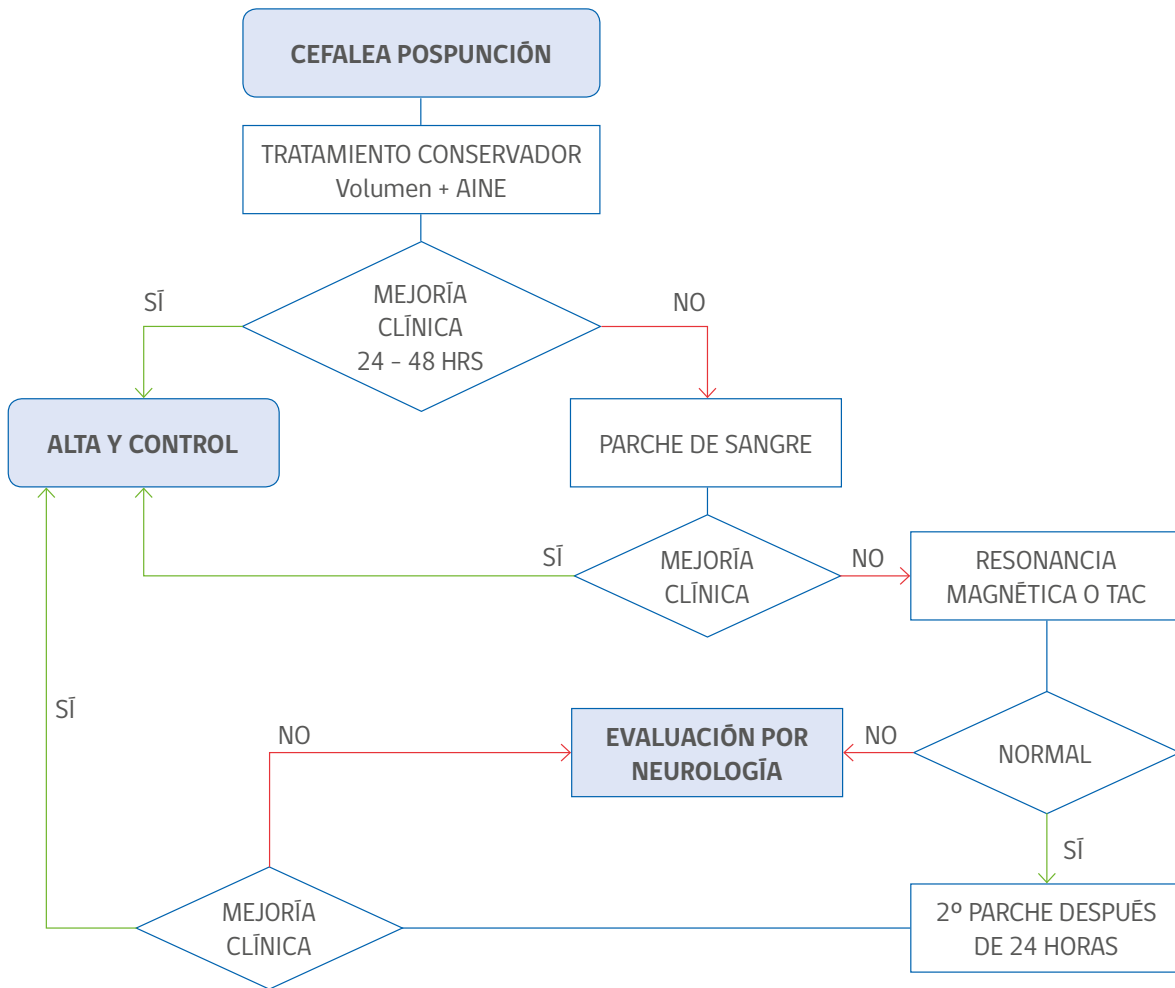
## Indicaciones al alta

Debe ser autorizada por anesthesiólogo.

- AINES por 5 días, analgésicos de acción central y relajante muscular, según indicación médica.
- El uso de prednisona (5 mg por día, por 7 días), solo si ha presentado signos de irritación meníngea y según indicación médica.
- Control en 1 semana, en policlínico de alto riesgo. <sup>(3)</sup>

## Recurrencia

En caso de haber realizado parche de sangre, informar a la mujer que podría presentar leve dolor lumbar por algunos días. De presentar nuevamente sintomatología, debe ser evaluada nuevamente para un eventual 2º parche de sangre y evaluación neurológica. <sup>(2) (4)</sup>

**ALGORITMO DE MANEJO DE LA CEFALEA POSPARTO**

Figuroa. C, Jordán P. Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital La Florida.

**Referencias**

1. American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: Update 2006.
2. Bevel Direction and Postural Puncture Headache: A Meta-Analysis. Neurologist 2006.
3. Protocolo Manejo Cefalea Pospunción Hospital Padre Hurtado.
4. Turnbull DK, Sepherd DB. Postdural puncture headache: pathogenesis, prevention and treatment. Br J Anaesth 2003; 91:718.29.

## 7. Incontinencia de orina posparto

### Definición - Incidencia

La incontinencia de orina (IO) consiste en la pérdida involuntaria de orina.

Esta condición afecta hasta al 69% de las mujeres adultas. La IO es frecuente durante el embarazo y el puerperio, se presenta en el 36-58% de las mujeres durante el embarazo y en el 27-33% durante el periodo posparto. <sup>(1) (2)</sup>

### Factores de riesgo

- El embarazo y el parto vaginal, son los factores de riesgo más importantes para desarrollar IO, sobretodo en mujeres jóvenes.
- Edad avanzada.
- Antecedente familiar de IO.
- Obesidad.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Presencia de IO durante el embarazo, es un factor de riesgo para presentar IO a futuro. <sup>(3) (4) (5)</sup>

### Evolución

- Esta condición puede resolverse de manera espontánea, sin embargo, si los síntomas persisten por más de 3 meses, existe un alto riesgo de padecer IO a largo plazo.
- Alrededor del 8% de las pacientes que presentan IO durante el periodo posparto inmediato, permanecerán incontinentes a los dos meses posparto. <sup>(6)</sup>
- Si bien la IO no implica un impacto importante en la salud física, la importancia radica en su alta prevalencia e impacto negativo en la calidad de vida en las mujeres que padecen esta condición. <sup>(4)</sup>

### Clasificación de la incontinencia de orina

Existen dos tipos principalmente:

#### Incontinencia de orina de esfuerzo (IOE)

#### Incontinencia de orina de urgencia (IOU)

Se denomina IOE a la pérdida involuntaria de orina asociada a maniobras de Valsalva, como toser o estornudar. La IOU es aquella que se acompaña o es precedida de un deseo súbito e imperioso de orinar, que es difícil de contener.

También pueden darse ambas condiciones juntas, lo cual se denomina IO mixta. Otros tipos menos frecuentes de IO, incluyen la IO total (asociada a fístulas del tracto urinario o uréter ectópico) y la IO funcional (producida por enfermedad psiquiátrica o comorbilidad médica). El tipo de IO más prevalente en el periodo posparto, es la IO esfuerzo, por lo tanto nos referiremos principalmente a esta condición. <sup>(4) (7)</sup>

### **Efecto del embarazo y parto en el sistema genitourinario**

El embarazo y el parto, producen alteraciones a nivel del sistema genitourinario y del piso pélvico, lo cual predispone a la embarazada y puérpera a sufrir IOE. Para que los mecanismos de continencia sean eficientes, se requiere una adecuada coordinación y funcionamiento del músculo detrusor y de la uretra, un adecuado soporte uretral por los músculos del piso pélvico y una apropiada inervación de las estructuras pelvianas.

La IO de esfuerzo, se debe principalmente, a la falla en el soporte anatómico de la unión uretrovesical, lo cual impide un cierre eficiente de la uretra frente a aumentos de la presión intraabdominal, permitiendo la salida involuntaria de orina. <sup>(8)</sup>

El embarazo y parto, producen daños que pueden ser irreversibles, tanto en los músculos y nervios pélvicos, como en la uretra. El músculo elevador del ano, presenta una sobredistensión e incluso avulsión de su sitio de inserción durante el paso de la cabeza fetal, lo anterior, hace que pierda fuerza contráctil. Por otro lado, la inervación pudenda también se altera producto del estiramiento de las raíces nerviosas, de hecho, se ha observado hasta un 80% de denervación en el periodo posparto inmediato, siendo este daño más severo en aquellas mujeres que presentan IOE a los 3 meses posparto. La uretra también presenta alteraciones, tanto estructurales como funcionales. Si bien está establecido que el parto vaginal se asocia a mayor riesgo de IOE que la cesárea, hay que recordar que el embarazo en sí, aumenta el riesgo de presentar IOE. Por otro lado, se deben considerar otros riesgos asociados a la operación cesárea. Por lo tanto, el hecho de recomendar una cesárea con el sólo objetivo de prevenir una lesión de órganos pélvicos, es un tema controvertido en la actualidad y creemos que no debe ser recomendado. <sup>(3)(9)</sup>

### **Factores de riesgo obstétricos asociados a IOE**

Los factores de riesgo, asociados con IOE durante el embarazo:

- Edad materna mayor a 35 años al momento del parto.
- Índice de masa corporal elevado.
- Antecedente familiar de IO. <sup>(10)</sup>

En cuanto a la IOE en el periodo posparto, la evidencia actual es controvertida y los resultados de los estudios muestra evidencia contradictoria en cuanto al parto instrumental, el uso de episiotomía, la anestesia peridural y desgarros perineales y su relación con el desarrollo de IOE en el periodo posparto. Un estudio muestra que existe mayor riesgo de desarrollar IOE en parto vaginal instrumental, multiparidad, maniobra de Kristeller, episiotomía, desgarros perineales de 3º y 4º grado y peso del recién nacido mayor a 3.500 gramos. La obesidad y la mayor edad materna al parto son predictores de IOE a largo plazo. <sup>(11) (12) (13)</sup>

### **Medidas de prevención**

Existen algunas medidas eficaces para prevenir el desarrollo de IOE en el periodo posparto. La práctica de estas medidas es importante, si consideramos que la presencia de IOE durante el embarazo y el periodo posparto es un factor de riesgo para desarrollar IO a futuro.

- Evitar el sobrepeso y la obesidad durante el embarazo.
- Recuperar el peso previo al embarazo durante el período posparto.
- Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico.

Se ha demostrado, que en mujeres sin IOE previa que realizan ejercicios para fortalecer la musculatura pélvica, tiene un 56% menos de riesgo de desarrollar IOE durante el embarazo, y un 30% menos de riesgo de desarrollar IOE a los 6 meses posparto. Incluso se ha demostrado que en mujeres que persisten con IOE a los 3 meses posparto, el realizar ejercicios de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, se asocia a una reducción del 20% de presentar síntomas persistentes a los 12 meses posparto. <sup>(14)</sup>

Como se mencionó anteriormente, el embarazo y parto producen cambios importantes en los mecanismos de sostén de los órganos pelvianos (músculos y fascias) y también alteraciones a nivel de la inervación de estas estructuras, los ejercicios de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, están destinados a fortalecer los mecanismos de sostén de los órganos pelvianos. <sup>(15) (16)</sup>

### Técnica para ejercitar los músculos del piso pélvico

- **Identificar los músculos:** El primer paso para realizar de manera adecuada los ejercicios, es identificar correctamente los músculos involucrados. Uno de los de orina mientras se vacía la vejiga. Esta maniobra no constituye un ejercicio, sino sólo una manera de identificar los músculos que deben ser ejercitados.
- Una vez identificados los músculos que se deben contraer, se procede a realizar los ejercicios, los cuales pueden realizarse en decúbito supino o sentado en un silla (los pies deben estar apoyados en el suelo). Contraer los músculos pélvicos por 8-10 segundos, para luego relajarlos de manera voluntaria (la relajación voluntaria es tan importante como la contracción). Se deben realizar 8-12 ejercicios tres veces al día.

### Enfrentamiento y manejo

Frente a una mujer con IO durante el periodo posparto, se debe realizar una evaluación inicial sistemática, que incluye una anamnesis detallada y examen físico. <sup>(1)</sup>

- **La anamnesis** está orientada a evaluar la severidad de la IO y su repercusión en el estilo de vida. Se debe caracterizar el tipo de IO. La pérdida involuntaria de orina asociada a maniobras de Valsalva como toser o estornudar, orientan hacia una IOE. Si la pérdida de orina se produce de manera súbita e imposible de contener, y se asocia a síntomas como tenesmo vesical, nicturia y polaquiuria, estamos frente a una IOU.
- Se deben **evaluar factores precipitantes de IO**, como uso de diuréticos y de irritantes vesicales (cafeína, alcohol). Es muy importante evaluar la presencia de otra patología como la infección del tracto urinario o la retención urinaria, que pueden manifestarse como IO. <sup>(17)</sup>
- **El examen físico debe ser completo.** Se debe examinar el abdomen para descartar la presencia de globo vesical (retención urinaria). El examen ginecológico permite evaluar la presencia de prolapso de órganos pélvicos concomitante y realizar una prueba de esfuerzo (realizar maniobras de Valsalva con vejiga llena) para objetivar la pérdida de orina. También se recomienda realizar tacto rectal para descartar la presencia de fecaloma. <sup>(7)</sup>

La mayoría de las mujeres que presentan IOE durante el periodo posparto, tendrán una resolución espontánea de los síntomas, sin embargo, aquellas mujeres que persisten a los 3 meses posparto con IOE, tiene mayor riesgo de persistencia de los síntomas a largo plazo.

## Manejo

### Educación

- Lo primero que se debe hacer frente a una puérpera con IOE, es educar acerca de la característica transitoria de los síntomas en la mayoría de los casos.
- Durante este periodo, los esfuerzos deben estar enfocados en realizar cambios en el estilo de vida y medidas básicas para disminuir los síntomas.<sup>(1)</sup>
  - Bajar de peso y recuperar el peso previo al embarazo.
  - Evitar el consumo de cafeína y alcohol.
  - No consumir cantidades excesivas de líquidos.
  - Evitar la constipación.
  - Vaciamiento vesical programado cada 2-3 horas.

**Uso de cartilla miccional:** Consiste en una herramienta económica y fácil de usar, que sirve tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de la IO. Entrega una información objetiva de los síntomas de la mujer y la involucra activamente en su tratamiento. A continuación se muestra un ejemplo de cartilla miccional.<sup>(16)</sup>

#### EJEMPLO DE DIARIO MICCIONAL

Día 1	¿Qué ha bebido? ¿Qué cantidad?	¿Ja sentido fuerte necesidad de orinar?	Nº de veces y volumen que ha orinado		¿Qué estaba haciendo?	¿Ha perdido orina?	¿Llegó a WC?
06 - 08 h	Café - 1 vaso	Sí	3	250 cc	Vestirme	No	Sí
08 - 10 h	1 vaso de agua	Sí	2	150 cc	Cosas de casa	Poco	No
10 - 12 h							
12 - 14 h		Sí	1	150 cc	Cocinando	Poco	Sí
14 - 16 h	2 vasos de agua	Sí	1	250 cc	Comiendo	No	Sí
16 - 18 h	1 infusión	Sí	2	200 cc	Viendo TV	Poco	Sí
18 - 20 h		Sí	1	200 cc	Paseando	Mucho	No
20 - 22 h	1 refresco						
22 - 00 h		Sí	1	200 cc	Viendo TV	Mucho	No
00 - 02 h		Sí	1	150 cc	Dormir	No	Sí
02 - 04 h		Sí	1	200 cc	Dormir	Poco	Sí
04 - 06 h							

### Ejercicios de entrenamiento de los músculos pelvianos

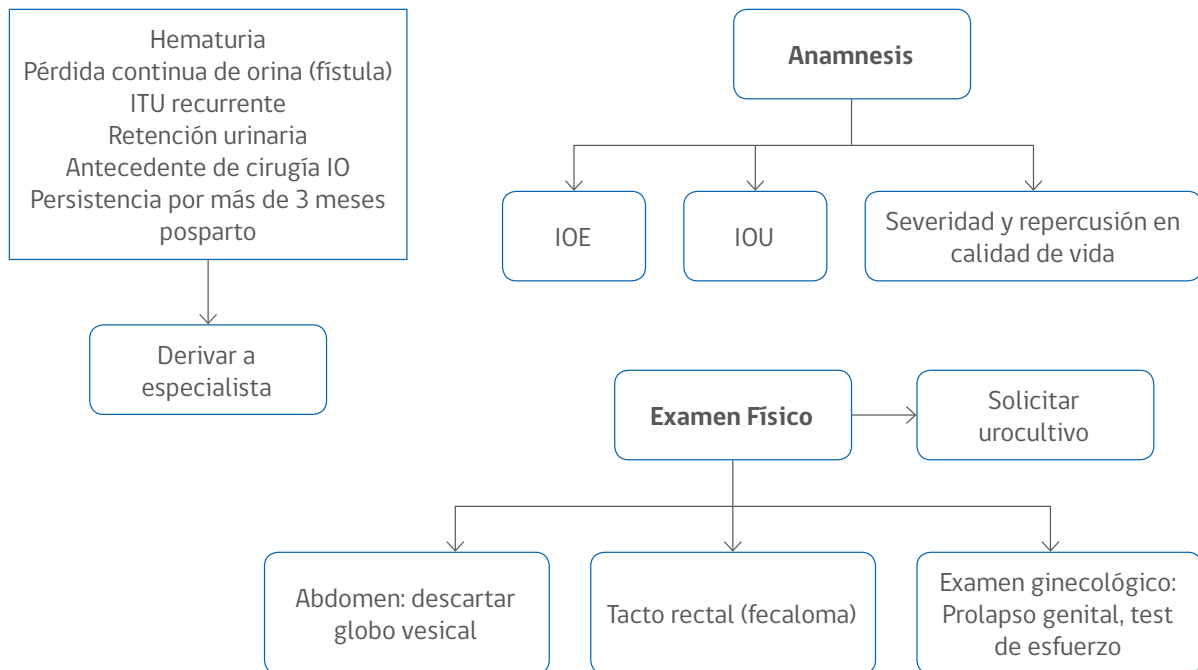
Constituye el tratamiento conservador de primera línea en el manejo de la IOE. Idealmente, debería ser supervisado por un profesional, ya que los resultados son mejores. Se debe enseñar la técnica e incentivar a la mujer a realizarlos de manera constante. <sup>(1)</sup>

### ¿Cuándo referir al especialista?

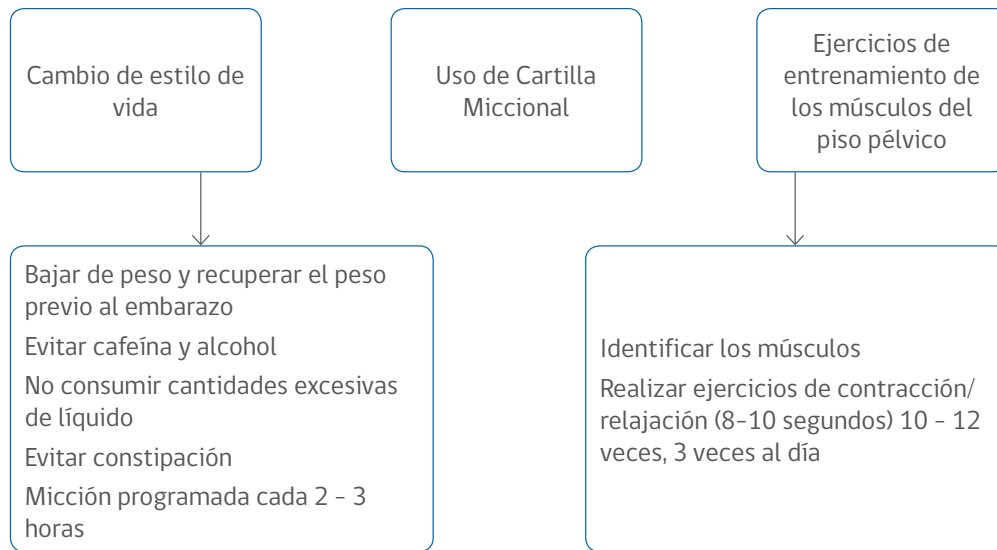
Existen situaciones que ameritan la evaluación de un especialista en disfunciones del piso pélvico.

- Persistencia de los síntomas por más de 3 meses desde el parto, debe ser evaluada por un especialista, ya que es probable que este grupo de mujeres, persista con IO a largo plazo.
- Presencia de hematuria.
- Pérdida continua de orina (sospecha de fístula del tracto urinario).
- Infecciones urinarias recurrentes.
- Antecedente de cirugía de IO previa.
- Retención urinaria. <sup>(7)</sup>

### Enfrentamiento de la incontinencia de orina en el posparto



### Manejo de la incontinencia de orina en el posparto



### Referencias

1. Schröder A, Abrams P, Andersson K, et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. 2010;
2. Thüroff JW, Abrams P, Andersson K-E, et al. [EAU Guidelines on Urinary Incontinence]. Actas urológicas españolas [Internet]. 2011 [cited 2013 Jun 1]; 35(7):373-88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21600674>
3. Naser M. Efectos del embarazo y el parto sobre el piso pélvico. Medwave [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2013 Jun 8]; 12(3):1-7. Available from: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/5336>
4. Leroy S, Helena M, Moraes B De. La incontinencia urinaria en periodo de posparto y su impacto en la calidad de vida relacionada a salud 1. 2012; 20(2).
5. Viktrup L, Lose G. The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. American journal of obstetrics and gynecology [Internet]. 2001 Jul [cited 2013 May 29]; 185(1):82-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11483909>
6. Grau J, Arnau A, Roura P. Incontinencia urinaria a los 2 meses posparto. Persistencia de los síntomas a los 6 y 12 meses Post-partum urinary incontinence : prevalence at. 2008;11(lc).
7. Bettez M, Tu LM, Carlson K, et al. 2012 Update: Guidelines for Adult Urinary Incontinence Collaborative Consensus Document for the Canadian Urological Association. Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada.
8. Whitehouse T. Managing stress incontinence in postnatal women. Nursing times [Internet]. 2012;108(18-19):16-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22708190>
9. Bortolini M a T, Drutz HP, Lovatsis D, et al. Vaginal delivery and pelvic floor dysfunction: current evidence and implications for future research. International urogynecology journal [Internet]. 2010 Aug [cited 2013 Jun 8]; 21(8):1025-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20445961>



10. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, et al. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in europe: a systematic review. *Urologia internationalis* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 May 28];90(1):1-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22868349>
11. Persson J, Wolner-Hanssen P, et al. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2000 Sep;96(3):440-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10960639>
12. Ruiz de Viñaspre Hernández R, et al. [Urinary incontinence 6 months after childbirth.]. *Medicina clinica* [Internet]. 2012 Jul 17 [cited 2013 Jun 10];(x). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22818183>
13. Glazener CM a, Herbison GP, MacArthur C, et al. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* [Internet]. 2006 Mar [cited 2013 May 29];113(2):208-17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16412000>
14. Wesnes SL, Lose G. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *International urogynecology journal* [Internet]. 2013 Jun [cited 2013 Jun 8];24(6):889-99. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23436034>
15. Mørkved S, Ka F, Gp H. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women ( Review ). 2009;(1).
16. Mckertich, K. Urinary incontinence–assessment in women: stress, urge or both? *Aust Fam Physician* 2008;37(3):112-7.

## 8. Incontinencia fecal posparto

### 8.1 Definición - Incidencia

La **incontinencia anal (IA)** se caracteriza por episodios recurrentes e involuntarios de pérdida de gases y la **Incontinencia fecal (IF)** la pérdida de deposiciones. Se trata de un problema poco reconocido, sin embargo, se asocia a consecuencias importantes para las mujeres, por la discapacidad personal y retraimiento social que genera. <sup>(1)</sup>

La prevalencia real de **incontinencia fecal** en la población general se desconoce, dado la falta de definición objetiva para este trastorno y la variación según población estudiada. Además, dado el impacto social negativo de esta condición, son pocos los usuarios que consultan espontáneamente por esta condición. Se cree que la prevalencia en la población adulta es de 2-7%, afectando más a las mujeres que a los hombres. <sup>(2)</sup>

El embarazo y parto, producen cambios anatómicos y funcionales de los órganos pelvianos y sus mecanismos de sostén, favoreciendo el desarrollo de disfunción del piso pélvico. La incontinencia anal se presenta hasta el 29% de las mujeres durante el periodo posparto. La incontinencia fecal propiamente tal, se presenta en el 8%, 7,4% y 6,7% de las mujeres a los 3, 6 y 12 meses posparto respectivamente. <sup>(3) (4) (5)</sup>

### 8.2 Factores de riesgo

- Edad materna avanzada al momento del parto.
- Obesidad materna.
- Tabaquismo materno.
- Constipación.
- Desgarros perineales de 3º y 4º grado.
- Parto instrumental.
- Segunda etapa del parto prolongada.
- Peso RN > 4000 gr.
- Distocia de posición (occipito-posterior).
- Pujo prolongado. <sup>(4) (6) (8)</sup>

### 8.3 Fisiopatología de la incontinencia fecal

Las heces, llegan a la ampolla rectal, donde excitan receptores de distensibilidad y así se inicia la sensación de necesidad de defecación. Luego ocurre una relajación del esfínter anal interno, permitiendo la llegada de deposiciones al canal anal, las cuales se quedan detenidas gracias a la contracción voluntaria del esfínter anal externo. Existen ciertos mecanismos que favorecen la continencia, dentro de los cuales destaca la contracción de la musculatura pélvica, que eleva el canal anal, cerrando el ángulo recto-anal impidiendo el paso de las deposiciones. De esta manera, es fácil entender que para que este complejo mecanismo se lleve a cabo de manera adecuada, debe existir normalidad de las estructuras anatómicas, musculatura estriada eficiente de los músculos pélvicos y función normal del esfínter anal interno entre otras cosas. <sup>(2)</sup>

### Efecto del parto en los mecanismos de continencia: lesión del esfínter anal

El embarazo y el parto, producen alteraciones a nivel del sistema genitourinario y del piso pélvico, alguno de los cuales pueden ser irreversibles. El daño obstétrico del esfínter anal, es la causa más frecuente de IF. <sup>(8)</sup> El complejo del esfínter anal, incluye los esfínteres anal externo e interno y la mucosa rectal y está muy próximo al músculo puborectal. Este complejo, se extiende 3 cm hacia dentro del canal anal. <sup>(3)</sup> Dado la importancia de los desgarros obstétricos y la lesión del esfínter anal y su relación con la IF, es importante que los profesionales de salud que atienden partos, sepan cómo prevenirlos, diagnosticarlos y repararlos precozmente, durante la atención del parto.

- **Incidencia y clasificación:** La incidencia de lesión del esfínter anal en el posparto es de 11%,<sup>(8)</sup> esto varía según si se practica una episiotomía medio-lateral (0,4-2,5%) o media (19%).<sup>(10)</sup> Si consideramos la lesión oculta del esfínter anal, la incidencia llega a un 24,5%.<sup>(11)</sup> Entre los factores de riesgo, se encuentra el parto instrumental, expulsivo prolongado, peso RN mayor 4000 grs, distocia de posición y uso deliberado de episiotomía. <sup>(8)</sup> Los desgarros posparto, se clasifican en 4 grupos según su profundidad y severidad. Los desgarros de 3° y 4° grado son aquellos que involucran el esfínter anal: <sup>(10)</sup>
  - Desgarro de 1° grado: Lesión de la piel del periné.
  - Desgarro de 2° grado: Lesión de los músculos del periné.
  - Desgarro de 3° grado: Lesión perineal que compromete el complejo esfínter anal. Estos a su vez se subdividen en 3 grupos:
    - > A: < 50% del esfínter anal externo.
    - > B: > 50% del esfínter anal externo.
    - > C: Compromete ambos esfínteres externo e interno.
  - Desgarro de 4° grado: Lesión perineal que compromete todos los componentes del complejo esfínter anal (esfínter anal externo e interno y mucosa rectal).

**8.4 Prevención de lesiones del esfínter anal:** Existen medidas efectivas que se pueden realizar durante el embarazo y el parto para disminuir el riesgo de lesión del esfínter anal.

#### Medidas de prevención durante el embarazo:

- Evitar el sobrepeso y la obesidad durante el embarazo (más riesgo de parto instrumental y RN con peso > 4000 gr).
- Realizar una adecuada estimación de peso fetal (EPF) para decidir vía de parto. <sup>(8)</sup>
- Ejercicios de entrenamiento de la musculatura pélvica: Si bien la evidencia es más débil para la prevención de IF que para la prevención de IOE, <sup>(12)</sup> se recomienda el uso de ejercicios <sup>(13)</sup>. A continuación se describe la técnica:
  - **Identificar los músculos:** El primer paso para realizar de manera adecuada los ejercicios, es identificar correctamente los músculos involucrados. Uno de los métodos para la identificación de los músculos, es detener voluntariamente el chorro de orina mientras se vacía la vejiga. Esta maniobra no constituye un ejercicio, sino sólo una manera de identificar los músculos que deben ser ejercitados.
  - Una vez identificados los músculos que se deben contraer, se procede a realizar los ejercicios, los cuales pueden realizarse en decúbito supino o sentado en un silla (los pies deben estar apoyados en el suelo). Contraer los músculos pélvicos por 8-10 segundos, para luego relajarlos de manera voluntaria (la relajación voluntaria es tan importante como la contracción). Se deben realizar 8-12 ejercicios tres veces al día.

**Medidas de prevención durante el parto:**

- No realizar inducción del trabajo de parto sin indicación médica (la inducción del trabajo de parto se asocia a mayor duración del trabajo de parto, uso de episiotomía y parto instrumental).<sup>(8)</sup>
- Detener el pujo durante el desprendimiento de la cabeza fetal, para lograr mayor control de esta etapa y evitar el paso rápido de la cabeza fetal, se asocia a menor trauma perineal.<sup>(13)</sup>
- Ejercer presión en el periné durante el descenso de la cabeza fetal, disminuye los desgarros de 3º y 4º grado.<sup>(8)</sup>
- El uso de compresas tibias en el periné durante la segunda etapa del parto, previene el desarrollo de desgarros de 3º y 4º grado.<sup>(13)</sup>
- Evitar la episiotomía innecesaria, si se debe realizar, preferir episiotomía medio-lateral y no media.<sup>(8)</sup> El uso restrictivo de episiotomía en comparación al uso rutinario, se asocia a menor trauma perineal severo.<sup>(13)(14)</sup>
- El uso de fórceps es muy beneficiosos en ciertas circunstancias clínicas, sin embargo, no debe usarse sin una indicación médica, ya que aumenta el riesgo de trauma perineal.<sup>(8)</sup>
- La indicación de cesárea electiva para preservar la continencia anal **no debe ser recomendada**, ya que no existe ventajas de la cesárea sobre el parto vaginal.<sup>(15)</sup>
- Examen rutinario para evaluar la integridad del esfínter anal en la atención del parto.<sup>(13)(16)</sup>

**8.5 Diagnóstico:** Lo más importante, es el diagnóstico precoz (al momento del parto) de las lesiones de esfínter anal. Esto se debe, a que los síntomas asociados a la lesión del esfínter anal, habitualmente no son inmediatos, sino que pueden aparecer años después.<sup>(10)</sup> Reparar la lesión al momento del parto, se asocia a una reducción de los síntomas de IF a los 12 meses posparto.<sup>(17)</sup> Todas las mujeres deben ser sometidas a una evaluación de la integridad del esfínter anal al momento del parto. Para realizarlo de manera adecuada, se debe realizar una inspección visual y tacto recto-vaginal (dedo índice del examinador en recto y dedo pulgar en vagina).<sup>(18)</sup> Está demostrado, que el uso de endosonografía anal mejora el diagnóstico de lesión del esfínter anal, permitiendo una reparación más precoz y disminuyendo el riesgo de IF,<sup>(17)</sup> sin embargo, su rol en el posparto inmediato es limitado, dado el acceso restringido a este recurso y la mala calidad de la imagen por el edema posparto, es por esto, que no se recomienda su uso rutinario<sup>(18)</sup> en el posparto inmediato.

**8.6 Manejo:**

- **Reparación del esfínter anal:** Una vez reconocida la lesión del esfínter anal, esta debe ser reparada en el mismo momento del parto, utilizando el material de sutura y la técnica adecuada. La reparación debe llevarse a cabo por personal entrenado y con adecuado conocimiento de la técnica.<sup>(10)</sup> Se debe usar un material de sutura que tenga vida media larga, alta fuerza tensil y que genere poca reacción de cuerpo extraño. No está demostrado que existe diferencia entre el uso de vicryl y PDS, sin embargo, el PDS podría causar menor irritación. Se recomienda el uso de vicryl 2-0 o PDS 3-0 y el uso de puntos separados.<sup>(18)</sup> En cuanto a la técnica, existen 2 principalmente, una consiste en la aproximación termino-terminal de la lesión y la otra se refiere a la técnica de sobreposición, donde los extremos de la lesión se suturan uno sobre el otro (figura 1).<sup>(18)</sup> Se ha demostrado que no existe diferencia significativa en cuanto a la incidencia de IF, sin embargo, la técnica de sobreposición se asocia a menor severidad y menor progresión de la IF a los 12 meses.<sup>(19)</sup> La reparación se debe realizar bajo técnica aséptica y con anestesia regional.<sup>(10)</sup>

- **Manejo postoperatorio:** Se recomienda manejo efectivo del dolor con el uso de analgésicos. <sup>(13)</sup> Si bien no se ha demostrado que el uso rutinario de ATB disminuya el riesgo de infección en los desgarros de 4º grado, parece prudente utilizarlos cuando se repara una lesión del esfínter anal, ya que la infección se asocia a dehiscencia de la herida operatoria y formación de fístulas. <sup>(18)</sup> Se recomienda el uso de ATB de amplio espectro, una buena alternativa es usar metronidazol y una cefalosporina por 7 días vía oral <sup>(10)</sup> o amoxicilina con ácido clavulánico. <sup>(13)</sup> Se recomienda el uso de laxantes para evitar el paso de deposiciones aumentadas de consistencia, que pueden dañar la reparación del esfínter anal, una alternativa, es el uso de lactulosa por 10 días posterior a la reparación. <sup>(18)</sup> Toda mujer sometida a reparación del esfínter anal, debe tener un control a las 6 semanas posparto, para evaluar la presencia de síntomas de IF. <sup>(13)</sup>

### 8.7 Enfrentamiento y manejo durante el puerperio

Frente a una paciente con IF durante el periodo posparto, se debe realizar una evaluación inicial sistemática que incluye una anamnesis detallada y un examen físico completo.

- La anamnesis** está orientada a evaluar el tipo de incontinencia anal (fecal o a gases) y su severidad. Es muy importante revisar la presencia de factores de riesgo (edad materna, peso RN > 4000 gr, parto instrumental y otros) y evaluar dirigidamente a las mujeres que los presenten, ya que muchas veces no refieren los síntomas de manera espontánea, dado la connotación social negativa que presenta este problema. Además, se deben revisar los antecedentes del parto para averiguar si hubo desgarro del esfínter anal, si se reparó y la manera en que hizo.
- Se deben **evaluar factores que pueden simular un IF**. Algunos ejemplos son la salida de pus, mucus o sangre por el ano, que pueden percibirse como incontinencia fecal. La presencia de hemorroides o prolapso rectal, también pueden percibirse como IF. Se debe descartar la presencia de diarrea, que puede producir o agravar la una IF. <sup>(20)</sup>
- Examen físico:** Como se mencionó anteriormente, el examen físico debe ser completo. Se debe realizar tacto rectal para evaluar la indemnidad del esfínter anal <sup>(13)</sup> y la fuerza con la cual se contrae. <sup>(20)</sup> Si se diagnostica una lesión del esfínter anal que no fue reparada durante el parto, la mujer debe ser derivada al especialista para una reparación secundaria precoz del esfínter anal. <sup>(21)</sup>

### 8.8 Manejo

Existen medidas efectivas para disminuir los síntomas de IF durante el periodo posparto, dentro de estas medidas, se incluye los cambios en el estilo de vida y evitar situaciones que empeoren los síntomas. Además, existen algunas medidas importantes que deben adoptar las mujeres que tuvieron una lesión del esfínter anal, independiente de su estado de continencia.

#### Cambios en el estilo de vida

- Bajar de peso: no existe evidencia que demuestre que bajar de peso disminuya la incidencia de IF, sin embargo, es un factor de riesgo conocido para desarrollarla. <sup>(22)</sup>
- No realizar actividad física que produzca aumentos de la presión intraabdominal como ejercicios de alto impacto.
- Tener acceso fácil a un baño. <sup>(22)</sup>
- Realizar ejercicios de entrenamiento de la musculatura pélvica a partir de los 2-3 días posparto, es muy importante que la técnica sea la adecuada, ya que si se realizan incorrectamente, pueden empeorar el proceso de curación del desgarro. <sup>(13)</sup>

- Mantener una dieta balanceada para evitar tanto la constipación como la diarrea. <sup>(13)</sup>
- Tratamiento de la anemia y alimentación saludable, para mejorar el proceso de cicatrización. <sup>(13)</sup>

#### **Cuidados de la región perineal:**

- Lavado genital con agua después de orinar o defecar.
- Ducha diaria.
- Cambio frecuente del apósito genital.
- Educar acerca de signos de infección de la herida (dehiscencia, eritema, secreción).

#### **Seguimiento:**

- Evaluación por ginecólogo a las 6 semanas posparto.
- Las mujeres que han tenido lesión del esfínter anal, deben ser referidas a un especialista que supervise los ejercicios de los músculos del piso pélvico (fisioterapeuta o kinesiólogo), <sup>(13)</sup> cuando este recurso esté disponible. De lo contrario, el personal de salud a cargo de la mujer, debe enseñar la técnica adecuada y alentar a la realización constante de los ejercicios.

#### **¿Cuándo referir al especialista?**

- Existen situaciones que ameritan la evaluación de un especialista:
- Lesión del esfínter anal no reparada durante el parto. <sup>(21)</sup>
- Sospecha de fístula recto-vaginal.
- Las mujeres que presentan lesión del esfínter anal al momento del parto, deben ser referidas al especialista (ginecólogo o coloproctólogo) a las 6 semanas posparto, para una evaluación con endosonografía anal y manometría y eventual reparación secundaria si fuera necesario. <sup>(13)</sup>

#### **Referencias**

1. Medina CA, V JAF. Incontinencia fecal posparto en mujeres adultas jóvenes y posmenopáusicas. Fecal incontinence in Young women post partum and in post menopauseia females . Introducción. 2007;28-33.
2. Muñoz-Duyos A, Montero J, Navarro A. Incontinencia fecal: neurofisiología y neuromodulación. Cirugía Española [Internet]. 2004 Jan;76(2):65-70. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0009739X04723623>
3. Rogers RG, Leeman LL. Cambios genitourinarios después del parto. 2007;34:13-21.
4. Guise J, Morris C. Incidence of Fecal Incontinence After. 2007;109(2):281-8.
5. Brown SJ, Gartland D, Donath S. Fecal incontinence during the first 12 months postpartum: complex causal pathways and implications for clinical practice. Obstetrics and gynecology [Internet]. 2012 Feb [cited 2013 Jun 15];119(2 Pt 1):240-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22270274>
6. Bols EMJ, Hendriks EJM, Berghmans BCM. A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica [Internet]. 2010 Mar [cited 2013 May 29];89(3):302-14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20199348>

7. Chiarelli P, Murphy B, Cockburn J. Fecal Incontinence After High-Risk Delivery. 2003;102(6):1299-305.
8. Dudding TC, Vaizey CJ, Kamm M a. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. *Annals of surgery* [Internet]. 2008 Feb [cited 2013 Jun 15];247(2):224-37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18216527>
9. Laine K, Skjeldestad FE, Sanda B. Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* [Internet] 2011 Apr [cited 2013 Jun 15];90(4):319-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21306321>
10. Fowler GE. ACPWH CONFERENCE 2008 Obstetric anal sphincter injury. 2009;(1993)
11. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries--myth or reality? *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* [Internet]. 2006 Mar [cited 2013 May 29];113(2):195-200. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16411998>.
12. Boyle R, Ejc H, Jd C, Mørkved S et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women ( Review ) Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnata. 2012;(10).
13. Kettle C, Tohill S. Perineal care. *Clinical evidence* [Internet]. 2011 Jan;2011. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23392648>
14. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth ( Review ). 2012;(11).
15. Rl N, Se F, Westercamp M, Farquhar C. Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence ( Review ). 2010;(2).
16. Pregazzi R, Sartore A, Bortoli P. Immediate postpartum perineal examination as a predictor of puerperal pelvic floor dysfunction. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2002 Apr;99(4):581-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12039115>
17. Faltin DL, Floris LA. Diagnosis of Anal Sphincter Tears to Prevent. 2005;106(1).
18. Guideline CP, Of M, Anal O, Injury S. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE MANAGEMENT OF OBSTETRIC ANAL SPHINCTER INJURY Institute of Obstetricians and Gynaecologists and Directorate of Clinical Strategy and Programmes , Health Service Executive Guideline No . 8 Date of publication : April 2012 Revisi. 2014;(8):1-20.
19. Rj F, Ahh S, Kettle C, Thakar R, Radley S. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury ( Review ). 2010;(2).
20. Bellicini N, Molloy PJ, Caushaj P. Fecal incontinence: a review. *Digestive diseases and sciences* [Internet]. 2008 Jan [cited 2013 Jun 17];53(1):41-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17520366>
21. Soerensen MM, Bek KM, Buntzen S. Long-term outcome of delayed primary or early secondary reconstruction of the anal sphincter after obstetrical injury. *Diseases of the colon and rectum* [Internet]. 2008 Mar [cited 2013 Jun 15];51(3):312-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18219533>
22. London C, Nightingale F. Management of Fecal Incontinence in Adults. 2010;206(December 2009):199-206.

## 9. Infección del tracto urinario

### 9.1 Definición

Infección del tracto urinario, en una mujer diagnosticada durante el puerperio por urocultivo positivo o sospecha por sedimento de orina alterado. Se incluyen aquellas mujeres que se hayan diagnosticado durante el embarazo y trabajo de parto, que no hayan completado tratamiento. <sup>(11)</sup>

### 9.2 Incidencia

Afecta al 12 % de la población general y hasta 30% en población de riesgo. Aumenta su incidencia durante el embarazo, debido a los cambios anatómicos, cambios del pH de la orina, cambios de la inmunidad local, aumento de la glucosuria y aminoaciduria. Disminuyendo su incidencia en el transcurso del puerperio. <sup>(6) (7)</sup>

### Formas de presentación

<b>Bacteriuria asintomática</b>	3- 10% de todos los embarazos Durante el puerperio es menos frecuente
<b>Cistitis aguda</b>	2-6% de todos los embarazos
<b>Pielonefritis Aguda.</b>	1-2% de todos los embarazos

### Factores de riesgo

La gran mayoría no tiene un factor de riesgo asociado. Puede estar asociado a:

- Historia de infecciones urinarias a repetición.
- Diabetes Mellitus.
- Cálculos.
- Anomalías del tracto genitourinario. <sup>(5) (6)</sup>

### Etiología

Los gérmenes más frecuentes son Escherichia Coli (80-90%), Klebsiella y Proteus. Menos frecuentes Streptococco grupo B, Pseudomona, Enterococo y Enterobacter. <sup>(1)</sup>

### Complicaciones

- Progresión a Pielonefritis.
- Urosepsis (10-15%)
- SDRA (2-8%)
- Shock séptico (1-3%)
- Anemia (25%-30%)



### 9.3 Diagnóstico

Patología	Diagnóstico
<b>Bacteriuria asintomática (BA)</b>	Infección del tracto urinario asintomática con urocultivo positivo, mayor a 100.000 UFC.
<b>Cistitis aguda (CA)</b>	ITU que incluye disuria, urgencia, dolor suprabúbico de grado variable, polaquiuria y orinas turbias de mal olor. Urocultivo positivo mayor a 100.00 UFC.
<b>Pielonefritis aguda (PNA)</b>	El cuadro incluye molestias urinarias, fiebre hasta 40°, náuseas, vómitos, dolor en flanco. Con urocultivo positivo con recuento mayor de 100.000 UFC.

En una paciente con sintomatología característica, con sedimento de orina alterado, con recuento mayor de 50.000 UFC debe realizarse el diagnóstico de infección urinaria y tratarse como tal evaluando curso clínico.

Recordar que se define fiebre en el puerperio con temperatura mayor a 38° C en dos tomas separadas por 6 horas.

En el puerperio al igual que en el embarazo de tercer trimestre, el diagnóstico diferencial puede ser difícil con otros cuadros:

- Bajada de leche: Cuadro que aparece a las 48 - 72 horas posparto, caracterizado por ingurgitación mamaria, dolor de hombros y temperatura que no sobrepasa los 38° C.
- Endometritis puerperal: Fiebre > 38° C axilar asociado a loquios turbios y mal olor, dolor pélvico y subinvolución uterina. El dolor es muy inespecífico, sobre todo en cesáreas, donde normalmente hay dolor en hemiabdomen inferior
- Infección de herida operatoria: salida de pus por algún sitio de la herida operatoria (cesárea o episiotomía). En etapas iniciales, no siempre se logra evidenciar material purulento; existe sólo inflamación asociada a una infección bacteriana.
- Cuadros abdominales no ginecológicos:
  - a. Apendicitis: Puede ser difícil su diagnóstico dado la migración del apéndice hacia el flanco e hipocondrio derecho, ausencia de migración característica de hipocondrio derecho a fosa iliaca derecha y ausencia de abdomen en tabla. Se puede confundir con entuertos. Urocultivo negativo.
  - b. Absceso apendicular: la mujer cursa con gran compromiso del estado general, dolor intenso abdominal, masa palpable en fosa ilíaca derecha y fiebre en pick sobre 38° C. Urocultivo negativo.
  - c. Colecistitis aguda: existen antecedentes recientes de un cólico biliar complicado por fiebre persistente de intensidad moderada, defensa muscular involuntaria, que puede estar presente o no en la puérpera y palpación de una masa en la región vesicular. En caso de duda se recurre a la ecografía, que muestra la litiasis y el engrosamiento de la pared vesicular. Urocultivo negativo.

### Objetivos del tratamiento

- Erradicación bacteriana de la vía urinaria y del tracto genital inferior.
- Prevenir complicaciones sépticas.
- Prevenir Pielonefritis.

### Definiciones

- **Curación y erradicación.** Desaparición del germen a las 48 horas y 28 días postratamiento. <sup>(3)</sup>
- **Fracaso:** Persistencia del germen 48 horas postratamiento.
- **Reinfección:** desaparición del germen a las 48 horas postratamiento y reaparición del mismo u otro germen a los 28 días.
- **Recurrencia:** Aparición de nuevo episodio de ITU después de 28 días postratamiento

## 9.4 Conducta

### Bacteriuria asintomática y Cistitis aguda

- A toda puérpera se le debe solicitar sedimento de orina y urocultivo, en presencia de síntomas o si tiene antecedentes de ITU a repetición durante el embarazo.
- Mujer con diagnóstico de BA o cistitis aguda tratar según resultado de urocultivo y antibiograma con:
  - Cefradina 500 mg c/6 horas por 7 días.
  - Cefadroxilo 500 mg c/12 horas por 7 días.
  - Nitrofurantoina 100 mg c/8 horas por 7 días.
- Evaluar con urocultivo de control realizado entre 3 y 7 días postratamiento.
- Si Urocultivo de control vuelve a salir positivo, como sospecha de fracaso o reinfección derivar a ginecólogo o urólogo, con sedimento de orina y urocultivo tomados. <sup>(8) (12) (13) (14)</sup>

### Casos especiales

- En caso de **fracaso** a tratamiento, Ajustar y usar antibiótico de acuerdo a Antibiograma.
- En caso de **reinfección o recurrencia**, usar antibiótico de acuerdo a antibiograma y evaluar factores de riesgo (eventualmente estudiar).<sup>(3)</sup>
- Reevaluar a los 3 días postratamiento con urocultivo y antibiograma. Frente a fracaso de tratamiento o persistencia de urocultivo positivo:
  - Descartar diabetes
  - Solicitar ecografía renal.
- Se dejará tratamiento profiláctico después de la segunda ITU tratada con:
  - Nitrofurantoina 100 mg en la noche,
  - Cefradina 500 mg en la noche.
  - Cefadroxilo 500 mg en la noche, hasta el término del puerperio. <sup>(2) (9)</sup>
- Luego suspender antibiótico y repetir urocultivo. Si es positivo nuevamente derivar a ginecólogo o urólogo.

## Pielonefritis

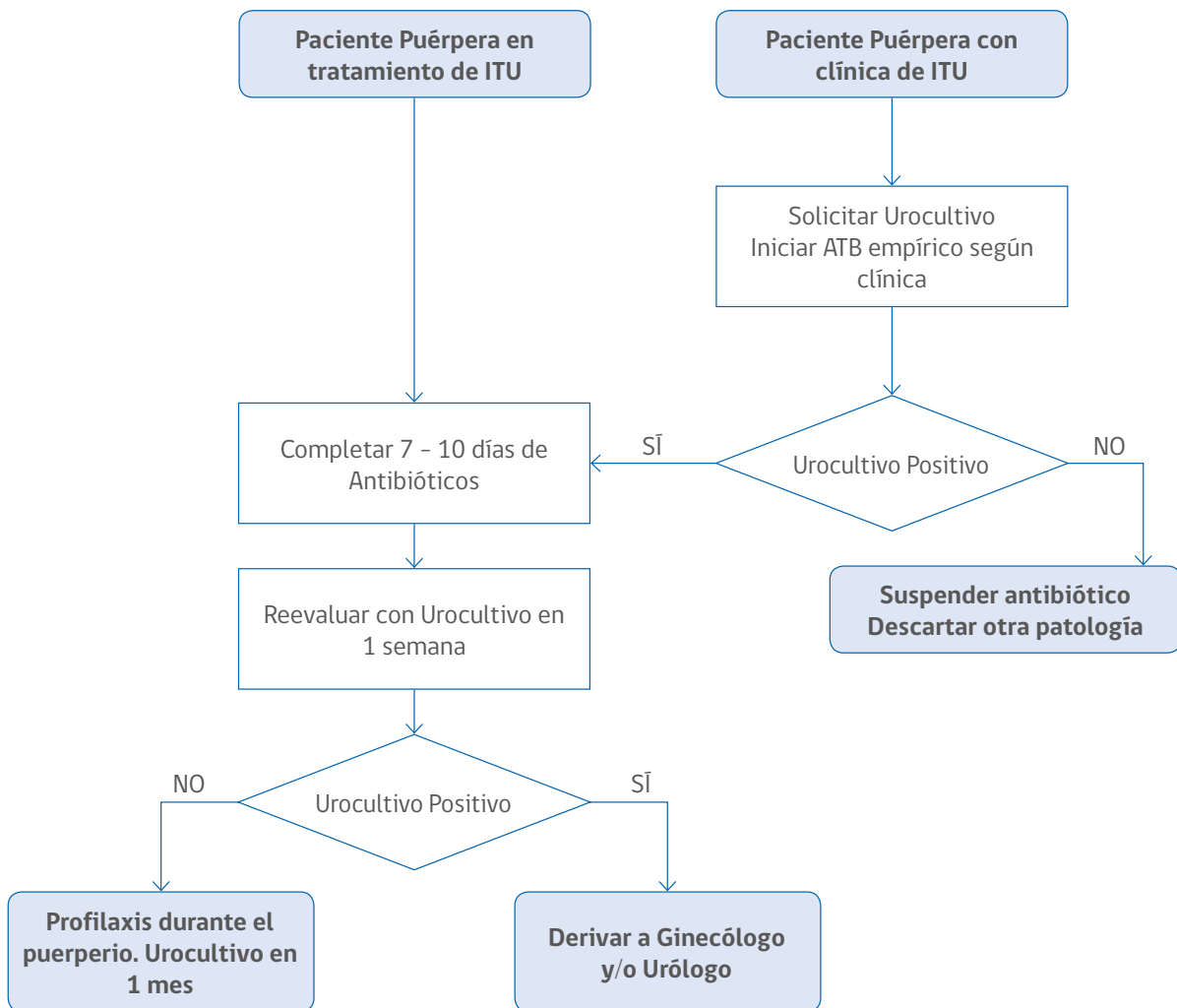
Caso de Pielonefritis diagnosticada durante el puerperio o en tratamiento iniciado durante el embarazo o parto, que no hayan completado tratamiento. <sup>(11)</sup>

- Se recomienda que toda mujer debe continuar o iniciar su tratamiento hospitalizada. <sup>(11)</sup>
- Realizar sedimento de orina y urocultivo.
- Solicitar Celldyn, PCR, BUN, creatininemia.
- Iniciar tratamiento antibiótico (después de tomar urocultivo) y ajustar con antibiograma, dependiendo de la evolución clínica. Si a las 48 horas la mujer mejora su evolución clínica, mantener tratamiento antibiótico por 7-10 días. Si persiste fiebre > 38° C o compromiso del estado general o agravamiento de dolor, cambiar antibiótico según antibiograma o segunda línea.

### 9.5 Opciones de tratamiento.

- Cefazolina 1 gr/cada 8 horas por 7 días.
- Gentamicina 3-5 mg/kg. En dosis única intramuscular por 7 días.
- Cefalosporina de 3ª generación IV por 7 días.
- Otro antibiótico según antibiograma (sin contraindicación en lactancia). <sup>(1) (2) (9) (10) (13)</sup>
- A las 48 horas afebril, es posible cambiar a tratamiento oral y completar 7-10 días. <sup>(11)</sup>
  - Si se inició tratamiento con Gentamicina cambiar a Nitrofurantoina.
  - Si se inició tratamiento con Cefalosporina cambiar a cefradina, cefadroxilo o nitrofurantoina.
- Si la mujer no responde clínicamente a las 72 horas, cambiar antibiótico (según antibiograma) y solicitar ecografía renal y vesical.
- Solicitar urocultivo a los 3 y a los 28 días postratamiento. Si el cultivo es negativo solicitar urocultivo al mes. Si el cultivo es positivo, tratar según antibiograma y derivar a ginecólogo o urólogo.
- Se dejará tratamiento profiláctico después de completar tratamiento, con: Nitrofurantoina 100 mg en la noche, cefradina 500 mg en la noche o cefadroxilo 500 mg en la noche hasta el término del puerperio. <sup>(4) (11)</sup>

## ALGORITMO DE MANEJO DE LA INFECCION URINARIA EN EL PUERPERIO



Fuente: Figueroa C. Servicio Obstetricia y Ginecología. Hospital La Florida.

## Referencias

1. Abarzúa, Fernando, Reevaluación de la sensibilidad antimicrobiana de patógenos urinarios en el embarazo Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67(3): 226-231
2. ACOG Educational Bulletin. Antibiotics and gynecologic infections. American College of Obstetricians and Gynecologist. Int J Gynaecol. 1997; 58:333-40.
3. Andriole VT, Patterson TF. Epidemiology, natural history and management of urinary tract infections in pregnancy. Med Clin North Am. 1991;75:359-73.
4. Cabero LL, editor. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolos asistenciales en Obstetricia. Infección urinaria y embarazo. Barcelona: Ediciones Mayo; 2004.
5. Fátima N, Ishrats. "Frequency and risk factors of asymptomatic bacteriuria during pregnancy". J Coll Physicians Surg Pak 2006; 16(4): 273-5.
6. Goldberg RL, Hauth JC, Andrews WW. "Mechanisms of disease: intrauterine infection and pre-term delivery". New England Journal of Medicine 2000; 342(20):1500-1507.
7. Hooton TM, Stamm WE. "Acute cystitis in women". Walthman (MA): UpToDate; 2009. 1/6/2009]. Disponible en: [www.update.com](http://www.update.com)
8. Kenneth L, Kevin F, MD, MPH, MTMH "Preventive Services Task Force. Screening for asymptomatic bacteriuria: Recommendation Statement". Am Fam Physician 2005; 71(8); 1575-1576.
9. Lutters M, Vogt-Ferrier NB. «Antibiotic duration for treating uncomplicated, symptomatic lower urinary tract infections in elderly women". Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD001535-
10. Patterson TF, Andriole VT: "Therapy of bacteriuria in pregnancy. Update in the managed health care era". Infect Dis Clin North Am. 2003; (5): 81-87.
11. Protocolo Manejo de la Infección Urinaria durante el embarazo. Maternidad Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
12. Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No. CD000490. DOI: 10.1002/14651858.CD000490.
13. Vazquez JC, Villar J. "Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy". In: Cochrane Database of Systematic Reviews, 4,2003. 10. 1002/14651858. CD002256.
14. Villar J, Widmer M, Lydon-Rochelle MT. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2. Art. No. CD000491. DOI: 10.1002/14651858.CD000491.

## 10. Retención urinaria aguda posparto

**10.1 Definición:** la retención urinaria aguda (RUA), se define como la incapacidad para orinar en forma espontánea.

Es frecuente que en el puerperio inmediato las mujeres cursen con dificultad para orinar.

La utilización de la anestesia peridural, con la pérdida del reflejo miccional y la sobrehidratación, son factores que inciden en el riesgo que la puérpera tenga dificultades en la micción con riesgo de RUA. También es posible que la presenten debido a la compresión nerviosa producto del parto, fórceps o acción de fármacos. <sup>(1) (2) (4)</sup>

### 10.2 Fármacos asociados a retención urinaria

Analgésicos	Tramadol, morfina
Anticolinérgicos	Atropina, oxibutinina, escopolamina
Antidepresivos	Amitriptilina, imipramina, citalopram
Antihistamínicos	Clorfenamina, hidroxicina
Antihipertensivos	Hidralazina
Ansiolíticos- Hipnóticos	Clonazepam, Diazepam, zolpidem
Antisicóticos	Clorpromazina, haloperidol, tioridacina
Relajantes musculares	Diazepam, ciclopirozina
Simpaticomiméticos	Efedrina, fenilefrina
Misceláneos	Analgésicos opioides, anfetaminas, carbamacepina, dopamina.

Selius BA. Urinary Retention in adults; diagnosis and initial management. An Fam Physician. 2008; 77:643-650

### 10.3 Conducta

- Realizar evaluación general. Examen general y control signos vitales.
- Tacto vaginal para descartar hematomas, fenómenos compresivos, impactación fecal.
- Frente a una mujer con RUA, sin lesiones o fenómenos compresivos, la conducta recomendada es el vaciamiento vesical. **La cateterización vesical es la primera opción, si es que no existe contraindicación.**
- Para el cateterismo se recomienda el uso de sondas tipo Nelaton o Foley de látex, silicona o cloruro de polivinilo, calibre 14, 16 ó 18 french.
- Se debe realizar con técnica aséptica con o sin uso de lubricante estéril.
- Se recomienda el vaciamiento vesical intermitente durante las primeras 48 horas.
- Si persiste con RU, instalar sonda a permanencia e interconsultar a Urólogo. <sup>(3) (5)</sup>

#### Contraindicación para cateterismo vesical

Lesión uretral  
Traumatismo vesical  
Presencia de pus por el meato uretral

En estos casos realizar vaciamiento suprapúbico (médico, idealmente urólogo) <sup>(5)</sup>

### Técnica de cateterismo intermitente

- Colocar a la mujer en decúbito dorsal.
- Lavado de manos de matró(a).
- Realizar aseo de genitales externos y uso de antiséptico.
- Lavado de manos y uso de guantes estériles por matró(a).
- Introducir sonda por meato en forma suave, hasta que se vea salida de orina.
- A los 400 cc de orina, clamppear sonda y esperar 15 minutos, posteriormente continuar con el procedimiento. <sup>(5) (6) (7)</sup>

### Técnica de cateterismo a permanencia (Sonda Foley)

- Colocar a la mujer en decúbito dorsal.
- Lavado de manos por matró(a).
- Realizar aseo de genitales externos y uso de antiséptico.
- Lavado clínico de manos y uso de guantes estériles por matró(a).
- Introducir sonda por meato en forma suave, hasta que se vea salida de orina.
- Después de la extracción de 400 cc de orina, clamppear sonda y esperar 15 minutos, posteriormente continuar con el vaciamiento.
- Inflar globo de sonda con suero fisiológico.
- Colocar el sistema de drenaje cerrado con bolsa recolectora.
- Fijar la sonda a la cara interna del muslo. <sup>(5) (6) (7)</sup>

### Indicaciones de hospitalización

- Retención urinaria a repetición.
- Alteración de la función renal.
- Hematuria.
- Sepsis.
- Complicaciones inherentes a la cateterización.
- Comorbilidades que requieran tratamiento médico y/o quirúrgico. <sup>(5) (6)</sup>

## 10.4 Plan de cuidados por matró(a)

### Objetivos

- Entregar a la mujer una atención integral, de calidad y con enfoque al tratamiento de la Infección Urinaria.
- Prevenir complicaciones maternas derivadas de la Infección Urinaria.

### Personal responsable

- Matró(a) clínica de la unidad

### Actividades de matró(a)

- Elaboración y supervisar cumplimiento del plan de atención integral.
- Vigilar cumplimiento de reposo relativo.
- Vigilancia de cumplimiento régimen común o liviano, según corresponda.
- Control de signos vitales (Tº, FC y PA) cada 8 horas o SOS (énfasis en Tº).
- Solicitar evaluación médica diaria o SOS.
- Evaluación de matró(a) diaria. Valorar estado general, condición obstétrica y sintomatología.
- Confección de tarjetero y supervisión de administración de medicamentos.
- Administración de medicamentos EV.
- Permeabilizar vía venosa si procede.
- Instalación y manejo de sonda Foley
- Supervisión de cumplimiento de plan de atención.
  - Aseo y confort.
  - Ducha diaria.
  - Uso de brazalete de identificación.
  - Medición de primera diuresis.
  - Abundante ingesta de líquidos.
  - 1º levantada asistida.
  - Apoyar la atención de RN.
  - Apoyo de lactancia.
  - Avisar en caso de dolor.
  - Avisar en caso de  $T^\circ \geq 38^\circ \text{C}$ .
  - Cuidados de vía venosa, si procede.
- Tramitar Interconsultas, órdenes de exámenes, recetas (verificar disponibilidad de medicamento).
- Preparación física de la mujer en caso de exámenes especiales (ecografías, TAC u otros).
- Toma de exámenes de laboratorio y solicitud de evaluación médica con resultados.
- Rescatar resultado de urocultivo.
- En caso de ser necesario, realizar sondeo vesical con técnica estéril para obtención de exámenes de orina.



- Verificar buen funcionamiento de vía venosa (permeabilidad, sitio de punción sin signos de infección y/o flebitis y fecha de instalación).
- Educar sobre autocuidado acorde a su patología.
- Dar indicaciones al alta. <sup>(6)</sup>
  - Reposo relativo.
  - Régimen común.
  - Aseo genital frecuente y ducha diaria.
  - Control en centro de salud.
  - Acudir a urgencia gineco obstétrica y/o pediátrica SOS.
  - Educación sobre la importancia del tratamiento antibiótico y la toma de nuevos exámenes de control en centro de salud.

## Referencias

1. Aning, J.J, Horsnell,J., Gilbert,H.W., et al. Management of acute urinary retention. Br. J Hosp Med. 2007; 68(8):408-411
2. Emberton, M., Fitzpatrick,J.M. The Reten-World survey of the management of acute urinary retention. BJU Int. 2008; 101(Supp 3):27-32.
3. Glavind, K., Bjørk,J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. Int. Urogynecol J. 2003; 14:119-121.
4. Kekre, A.N., Vijayanand, S., Dasgupta, R., Kekre, N. Postpartum urinary retention after vaginal delivery. Int J Gynaecol Obstet. 2011;112(2):112-5
5. Newman D. Managing Urinary Retention in the Acute Care Setting Disponible en: [http://www.verathon.com/Portals/0/uploads/ProductMaterials/\\_bsc/0900-0447-08-86.pdf](http://www.verathon.com/Portals/0/uploads/ProductMaterials/_bsc/0900-0447-08-86.pdf)
6. Protocolo de atención Retención Urinaria posparto. Maternidad Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
7. Protocolo de atención Cateterismo vesical permanente. Complejo asietencial Dr. Sótero del Río en: [http://www.hospitalsoterodelrio.cl/calidad/OpenDocument.aspx?documentos=documentos\\_enfermeria/274](http://www.hospitalsoterodelrio.cl/calidad/OpenDocument.aspx?documentos=documentos_enfermeria/274)
8. Selius BA. Urinary Retention in adults; diagnosis and initial management. An Fam Physician. 2008; 77:643-650.

## V. MANEJO DEL DOLOR EN EL POSPARTO

### Manejo del dolor en el posparto

#### 1. Introducción

El parto es una experiencia profundamente emotiva, e incluye la creación de vínculos con el R.N. y el comienzo de la lactancia, el posparto vaginal o cesárea. Se acompaña de dolor secundario a trauma perineal (parto vaginal) o a la intervención quirúrgica. En el caso de la cesárea, el alivio del dolor hará al período postanestesia menos incómodo, favoreciendo la relación madre - hijo.

El trauma perineal se origina por desgarros, por perineotomía, o por ambos, y puede acompañarse de dolor de intensidad variable, ya que se origina en estructuras somáticas. A menudo se subestima el grado de dolor perineal y el malestar asociado con el traumatismo. Con frecuencia el dolor interfiere en actividades diarias básicas, como caminar, sentarse y orinar, y repercute negativamente en las experiencias de la maternidad.

El dolor posquirúrgico de la cesárea comprende estructuras somáticas y viscerales, y, habitualmente, su extensión y magnitud son mayores que el dolor del parto vaginal. El manejo del dolor posoperatorio de la cesárea es similar a la de cualquier cirugía abdominal, con la salvedad que hay que considerar el paso de los fármacos desde la madre al RN a través de la leche.

La gran mayoría de los partos vaginales, y la casi totalidad de las cesáreas, en algunos centros asistenciales, son manejados con anestesia regional, con administración de opiáceos, que aumenta la anestesia introoperatoria y optimiza la analgesia posparto.

El control del dolor posparto puede ser alcanzado de muchos modos: opiáceos neuroaxiales, analgesia IV con opiáceos y fármacos adyuvantes.

#### 2. Efectos agudos del dolor post operatorio (posparto)

El dolor post operatorio no controlado puede producir una variedad de efectos perjudiciales y aumentar la morbilidad y mortalidad de las puérperas. Las respuestas reflejas suprasegmentarias al dolor producen un aumento del tono simpático, un incremento de la secreción de catecolaminas y hormonas catabólicas (cortisol, ACTH, ADH, glucagón, aldosterona, renina y angiotensina II) y una disminución de las hormonas anabólicas. Los efectos comprenden la retención de sodio y agua y un aumento de los niveles sanguíneos de glucosa, ácidos grasos libres, cuerpos cetónicos y lactato. Aparece un estado hipermetabólico, catabólico. El balance negativo de nitrógeno y el catabolismo proteico, pueden retrasar la convalecencia de la mujer. La respuesta de estrés neuroendocrino puede ser un factor significativo en el desarrollo postoperatorio de hipercoagulabilidad; también puede potenciar la inmunosupresión en el puerperio. La hiperglicemia secundaria a la respuesta de estrés, puede contribuir a una mala cicatrización de las heridas y a una depresión de la función inmunitaria. La activación del sistema simpático, aumenta el consumo de oxígeno miocárdico, relevante en el caso de isquemia miocárdica e infarto. También, la activación simpática retrasa la vuelta de la motilidad gastrointestinal, lo que puede convertirse en íleo parálisis. El control de los procesos fisiopatológicos asociados al dolor agudo postoperatorio, es capaz de atenuar la respuesta de estrés, el flujo simpático y los reflejos espinales inhibitorios, y contribuir a mejorar las tasas de morbilidad, mortalidad y calidad de vida.

Se recomienda el manejo del dolor, utilizando estrategias multimodales, que comprende:

- Control del dolor posparto para permitir una movilización precoz
- Nutrición enteral precoz.
- Disminución de la respuesta de estrés a través del uso de técnicas de anestesia regional
- Combinación de agentes analgésicos (analgesia multimodal)

El uso de anestesia y analgesia epidural es una parte integral de la estrategia multimodal, debido al mejor resultado y a los beneficios fisiológicos que tiene la analgesia epidural.

### 3. Métodos de tratamiento

Se dispone de muchas opciones: analgésicos sistémicos (opiáceos y no opiáceos), y técnicas analgésicas regionales (neuroaxiales y periféricas). Debe existir una monitorización de la paciente, que incluya signos vitales, medición de analgesia y efectos secundarios, entre otros.

#### 3.1 Técnicas analgésicas sistémicas

##### Opiáceos

Opción fundamental para tratar el dolor posparto. Ejercen su efecto a nivel del SNC. No tienen techo analgésico, y su eficacia está limitada por el desarrollo de tolerancia y/o de efectos secundarios de los mismos (náuseas, vómitos, sedación, depresión respiratoria). Vías más frecuentes de administración: oral, IM e IV. También en lugares anatómicos específicos, como espacio intratecal o epidural. En general, se administran de forma parenteral (IM - IV) para el tratamiento del dolor de moderado a grave, ya que estas vías aseguran un comienzo más rápido y fiable que la vía oral.

La amplia variabilidad entre mujeres y en la misma mujer, en las necesidades de analgésicos, la variabilidad en los niveles plasmáticos (especialmente IM) y los retrasos en la administración, pueden contribuir a una analgesia posparto inadecuada. La **analgesia IV controlada por la mujer (PCA)** optimiza la administración de opiáceos y minimiza la variabilidad farmacocinética y farmacodinámica entre usuarias. La PCA se administra a través de un aparato de PCA; la medicación analgésica es autoadministrada en el momento en que se experimenta dolor, y permite, además, una infusión basal analgésica. Para evitar la sobredosificación, existe intervalos de cierre (programables y durante los cuales no hay entrega de fármaco). En comparación con regímenes analgésicos a demanda (PRN), la PCA IV proporciona una analgesia postoperatoria superior, mejora la satisfacción de la mujer y disminuye el riesgo de complicaciones pulmonares. La incidencia de efectos secundarios durante una PCA IV es muy baja; la depresión respiratoria es < 0,5%, y está asociado habitualmente a factores como infusión basal y administración concomitante de agentes sedantes o hipnóticos.

##### Antiinflamatorios no esteroidales (AINE)

Su mecanismo de acción se produce por inhibición de la ciclooxigenasa (cox) y la síntesis de prostaglandinas. Son básicamente agentes de acción periférica. Como agentes únicos, proporcionan analgesia eficaz contra el dolor leve a moderado. Son adyuvantes útiles de los opiáceos para el tratamiento del dolor moderado a grave. los AINE pueden administrarse por vía oral o parenteral y son particularmente útiles como componentes de un régimen analgésico multimodal, al producir analgesia a través de un mecanismo diferente al de los opiáceos o los anestésicos locales, disminuir las necesidades analgésicas de opiáceos (hasta un 50%) y los efectos secundarios de los mismos y

facilitar la recuperación de la mujer. los efectos secundarios de su uso, incluyen disminución de la hemostasia (disfunción plaquetaria e inhibición del tromboxano A2), disfunción renal (en mujeres de alto riesgo: hipovolemia, función renal alterada), hemorragias gastrointestinales (inhibición de la cox1).

AINE para dolor postoperatorio en puerperio		
Fármaco	Dosificación	Comentario
<b>Paracetamol</b>	500 - 1000 mg c/4 - 6 horas Dosis max 3 g/día vo	Reportado como seguro durante la lactancia
<b>Ibuprofeno</b>	200 - 400 mg c/4 - 6 horas Dosis max 1,6 g/día vo	Reportado como seguro durante la lactancia
<b>Piroxicam</b>	10 - 20 mg/día. Dosis max 20 mg/día vo	Reportado como seguro durante la lactancia
<b>Naproxeno</b>	250 mg c/6 horas Dosis max 1,6 g/día vo	Reportado como seguro durante la lactancia
<b>Indometacina</b>	25 mg c/8 - 12 horas Dosis max 300 mg/día vo.	<b>Debe evitarse en la lactancia</b>
<b>Diclofenaco</b>	75 mg c/12 horas Dosis max 150 mg/día vía oral/IM/IV	No hay evidencia suficiente acerca de uso en la lactancia.
<b>Ketorolaco</b>	30 mg c/6 horas Dosis max 120 mg/día vía oral/IV	La American Academy of Pediatrics sugieren su uso durante la lactancia

Las desventajas de los AINE se pueden resumir de la siguiente manera:

- Tienen efecto techo.
- No deben ser utilizados en madres con coagulopatías, alteraciones plaquetarias, alteraciones renales, úlcera péptica.
- Deben ser evitados en madres con RN con cardiopatías dependientes del conducto.
- Los AINE retrasan el tiempo de consolidación y remodelación de fracturas óseas.

### Tramadol

Opiáceo sintético. Eficaz para tratar el dolor posparto moderado, comparable a algunos AINE. Entre sus ventajas se encuentra la relativa falta de depresión respiratoria y bajo potencial de abuso. Efectos secundarios incluye mareo, somnolencia, náuseas, vómitos, sequedad de boca y cefalea.

## 3.2 Técnicas analgésicas regionales

### Dosis única de opiáceos neuroaxiales

Eficaz como agente único o coadyuvante, por vía intratecal o epidural, una vez dentro del LCR, ya sea por inyección directa espinal o por migración gradual desde el espacio epidural, los opiáceos hidrofílicos (morfina) producen una analgesia retrasada, pero más larga, junto con una incidencia mayor de efectos secundarios, con depresión respiratoria tardía. Los opiáceos lipofílicos (fentanilo, sufentanilo) proporcionan una analgesia de inicio rápido, con menor incidencia de efectos secundarios y una depresión respiratoria precoz.

En el puerperio, especialmente post cesárea, es eficaz el uso de morfina, intratecal o epidural, por su analgesia de larga duración.

### **Analgesia epidural continua**

La analgesia administrada a través de un catéter epidural es un método eficaz y seguro para tratar el dolor posparto, y puede ser superior al compararla con los opiáceos sistémicos. Los fármacos analgésicos incluyen anestésicos locales (A.L.), opiáceos, combinaciones de ambos, y fármacos adyuvantes. La perfusión de anestésicos locales solos epidurales puede utilizarse, pero no son tan eficaces como la combinación analgésica opiáceo - A. L.; se justificaría si se pretende evitar los efectos secundarios relacionados con los opiáceos. Los A.L. solos tienen una significativa tasa de fallo y una relativa alta incidencia de hipotensión y bloqueo motor. Los opiáceos pueden utilizarse solos en perfusiones epidurales y no producen bloqueo motor ni hipotensión. El uso de fentanilo en perfusión epidural no presenta ventajas versus la infusión IV, la morfina en perfusión epidural (en vez de bolos intermitente epidurales) puede ocasionar una analgesia superior con menores efectos secundarios. La combinación opiáceo - A.L. tiene ventajas sobre infusiones de A.L. u opiáceo solo; proporciona una analgesia posparto superior (dolor en reposo y dolor dinámico) y disminuye la dosis de A.L. no está claro si el efecto es sinérgico o aditivo. El A.L. recomendado es bupivacaína, l-bupivacaína o ropivacaína, por su bloqueo diferencial (mucho analgesia, poco bloqueo motor), con concentraciones inferiores a las usadas para anestesia intraoperatoria. El opiáceo preferido es el fentanilo, para permitir una rápida dosificación de la analgesia. Entre los fármacos adyuvantes destaca la adrenalina, puede mejorar la analgesia epidural y el bloqueo sensitivo.

Efectos secundarios de los fármacos analgésicos neuroaxiales (opiáceos, A.L. y combinación de ambos): hipotensión, bloqueo motor, náuseas y vómitos, prurito, depresión respiratoria, retención urinaria.

### **Analgesia epidural controlada por la paciente (PCEA)**

Similar a la PCA IV, permite una individualización de las necesidades analgésicas de la puérpera, tendría ventajas sobre la infusión continua epidural, incluido un uso menor de fármacos. La PCEA también proporcionaría una analgesia superior y mayores grados de satisfacción de la mujer al compararla con la PCA IV. Existe muchas combinaciones farmacológicas, pero la más usada es la mezcla bupivacaína - fentanilo a bajas concentraciones.

### **Analgesia regional periférica**

Incluye técnicas de infiltración de heridas y bloqueo del transversal abdominal (tap block), con A.L. Se asocian a un menor consumo de opiáceos (disminución de efectos secundarios relacionados con opiáceos) y mejor satisfacción de la mujer. Al combinar la analgesia regional periférica con AINE se podría proporcionar un régimen analgésico posparto libre de opiáceos. Numerosos trabajos han reportado una disminución en el consumo de opiáceos de rescate cuando se asocia la infiltración de heridas con AINE; igualmente en el caso del tap block.

## **Referencias**

1. Birnbach - Gatt - Datta: Textbook of Obstetric Anaesthesia. Ed. 2000. Chapter 24: "Postcesarean Analgesia: Patient-Controlled Analgesia and Neuraxial Techniques"
2. Miller Anestesia, sexta edición. Capítulo 72: "Dolor agudo postoperatorio"

## VI. COMPLICACIONES MÉDICAS

### 1. Síndrome Hipertensivo del Embarazo

Es importante recordar que el Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE) no es una sola entidad y que incluye a varias condiciones con fisiopatologías, tratamientos, riesgos y pronósticos diferentes, la adecuada clasificación y su manejo concordante permitirá la prevención de las complicaciones asociadas y disminución de la morbilidad materna.

#### 1.1 Clasificación

##### Preeclampsia (PE)

Enfermedad propia del embarazo de etiología no completamente conocida. Se caracteriza por el alza en las cifras tensionales en la segunda mitad del embarazo y/o puerperio, asociado a proteinuria. El tratamiento definitivo de esta enfermedad consiste en la interrupción del embarazo. Existen distintos tipos según la gravedad del cuadro:

##### PE moderada (PEM)

Las cifras tensionales no superan los 160/110, no existe evidencia de excitación neurosensorial, tampoco de alteración importante de la función renal, hepática, ni hematológica y el edema de la mujer nunca llega a constituir una anasarca.

##### PE severa (PES)

Las cifras tensionales han sido iguales o superiores a 160/110 (crisis hipertensiva) y/o la puérpera presenta signos de excitación neurosensorial y/o evidencias de deterioro importante de la función renal, hepática o hematológica y/o presenta edema generalizado (anasarca).

- **Síndrome de HELLP:** Una variante grave de la PE, denominado así por el anacronismo en inglés de Hemólisis, Enzimas hepáticas (Liver) elevadas y bajo (Low) recuento Plaquetario.
- **Eclampsia (E):** Paciente cursando cuadro de preeclampsia que presenta convulsiones generalizadas tónico-clónicas y/o compromiso de conciencia sin otra causa que explique su compromiso neurológico.

La Eclampsia y el síndrome de HELLP son de las complicaciones más graves de la PE. No es infrecuente que la crisis ocurra en el puerperio (generalmente en la primera semana).

**Tabla N°1. Comparación clínica y de laboratorio entre Preeclampsia moderada y severa**

	Moderada	Severa
Presión sistólica	< 160	> 160
Presión diastólica	< 110	> 110
Diuresis	> 30 cc/hora	< 30 cc/hora
Edema	+	+++ / anasarca
Compromiso neurológico	Ausente	Irritabilidad SNC
Compromiso hepático	Ausente	Aumento de enzimas hepáticas
Compromiso coagulación	Ausente	Trombocitopenia
RCIU	Ausente	Presente
Edema Pulmonar	Ausente	Puede estar presente

### Hipertensión Arterial Crónica (HTACr).

La HTACr también es un síndrome en el cual hay que distinguir entre HTACr primaria o esencial o idiopática (sin causa conocida) de la secundaria (debida a otra enfermedad que causa la hipertensión). La mayoría sufre la primera condición, pero igual en el control prenatal se debe hacer un esfuerzo razonable para descartar las causas más frecuentes de HTACr secundaria. La importancia de hacer el diagnóstico diferencial se debe a que la HTACr secundaria, a diferencia de la primaria, puede tener tratamiento etiológico.

En general el diagnóstico de HTACr se realiza en el control prenatal, ya sea por el antecedente o al pesquisar cifras tensionales elevadas antes de las 20 semanas de edad gestacional (EG). La falta de descenso característico de las cifras tensionales en el segundo trimestre del embarazo, supone un alto nivel de sospecha, estos casos habitualmente son catalogados como HTACr y deben ser manejados en consecuencia, pero al no disponer del antecedente de hipertensión previo al embarazo actual, el diagnóstico solo pueda ser confirmado al pesquisar cifras tensionales elevadas luego de finalizado el puerperio, o sea 6 semanas después del parto.

#### Causas de HTA Crónica Secundaria

- Nefropatía aguda o crónica
- Coartación aórtica
- Enfermedad renovascular
- Hipertiroidismo
- Hiperaldosteronismo
- Feocromocitoma
- Hiper cortisolismo

### HTA Cr. más PE sobreagregada

Una mujer portadora de una HTACr presenta un riesgo mayor de desarrollar además una PE. Este es un cuadro grave y su manejo en el puerperio debe ser similar al PES, dado que constituye uno de los cuadros hipertensivos con mayor morbimortalidad.

### SHE transitorio

Como su nombre lo indica, se denomina así el alza de las cifras tensionales, generalmente en las últimas semanas del embarazo, el parto y/o el puerperio (primera semana), sin existir evidencias que se trate de una PE. La presión arterial se normaliza a las horas o pocos días de ocurrido el parto y habitualmente no requieren manejo farmacológico. Si bien no se trata de una condición con riesgo vital, es importante reconocerla, ya que estas mujeres han demostrado tener una tendencia a desarrollar alzas tensionales y en el futuro tienen un riesgo aumentado de desarrollar HTACr primaria.

En ocasiones el cuadro clínico no puede ser clasificado (SHE en estudio), porque no se dispone de toda la información o está en evolución. Sólo su seguimiento nos dará luces con respecto al diagnóstico definitivo, por lo que es fundamental su observación estricta para pesquisar a tiempo cuadros de mayor severidad.

## 1.2 Manejo en el puerperio del síndrome hipertensivo

El manejo actual de la puérpera hipertensa se basa en 3 pilares fundamentales:

- a. **Prevención de Eclampsia:** Uso de sulfato de Magnesio
- b. **Manejo de cifras tensionales:** Uso de hipotensores
- c. **Diagnóstico, manejo y seguimiento de complicaciones**

### PE Moderada

- En general, son tratadas con **infusión de sulfato de magnesio (1 gr/ hr)**, como prevención de Eclampsia durante el trabajo de parto, el que se mantiene por 24 hrs posparto. No requieren de tratamiento con hipotensores de entrada.
- Se indicará tratamiento hipotensor por un total de 10-14 días posparto, si las cifras tensionales permanecen iguales o superiores) a 150/100 mm de Hg en dos o más tomas en 24 hrs.
- A las puérperas a las cuales previo al parto se les haya indicado tratamiento con hipotensores, deben indicarse durante puerperio (también por 7-10 días).

**Tabla N°2. Fármacos utilizados en el tratamiento de mantención de SHE**

Fármaco	Dosis
Propranolol	20 - 40 mg c/8 horas VO
Atenolol	25 - 50 mg al día VO
Nifedipino	10 - 20 mg c/8 - 12 horas VO
Hidralazina	25 - 50 mg c/6 - 8 horas VO

En algunos casos será necesario combinar hipotensores. Según la evolución, estas mujeres pueden ser dadas de alta entre 48 a 72 horas posparto.

### Tratamiento de la Crisis Hipertensiva

- En los casos de crisis hipertensiva en el puerperio, el tratamiento de elección será **Nifedipino VO** (10 mg /1 vez y repetir a los 10-15 minutos de persistir en crisis). Alternativas son: captopril y labetalol.
- Luego de yugulada la crisis se procederá a reajustar el tratamiento hipotensor y reindicar Sulfato de Magnesio, si presenta síntomas premonitorios de eclampsia (ver tabla n° 3)
- En casos en que ya se esté utilizando como segundo hipotensor el Nifedipino, la alternativa de manejo, es el uso de captopril (12,5 mg/1 vez y repetir a los 10-15 minutos de persistir en crisis).
- Importante reajustar dosis de mantención de hipotensores (ver tabla n° 2)

### Importante

Durante el puerperio se deberán buscar dirigidamente los signos y síntomas clínicos premonitorios de Eclampsia y síndrome de HELLP.



**Tabla N°3. Signos y síntomas premonitorios de Eclampsia y HELLP**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Cefalea intensa</li> <li>▸ Escotomas</li> <li>▸ Tinnitus</li> <li>▸ Aumento del área reflexógena</li> <li>▸ Epigastralgia</li> </ul> |
|---|

**PE Severa**

Estas puérperas en general cursan las primeras 12-24 hrs del puerperio en una cama de cuidados medios y son trasladadas a la sala cuando ya han sido estabilizadas.

**Las indicaciones en la Unidad de Puerperio son:**

- Profilaxis de Eclampsia con Sulfato de Magnesio por al menos 24 horas (1-2 gr/hr.)
- Tratamiento hipotensor con uno o más medicamentos dependiendo de la severidad del cuadro. El tratamiento se indica hasta completar alrededor de 10-14 días posparto.

Al igual que en la PE Moderada, también deben buscarse los síntomas premonitorios de Eclampsia / HELLP y de ser necesario reinstalar la infusión de Sulfato de Magnesio. En los casos de HELLP deberán controlarse los parámetros de laboratorio hasta que estos indiquen con su normalización, la resolución del cuadro (pruebas de coagulación, transaminasas, LDH y recuento plaquetario).

**Eclampsia**

Estas mujeres han presentado una de las complicaciones más graves de la obstetricia. El ideal es tratar de prevenirla, pero esto no es siempre posible.

El tratamiento consiste en:

- Estabilización de la puérpera.
- Prevención de nuevas crisis eclámpticas con la infusión de Sulfato de Magnesio (Dosis de carga 5 gr y luego infusión de 2 gr/hora por 24 horas).
- Soporte, muchas veces, en la unidad de cuidados intensivos (UCI) o unidad de cuidados medios, hasta que la función de los distintos sistemas se recupere.
- Estas mujeres deben ser evaluadas idealmente por neurología y en lo posible se les solicitará un Scanner (TAC) de cerebro previo al alta, para evaluar posibles complicaciones, como también para descartar posibles causas secundarias del cuadro convulsivo.
- En caso de Eclampsia o Síndrome de HELLP, deben ser manejadas como puérperas de cuidado, que en muchas ocasiones han requerido de su ingreso a UCI, y deben ser tratadas caso a caso. No es posible plantear una norma de cuantos días debe cumplir de puerperio para ser dadas de alta. Como guía básica, se recomienda que en los casos de evolución completamente satisfactoria, la puérpera debiera permanecer al menos durante 5 días en el servicio, para asegurar la estabilidad de las cifras tensionales y la completa ausencia de sintomatología hipertensiva, debe objetivarse la normalización, o la franca tendencia a ella, de los parámetros de laboratorio (función renal, pruebas hepáticas, recuento plaquetario y otros) y PA estable.

**HTACr primaria**

El manejo de estas mujeres en el puerperio, en general es sencillo ya que la mayoría de las veces son mujeres con HTACr primaria de poco tiempo de evolución y por lo tanto sin daño de parénquimas (renal, cerebral, vascular, coronario y otros).

Este se basa fundamentalmente en:

- Régimen hiposódico.
- Uso de hipotensores dependiendo de las cifras tensionales en el puerperio (ver tabla nº 2). Normalmente se reinstalan los hipotensores si es que la mujer utilizaba previo al embarazo o se agregan si las cifras tensionales se mantienen iguales o superiores a 140/90 mm de Hg en el puerperio.
- En los casos de HTACr secundario o primaria de difícil manejo, será necesaria la evaluación por especialidad (nefrología) previa al alta de la mujer. Así se dejará contactada para su manejo futuro.
- En el alta de estas mujeres, se recomienda entre 48-72 hrs con PA estables, su manejo posterior debe ser evaluado en atención primaria de salud.

**HTACr más PE sobreagregada**

El manejo es similar al de la PE Severa.

**SHE transitorio**

- En algunas ocasiones es necesario el uso de hipotensor, pero es inhabitual (ver indicaciones de hipotensores en PEM).
- Es importante la educación y el fomento de medidas preventivas en estas mujeres por el riesgo aumentado de desarrollar HTACr en el futuro. Estas medidas consisten básicamente en incentivar la mantención de un peso corporal adecuado y la restricción de sal. Son medidas sencillas e inocuas y aunque pueden no prevenir totalmente la aparición de HTACr primaria, de todas formas permitirán su mejor manejo.

### 1.3 Indicaciones al alta

Tipo de SHE	Indicaciones
<b>PEM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta después de 48 horas y según evaluación médica.</li> <li>• Control de presión arterial en su centro de salud, durante controles puerperales.</li> <li>• Manejo analgésico habitual.</li> <li>• Mantenimiento por al menos 7 a 10 días del tratamiento hipotensor, si es que éste fue iniciado.</li> <li>• Control médico a los 7 - 10 días, en ARO del nivel secundario.</li> <li>• Control en el servicio de urgencia gineco obstétrica en caso de sintomatología hipertensiva.</li> <li>• Derivar a Poli Hipertensión APS, si continúa hipertensa luego de 14 días de puerperio.</li> </ul>
<b>PES Eclampsia HTACr más PE sobreagregada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta según indicación médica, con paciente estabilizada.</li> <li>• Se le indicará tratamiento hipotensor hasta completados 10-14 días de puerperio como mínimo.</li> <li>• Control médico a los 7 - 10 días en ARO del nivel secundario.</li> <li>• Toda mujer debe realizarse seguimiento de PA en APS para corroborar la normalización posparto de las cifras tensionales.</li> <li>• Control en el servicio de urgencia gineco obstétrica en caso de sintomatología hipertensiva.</li> </ul>
<b>HTA Crónica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta con 48 horas, estable y según indicación médica.</li> <li>• Régimen hiposódico.</li> <li>• Control de presión arterial en su centro de salud, primero por matrn(a) y luego en el programa cardiovascular de APS.</li> <li>• En mujeres con HTACr. de larga data o daño de órgano blanco, debe evitarse el uso de AINES por períodos largos, por lo que se recomienda el uso de Paracetamol como analgésico.</li> </ul>
<b>SHE transitorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta una vez estable y según indicación médica.</li> <li>• Incentivar la ingesta de régimen hipocalórico (si corresponde, para lograr un peso corporal adecuado) e hiposódico (o al menos disminuir el consumo de sal a futuro).</li> <li>• Tratamiento hipotensor por 7 a 10 días, si este fue iniciado.</li> <li>• Control médico a los 7 - 10 días.</li> <li>• Control de presión arterial en su centro de salud. Es importante que este control también se realice luego de terminado el puerperio (alrededor de 6 semanas posparto), para asegurar que no se trate de una mujer con HTACr no diagnosticada durante el embarazo.</li> </ul>

En casos en que no ha sido posible la identificación del tipo de SHE que la mujer presentó, está indicado el control de presión arterial y eventualmente la función renal en su centro de salud, por parte del equipo del programa cardiovascular.

### 1.4 Recomendaciones del uso de Sulfato de Magnesio

<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Mujer con PES y síntomas premonitores de Eclampsia</li> <li>▸ PE Moderada y Severa para prevenir la Eclampsia, durante trabajo de parto</li> <li>▸ Eclampsia para tratamiento y prevención de una nueva crisis convulsiva</li> </ul>
<b>Dosis de carga</b>	Bolo IV de 5 g. (4 ampollas) en 10-20 min, en 250cc de Suero Glucosado al 5%
<b>Dosis de mantención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ 1-2 g/hora en infusión continua IV, hasta completar un mínimo de 24 horas posparto.</li> <li>▸ Preparar Suero Glucosado al 5% (500cc) con 10 gramos de Sulfato de Magnesio. Una infusión de 100 cc/hora equivaldrá a 2g/hora de MgSO<sub>4</sub>.</li> </ul>
<b>Régimen</b>	Liviano, ante la posibilidad de náuseas y vómitos
<b>Control</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Diuresis &gt; 30 cc /hora</li> <li>▸ Frecuencia respiratoria &gt; 12 x min</li> <li>▸ Reflejos osteotendineos presentes</li> </ul> <p>Se pueden utilizar titulación de los niveles plasmáticos</p>
<b>Intoxicación Antídoto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Suspender infusión</li> <li>▸ Hidratación generosa</li> <li>▸ Gluconato de Calcio 10g IV lento bajo estricta monitorización</li> </ul> <p>Puede reiniciarse la infusión de MgSO<sub>4</sub>, sin dosis de carga a la hora de desaparecidos los síntomas de intoxicación por MgSO<sub>4</sub>.</p>
<b>Magneemia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Terapéutico 5 a 8 mEq/l</li> <li>▸ Pérdida de reflejo aquiliano 10 mEq/l</li> <li>▸ Falla respiratoria 12 mEq/l</li> </ul>

### 1.5 Plan de cuidados por matró(n)a en mujeres con síndrome hipertensivo del embarazo

#### Objetivos

1. Entregar a la usuaria una atención integral, de calidad y con enfoque a patología asociada.
2. Prevenir complicaciones maternas derivadas del SHE.

#### Profesional responsable

- Matró(n)a clínica de la unidad

#### Actividad de la matró(n)a

##### Mujer con HTA crónica con y sin tratamiento hipotensor

##### Mujeres con PEM o PES con más de 24 horas de evolución

- Elaboración y supervisión de plan de atención integral.
- Vigilar cumplimiento de reposo relativo.
- Vigilancia de cumplimiento de régimen común o hiposódico según el caso.
- Control de signos vitales (Tº, FC y PA) cada 6 horas o antes SOS.
- Solicitar evaluación médica diaria y SOS.

- Evaluación de matrn(a) diaria.
- Valorar estado general, condicin obstétrica y sintomatología (fotopsia, tinnitus, cefalea, ROT y epigastralgia), cada 6 horas.
- Confección de tarjetero y supervisión de administración de medicamentos.
- Permeabilizar vía venosa si procede.
- Supervisión de cumplimiento de plan de atención.
  - Aseo y confort.
  - Ducha diaria
  - Uso de brazalete de identificación
  - Medición de primera diuresis.
  - 1º levantada asistida.
  - Apoyo en la atención de RN.
  - Apoyo de lactancia.
  - Avisar en caso de dolor.
  - Avisar en caso de PAS  $\geq 180$  mmHg y/o PAD  $\geq 110$  mmHg.
- Tramitar Interconsultas, órdenes de exámenes, recetas (verificar disponibilidad de medicamento).
- Toma de exámenes de laboratorio y solicitud de evaluación médica con resultados.
- Valorar albuminuria cualitativa según indicación médica
- Educar sobre autocuidado acorde a su patología.
- Dar indicaciones al alta.
  - Reposo relativo.
  - Régimen común.
  - Aseo genital frecuente y ducha diaria.
  - Acudir a urgencia SOS (gineco-obstétrica y/o pediátrica).
  - Derivación a policlnico de seguimiento de Alto Riesgo y/u otros especialistas.
  - Control en centro de salud.
- Registro en ficha clínica y Agenda Salud de la Mujer.

#### **Paciente con PEM o PEM con Sulfato de Magnesio**

- Elaboración y supervisión de plan de atención integral.
- Vigilar cumplimiento de reposo relativo.
- Vigilancia de cumplimiento régimen común o hiposódico, según el caso.
- Control de signos vitales (Tº, FC, FR y PA) y medición de diuresis c/4 hr o SOS.
- Solicitar evaluación médica diaria y SOS.
- Evaluación de matrn(a) diaria.
- Valorar estado general, condicin obstétrica.

- Valorar sintomatología hipertensiva cada 4 horas (fotopsia, tinnitus, cefalea, ROT y epigastralgia).
- Confección de tarjetero y supervisión de administración de medicamentos.
- Vigilar cumplimiento de administración de Sulfato de Magnesio por 24 horas.
- Verificar buen funcionamiento de vía venosa (permeabilidad, sitio de punción sin signos de infección y/o flebitis y fecha de instalación).
- Instalar y verificar el buen funcionamiento de la sonda Foley (manejar como circuito cerrado, corroborar fecha de instalación y rotación de sitio de fijación).
- Supervisión de cumplimiento de plan de atención.
  - Aseo y confort.
  - Uso de brazalete de identificación.
  - Medición de primera diuresis.
  - Mantener cama con freno, barandas arriba y RN en cuna.
  - 1º levantada asistida, según indicación médica.
  - Apoyo emocional.
  - Apoyo en la atención de RN.
  - Apoyo de lactancia.
  - Avisar a médico en caso de dolor.
  - Cuidados de sonda Foley y vía venosa.
  - Avisar a médico en caso de PAS  $\geq 180$  mm Hg y/o PAD  $\geq 110$  mm Hg.
  - Avisar a médico en caso de diuresis menor a 30ml/hr.
- Tramitar Interconsultas, órdenes de exámenes, recetas.
- Toma de exámenes de laboratorio y solicitud de evaluación médica con resultados.
- Preparación y administración de medicamentos endovenosos y manejo de BIC.
- Realización de balance hídrico a las 6 horas de iniciada la infusión de Sulfato de Magnesio y posteriormente según indicación médica.
- Coordinación con otras unidades en caso de traslado de la usuaria y su RN.
- Educar sobre autocuidado acorde a su patología.
- Dar indicaciones al alta.
  - Reposo relativo.
  - Régimen común.
  - Aseo genital frecuente y ducha diaria.
  - Acudir a urgencia SOS (maternal y/o pediátrica).
  - Derivación a ARO y/u otros especialistas.
  - Educación en cumplimiento de tratamiento hipotensor.
  - Control en centro de salud.

### **Puérpera con Crisis Hipertensiva**

- Solicitar evaluación médica.
- Elaborar y supervisar cumplimiento plan de atención integral.
- Valorar estado general y sintomatología hipertensiva.
- Permeabilizar vía venosa y toma de exámenes de laboratorio indicados.
- Administrar medicamentos según indicación médica.
- Control de PA hasta yugular crisis.
  - Labetalol: cada 30 minutos, según indicación médica.
  - Hipotensor vía oral o sublingual: cada 1 hora, según indicación médica.
- Solicitar nueva evaluación médica con resultados de exámenes.

### **Eclampsia**

- Solicitar evaluación médica. **PIDA AYUDA**
- Dejar a la mujer en una posición segura, para prevenir eventos adversos.
- Permeabilizar vía aérea con cánula Mayo (sin convulsión).
- Durante la convulsión, no introducir objetos a la boca, solo proteger de los golpes.
- Permeabilizar vía venosa y toma de exámenes de laboratorio indicados.
- Administrar medicamentos, según indicación médica.
- Mantener cama con barandas alzadas y freno (aplicable a todas las mujeres).
- Coordinación con otras unidades en caso de traslado de la mujer y su RN.

### 1.6 Cuidados por matró(n)a en el puerperio según SHE

PLAN DE CUIDADOS MATRÓN(A)	PES/ HT CRÓNICA + PE SOBREGREGADA	PEM	HTA CRÓNICA	SHE TRANSITORIO
Tipo de reposo	Absoluto 24 horas.	Absoluto 24 horas.	Según indicación médica	Según indicación médica
Régimen alimentario	Cero/líquido/líquido amplio	Común	Hiposódico	Común
Control de ciclo vital (P/A, pulso, T°, FR)	Cada 4 horas	Cada 4-6 horas	Cada 6 horas	Cada 6 horas
Estado general	Cada 4 horas	Cada 4-6 horas	Cada 6 horas	Cada 6 horas
Evaluación de dolor	Cada 4 horas	Cada 4-6 horas	Cada 6 horas	Cada 6 horas
Evaluación de sintomatología SHE	Cada 4 horas	Cada 4-6 horas	Cada 6 horas	Cada 6 horas
Medición diuresis	Horaria	Horaria	Cada 6 horas	Cada 6 horas
Evaluación obstétrica	Cada 4-6 horas	Cada 4-6 horas.	Cada 6 horas	Cada 6 horas
Fármacos	Según indicación médica	Según indicación médica	Según indicación médica	Según indicación médica
Uso de hipotensores	Según indicación médica	Según indicación médica	Según indicación médica	Según indicación médica
Exám. de laboratorio	Según indicación médica	Según indicación médica	Según indicación médica	Según indicación médica
Deambulaci3n asistida	Según indicaci3n médica	Según indicaci3n médica	Según indicaci3n médica	Según indicaci3n médica
Riesgo úlceras por presi3n.	Cada 4-6 horas.	Cada 4-6 horas.	N/A	N/A
Evaluaci3n Riesgo caída	Cada 4-6 horas.	Cada 4-6 horas.	Cada 6 horas	Cada 6 horas
Evaluar lactancia materna cada 3 horas	Bien/regular/mal.	Bien/regular/mal.	Bien/regular/mal	Bien/regular/mal.
Evaluar estado general del RN	Cada 6 horas y SOS.	Cada 6 horas y SOS	Cada 6 horas y SOS	Cada 6 horas y SOS
Aseo y Confort	Cada 4-6 horas	Cada 4-6 horas	Cada 6 horas	Cada 6 horas

N/A = No aplica



## 2. Manejo de la puérpera con diabetes

### 2.1 Clasificación

#### **DM Pregestacional (PreG).**

Pacientes con diagnóstico conocido antes del embarazo de DM.

Existen dos tipos principales, los cuales deben ser reconocidos pues su manejo es diferente.

#### **a. DM PreG insulino dependiente (ID) o Diabetes Mellitus tipo I.**

Son mujeres con diagnóstico conocido de DM, habitualmente manejadas en policlínico de diabetología. Su manejo es difícil y depende del aporte diario de insulina. Estas mujeres suelen desarrollar la enfermedad a temprana edad, y por lo tanto es frecuente que ya tengan cierto grado de daño de parénquimas (renal, vascular coronario y periférico, ocular, neurológico y otras), lo que también les predispone a otras complicaciones del embarazo como PE y restricción de crecimiento fetal.

El embarazo de estas mujeres plantea todo un desafío para el equipo de salud (diabetólogos, nutricionistas, obstetras, matronas/es). Idealmente el embarazo deberá ser planeado luego de logrado el control metabólico óptimo, y por lo tanto, es de fundamental importancia el manejo preconcepcional.

Normalmente al progresar el embarazo, se experimenta un aumento en los requerimientos de insulina. Esto se debe a que los cambios hormonales dependientes de la placenta, producen un aumento de las hormonas de contrarregulación (con acción opuesta a la de la insulina). En ocasiones, en las últimas semanas de gestación, puede ocurrir una insuficiencia placentaria, lo cual resulta en una disminución de los requerimientos de insulina. Esta última situación es más evidente luego del alumbramiento (con la salida de la placenta se pierde la fuente del lactógeno placentario, con lo cual los requerimientos de insulina disminuyen en forma importante).

#### **b. DMPreG no ID o Diabetes Mellitus II**

Son mujeres que no dependen de la insulina y que por el contrario pueden tener niveles plasmáticos de insulina aumentados. En ellas existe un aumento en la resistencia periférica a la insulina. Muchas de estas mujeres son obesas.

La principal indicación terapéutica para estas mujeres la constituye el régimen. Si el régimen no basta para la obtención de un buen control metabólico, se indican hipoglicemiantes orales (HGO) y en ocasiones se requerirá del aporte de insulina, en cuyo caso se tratará de una DMPreG T II insulino requirente (IR). Estas mujeres no dependen de la insulina para vivir, pero si la requieren para el buen control metabólico.

También en ellas es importante el control preconcepcional, sobre todo en las mujeres que están siendo tratadas con HGO, ya algunos de estos están contraindicados en el embarazo y deberán ser suspendidos idealmente antes de la concepción, siendo reemplazados por la insulina para lograr un adecuado control metabólico. Al igual que en las mujeres con DM Tipo I, los requerimientos de insulina normalmente aumentan con el transcurso de la gestación, y disminuyen bruscamente luego del parto.

### DM gestacional (DG)

Mujeres sin antecedentes de DM previo al embarazo, a quienes se les pesquiza la enfermedad durante la gestación. La causa fundamental de esta enfermedad es la resistencia a insulina que se produce en el embarazo, por lo que en su mayoría serán diagnosticadas durante la segunda mitad de éste. Habitualmente sólo el manejo con dieta es suficiente para lograr el control metabólico, pero en algunas ocasiones pueden requerir insulina, sobre todo cuando hay mala adherencia al régimen o alta sospecha de ser portadoras de una DM Tipo II no diagnosticada antes del embarazo (habitualmente con glicemias alteradas desde el primer control prenatal). Sólo el control posparto de estas mujeres nos dará el diagnóstico definitivo.

Las mujeres que presentan DG tienen un mayor riesgo de presentar este cuadro en sus siguientes embarazos y a largo plazo de desarrollar DM tipo II.

## 2.2 Manejo de la diabetes en el puerperio

### DM PreG Insulino Dependiente

- Régimen de 200 grs de H de C, fraccionado en las 4 comidas clásicas y 2 colaciones.
- En las puérperas de cesárea, o que por alguna razón se mantengan en régimen cero por algún tiempo, deberán ser manejadas con SG 5% más electrolitos e insulina cristalina en el suero (500 cc de suero cada 6 hrs) dependiendo de las glicemias (tomadas cada 6 hrs justo antes de iniciar un nuevo matraz de suero). (Ver tabla 1).
- Una vez que la mujer se esté realimentando, podrá ser cambiada a insulina NPH sc. Se recomienda iniciar insulina según dosis utilizada previo al embarazo con control con panel de glicemia por 24 a 48 hrs. Se puede reforzar la insulina NPH con insulina cristalina según necesidad, para readecuar luego la dosis de NPH. Es recomendable el manejo multidisciplinario de estas mujeres, solicitar apoyo de equipo de diabetes de ser necesario.
- Control estricto de PA y signos de alerta de PE, por riesgo aumentado de presentar esta patología.

### DM PreG no Insulino Dependiente

- Régimen de 200 grs de H de C, fraccionado en las 4 comidas clásicas. En las puérperas que no se puedan realimentar de inmediato, puede ser necesario la adición de insulina cristalina a los sueros.
- Control de glicemias en ayuno y postprandial. Recordar que algunas de estas mujeres usaban antes del embarazo hipoglicemiantes orales, estos deben ser reinstalados durante el puerperio ya que no existe contraindicación para su uso.
- En mujeres DMPreG no Insulino Dependiente pero que requirieron insulina durante el embarazo debe realizarse panel de glicemias posparto, con uso de insulina cristalina de rescate en caso de glicemias >180 mg/dl. Según los requerimientos de insulina se decidirá caso a caso la necesidad de inicio de insulina NPH, es necesaria la evaluación conjunta con equipo de diabéticos.

**DMG**

- Régimen común, sin restricción de H de C.
- No se requiere control de glicemia en el posparto (excepto mujeres que hayan requerido insulina que deben manejarse según el punto anterior).
- Educación de riesgos futuros e incentivar la mantención de un peso corporal adecuado.

En el caso de un parto por cesárea, puede ser necesaria insulina aunque la mujer este consumiendo pocas calorías. Para evitar una hipoglicemia grave por sobre administración de insulina, se sugiere administrar insulina rápida (cristalina) según los resultados del monitoreo con la meta de mantener un nivel de glucosa entre 140 - 160 mg/dl durante las primeras 24 - 48 horas.

**2.3 Indicaciones al alta**

	Indicaciones al alta
<b>DMPreg ID</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Régimen diabético.</li> <li>▸ Insulina según esquema indicado.</li> <li>▸ Control en policlínico de diabetes.</li> <li>▸ Resto de las indicaciones habituales.</li> <li>▸ Dado que mujeres pueden presentar falla de órgano blanco, se sugiere discreción en el uso de AINES y privilegiar uso de Paracetamol como analgesia posparto.</li> </ul>
<b>DMPreg no ID</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Régimen diabético.</li> <li>▸ Eventual uso de insulina dependiendo de la evolución de las glicemias.</li> <li>▸ Control en policlínico de diabetes APS.</li> <li>▸ Mantener hipoglicemiantes orales</li> <li>▸ Resto de las indicaciones igual que puérperas habituales</li> </ul>
<b>DMG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Régimen sin restricción de Hidratos de Carbono.</li> <li>▸ Control a las 6 a 12 semanas posparto en el programa de Diabetes de APS, con el resultado de una Prueba de Tolerancia a la glucosa oral (PTGO) para descartar que se trate de una mujer portadora de una DM II no diagnosticada en el embarazo.</li> <li>▸ Dado el riesgo aumentado de desarrollar DM II en el futuro, se les debe recomendar la mantención de un peso corporal normal.</li> <li>▸ Resto de las indicaciones habituales</li> </ul>

**2.4 Esquema de insulina sugerido****Esquema de insulina cristalina para DMPreg ID (TIPO I) y DMPreg TIPO II ID**

Glicemia	Dosis de insulina
Menor de 140 mg/dl	0 UI
141-160 mg/dl	2 UI
161- 200 mg/dl	4 UI
201- 240 mg/dl	6 UI
241- 300 mg/dl	8 UI
301 o más mg/dl	10 a 12 UI + evaluación médica

### Esquema refuerzo de insulina cristalina para DMPreg no ID / DGIR (Sin requerimiento de insulina previo al embarazo)

Glicemia	Dosis de insulina cristalina
Menor de 180 mg/dl	0 UI
180 - 200 mg/dl	2 UI
201- 220 mg/dl	4 UI
221- 240 mg/dl	6 UI
241- 260 mg/dl	8 UI
261- 280 mg/dl	10 UI
Mayor a 280 mg/dl	12 UI + evaluación médica.

## 2.5 Plan de cuidados por matró(a)

### Objetivos

- Entregar a la usuaria una atención integral, de calidad y con enfoque al tratamiento de la Diabetes.
- Prevenir complicaciones maternas por mal manejo de la Diabetes.
- Favorecer la detección y/o seguimiento del riesgo psicosocial.

### Profesional Responsable

Matrón(a) Clínica de la unidad.

### Actividades Matrón(a)

#### Paciente con DMG y DMPreg IR

- Elaboración y supervisión del cumplimiento de plan integral.
- Vigilar cumplimiento de reposo indicado.
- Vigilar cumplimiento de régimen 200 gr de H de C.
- Control de signos vitales cada 8 horas (FC, PA y T°).
- Solicitar evaluación médica diaria y SOS.
- Evaluación de matrón(a) diaria. Valorar estado general, condición obstétrica y sintomatología, tanto de hiperglicemia como de hipoglicemia.
- Toma de HGT cada 6 horas las primeras 24 horas posparto o antes SOS.
  - Informar resultados a médico.
  - Preparación de Solución Glucosada al 5% 500 cc + electrolitos y administración de Insulina Cristalina según indicación médica.
- En puerpera mayor a 24 horas toma de HGT en ayunas y según indicación.
  - Administrar Insulina Cristalina, NPH o Ultra rápida, según indicación.
- Confección de tarjetero y supervisión de administración de medicamentos.
- Supervisión de cumplimiento de plan de atención.

- Aseo y confort.
- Ducha diaria.
- Uso de brazalete de identificación.
- Medición de primera diuresis.
- 1º levantada asistida.
- Apoyo emocional.
- Mantener cama con frenos, barandas arriba y RN en cuna.
- Apoyo en la atención del RN.
- Apoyo de lactancia.
- Avisar en caso de dolor.
- Tramitar Interconsultas, órdenes de exámenes, recetas.
- Educar sobre autocuidado acorde a su patología.
- Coordinación con otras unidades en caso de traslado de la usuaria y su RN.
- Dar indicaciones al alta.
  - Reposo relativo.
  - Régimen 200 gr de H de C hasta nuevo control con especialista.
  - Aseo genital frecuente y ducha diaria.
  - Educación para el cumplimiento de indicaciones médicas
  - Referir a Alto Riesgo Obstétrico (ARO).
  - Acudir a urgencia gineco obstétrica y/o pediátrica SOS.
  - Referir a policlínico de seguimiento de alto riesgo y policlínico de diabetes.

### **Puérpera con DMG y DM PreG con hipoglicemiantes vía oral**

- Vigilar cumplimiento de reposo indicado.
- Vigilar cumplimiento de régimen 200 gr de H de C o común, según el caso.
- Control de signos vitales cada 8 horas (FC, PA y Tº).
- Solicitar evaluación médica diaria y SOS.
- Evaluación de matrón(a) diaria. Valorar estado general, condición obstétrica y sintomatología, tanto de hiperglicemia como de hipoglicemia.
- Toma de HGT en ayunas.
- Confección de tarjetero y supervisión de administración de medicamentos.
- Supervisión de cumplimiento de plan de atención.
  - Aseo y confort.
  - Ducha diaria.
  - Uso de brazalete de identificación.
  - Medición de primera diuresis.
  - 1º levantada asistida.

- Apoyo en la atención del RN.
- Apoyo de lactancia.
- Avisar en caso de dolor.
- Tramitar Interconsultas, órdenes de exámenes, recetas.
- Toma de exámenes de laboratorio.
- Educar sobre autocuidado, acorde a su patología.
- Coordinación con otras unidades, en caso de traslado de la usuaria y su RN.
- Dar indicaciones al alta.
  - Reposo relativo.
  - Régimen 200 gr de H de C o común.
  - Aseo genital frecuente y ducha diaria.
  - Abstinencia sexual por 40 días.
  - Acudir a urgencia gineco obstétrica y/o pediátrica SOS.
  - Referir a ARO y policlínico de diabetes.
  - Control en centro de salud.

#### **Mujer con DMG que se controla con dieta**

- Manejo igual al de Puérpera sin patología.
- Vigilar cumplimiento de reposo indicado.
- Vigilar cumplimiento de régimen común.
- Control de signos vitales cada 8 horas (FC, PA y T°).
- Solicitar evaluación médica diaria y SOS.
- Evaluación de matrón(a) diaria. Valorar estado general y condición obstétrica.
- Confección de tarjetero y supervisión de administración de medicamentos.
- Supervisión de cumplimiento de plan de atención.
  - Aseo y confort.
  - Ducha diaria.
  - Uso de brazalete de identificación
  - Medición de primera diuresis.
  - 1º levantada asistida.
  - Apoyo en la atención del RN.
  - Apoyo de lactancia.
  - Avisar en caso de dolor.
- Tramitar Interconsultas, órdenes de exámenes, recetas (verificar disponibilidad de medicamento).
- Toma de exámenes de laboratorio.
- Educar sobre autocuidado acorde a su patología.

- Coordinación con otras unidades en caso de traslado de la usuaria y su RN.
- Dar indicaciones al alta.
  - Reposo relativo.
  - Régimen común.
  - Aseo genital frecuente y ducha diaria.
  - Control en centro de salud.
  - Acudir a urgencia SOS (maternal y/o pediátrica).
  - PTGO a las 6 semanas posparto en su centro de salud.

**Plan de cuidados por matrón (a)**

Plan de cuidados por matrón(a)	Diabetes Mellitus Pre Gestacional Insulino requirente	Diabetes Mellitus Pre Gestacional NO Insulino requirente	Diabetes Gestacional
Tipo de reposo			
Régimen alimentario	Régimen 200 gr de H. de C. fraccionado en 4 comidas y 2 colaciones	Régimen 200 gr de H. de C. fraccionado en 4 comidas y 2 colaciones	Régimen sin restricción de H. de C.
Control de ciclo vital (P/A, pulso, T°, FR)	Cada 8 horas	Cada 8 horas	Cada 8 horas
Estado general	Cada 8 horas	Cada 8 horas	Cada 8 horas
Evaluación de síntomas Hipo o Hiper Glicemia	Cada 4 horas o según necesidad	Cada 8 horas	Cada 8 horas
Panel de glicemia	Primeras 24 horas posparto	Primeras 24 horas posparto	N/A
Evaluación obstétrica	Diaria o según necesidad	Diaria	Diaria
Fármacos	Según indicación médica	Según indicación médica	Según indicación médica
Uso de hipoglicemiantes (Insulina)	Según indicación médica	Según indicación médica	Según indicación médica
Exámenes de laboratorio	Según indicación médica	Según indicación médica	Según indicación médica
Deambulación asistida	Según indicación médica	Según indicación médica	Según indicación médica
Cama frenada, barandas arriba y RN en cuna	SI/NO	SI/NO	SI/NO
Riesgo úlceras por presión	Según necesidad	Según necesidad	Según necesidad
Evaluación Riesgo caída	Según necesidad	Según necesidad	Según necesidad
Lactancia materna cada 3 horas	Bien/regular/mal.	Bien/regular/mal.	Bien/regular/mal.
Evaluar estado general del RN	Cada 6 horas y SOS	Cada 6 horas y SOS	Cada 6 horas y SOS
Aseo y Confort	Habitual	Habitual	Habitual



## 3. Disnea en el puerperio

### 3.1 Introducción

Durante el puerperio ocurren cambios fisiológicos de gran magnitud, con el propósito de retornar a la situación materna previa al embarazo. Éstos ocurren progresivamente desde el momento del parto y alumbramiento, súbitamente, disminuyendo la velocidad del retorno hasta completar el puerperio. Dichos cambios pueden confundirse con morbilidades propias del puerperio, e incluso pueden enmascararlas o dar manifestaciones clínicas distintas a las descritas clásicamente, lo que puede confundir al equipo tratante o tardar su diagnóstico y posterior tratamiento.

Dentro de los síntomas en el puerperio normal, la disnea aparece como una de las menos frecuentes, pero podría ser ésta la manifestación inicial de una morbilidad materna que pudiera, incluso, comprometer la vida de la mujer.

Con el objetivo de comprender la etiopatogenia, las morbilidades asociadas a la disnea y poder plantear el diagnóstico diferencial y tratamiento, se hará una breve revisión de los cambios fisiológicos de los Sistemas Cardiovascular y Respiratorios, que son los principales involucrados en la disnea.

#### **Sistema cardiovascular**

Desde el inicio del embarazo, hay un aumento progresivo del débito cardíaco, aumentando hasta un 45% a las 16 semanas, manteniéndose estable hasta las 32 semanas, llegando a un 48% previo al inicio del trabajo de parto en embarazos de término.

Durante el trabajo de parto, el débito sigue aumentando hasta en un 34% sobre el basal. Inmediatamente posterior al parto, hay un importante y súbito aumento del débito (de hasta 60-80% del débito previo al embarazo), durante los primeros 20 minutos, que luego drásticamente disminuye hasta las primeras 48 horas, y que posteriormente continúa disminuyendo hasta casi llegar a niveles basales a los 10-14 días de puerperio, proceso que se puede extender incluso hasta 6 semanas posteriores al parto.

#### **Sistema respiratorio**

Los cambios que ocurren desde el comienzo del embarazo, perduran durante el puerperio, por lo que es fundamental reconocerlos al evaluar la disnea durante el puerperio.

La obstrucción nasal mediada por estrógenos es plena durante el tercer trimestre, es un síntoma frecuentemente citado por las embarazadas. La mecánica torácica también sufre cambios dentro de lo que destaca una mayor capacidad mediada por relaxina, acción ejercida sobre las articulaciones costales y el ascenso de hasta 4 centímetros del diafragma, logrando finalmente un aumento de hasta un 50% de la ventilación minuto, principalmente por el aumento de hasta un 40% del volumen corriente. Desde el punto de vista del intercambio gaseoso, destaca que dada la hemodilución propia del embarazo, la capacidad de transporte de O<sub>2</sub> disminuye, lo que es compensado por el aumento del débito cardíaco, por lo que la entrega tisular de oxígeno es principalmente dependiente de éste. Además, el consumo de oxígeno aumenta en el curso del embarazo llegando a su máximo durante el trabajo de parto (hasta un 60% sobre el consumo previo al embarazo). En el posparto, persiste principalmente el aumento del PEF (flujo espiratorio máximo) demorando hasta 6 meses en regresar al estado basal, normalizando rápidamente los otros parámetros ventilatorios.

### 3.2 Disnea en el posparto

Para simplificar el enfrentamiento de la disnea súbita en el posparto en mujer previamente sana, desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico, propondremos el siguiente esquema:

<p><b>Sin edema pulmonar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TEP, Embolia de Líquido Amniótico, Neumonía, Cuerpo Extraño, Disnea Sicógena, Neumotórax</li> </ul>
<p><b>Con edema pulmonar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Cardiogénico:</b> Cardiomiopatía Periparto, Falla Cardíaca por Preeclampsia, Cardiopatía Subyacente Desconocida, Isquemia-Infarto Miocárdico, Sepsis con Débito Bajo</li> <li><b>No Cardiogénico:</b> Sobrecarga de Volumen Iatrogénico, Patología Tiroidea, Secundario a Tocolíticos o Fármacos, Sepsis Puerperal o SIRS</li> </ul>

Desde el punto de vista clínico, lo primero que podemos obtener es el examen pulmonar, buscando dirigidamente crépitos, estertores, sibilancias, ausencia de murmullo pulmonar, mientras evaluamos saturometría, presión arterial y frecuencia cardíaca. Podemos además fácilmente buscar edema generalizado, cianosis, aumento del área reflexógena y signos de trombosis venosa profunda en extremidades inferiores.

Dependiendo de la orientación clínica inicial, solicitaremos exámenes complementarios dirigidos a buscar posibles causas de disnea según la tabla propuesta de posibles etiologías, incluyendo exámenes de laboratorio general, pruebas tiroideas, electrolitos plasmáticos, radiografía de tórax, electrocardiograma, ecocardiograma y eventualmente AngioTAC.

#### Disnea sin edema pulmonar

- **Neumonía.**

Es muy frecuente que se pase por alto si no hay una historia típica de neumonía o no hay una buena anamnesis. Hasta un 20% de las mujeres con neumonía fueron inicialmente tratadas como otra patología. Son múltiples las causas de síndrome febril en el puerperio (infección de herida operatoria, mastitis, endometritis puerperal, pielonefritis), por lo que el examen físico es fundamental, acompañado de exámenes de laboratorio (hemograma, PCR, sedimento urinario y urocultivo). Sólo el 60% de las mujeres con neumonía tiene tos productiva, un 30% tiene disnea y un 27% tiene tope inspiratorio, por lo que es fundamental tomar una radiografía de tórax, dentro del estudio básico.

Una vez hecho el diagnóstico, es fundamental evaluar si fue adquirida en la comunidad o nosocomial. Cerca del 96% son adquiridas en la comunidad, cuyos agentes etiológicos son principalmente el neumococo, el haemophilus influenzae y el micoplasma pneumoniae, por enfrentamiento terapéutico inicial. Cabe destacar las neumonías virales, producidas por agentes como virus Influenza, Sincicial, Adenovirus y H1N1, presentes principalmente en invierno dentro del contexto epidemiológico del país, por lo que si existe la duda diagnóstica debe realizarse el panel viral correspondiente.

- **Tromboembolismo pulmonar:** (ver capítulo de TEP)

Durante el embarazo, el riesgo de un evento trombótico aumenta hasta en 4 veces, pero durante el puerperio éste aumenta hasta en 20 veces, por lo que el tromboembolismo pulmonar es una patología que debe descartarse o confirmarse como causa de disnea en el puerperio. Actualmente existen recomendaciones de trombopprofilaxis en cierto grupo de puérperas, según sus factores de riesgo. Si éstos elevan (factores de riesgo mayor por sí solos o combinados en el caso de factores de riesgo menor) en más de un 3% el riesgo de un evento trombótico, tienen indicación de profilaxis durante el puerperio.

Para el diagnóstico, desde el punto de vista clínico, sólo ayuda un alto índice de sospecha y una evidente trombosis venosa profunda de extremidades inferiores. La radiografía de tórax sirve sólo para confirmar otras causas de disnea, pero si es normal, no se descarta la posibilidad de un TEP. Para un diagnóstico oportuno, está disponible el TAC y la Angiografía Pulmonar como examen complementario y muchas veces definitivo. Existe también la RNM dirigida a trombos (MRDTI), pero difícil de disponer. Lo fundamental respecto a la terapia es que 2/3 de las usuarias con TEP mueren dentro de los primeros 30 minutos desde que se inicia la enfermedad, por lo que ante la sola sospecha del cuadro, debe iniciarse la terapia plena mientras se confirma el diagnóstico.

- **Embolía de líquido amniótico**

Aún uno de los misterios de la obstetricia. La triada clásica y el cuadro más letal es el que incluye: hipoxia, hipotensión y coagulopatía de consumo. Existe una forma parcial descrita por muchos autores, de comportamiento menos letal, pero no menos preocupante. Su tasa de mortalidad llega hasta un 60% en los casos clásicos y de un 13 a un 40% en los casos de forma incompleta. Desde el punto de vista clínico, aparece principalmente durante el trabajo de parto o la cesárea, aunque se han descrito casos durante el puerperio inmediato, hecho importante a la hora de evaluar en qué momento del puerperio aparece la disnea. Respecto al diagnóstico, la confirmación diagnóstica la entrega lamentablemente el patólogo, ya que se observan células escamosas fetales en capilares pulmonares en las autopsias. Lo peor aún es que en un 25% de los casos clínicamente categóricos, la histología es negativa para embolía de líquido amniótico. Actualmente en definitiva, el diagnóstico es clínico. El manejo es principalmente de soporte de la mujer.

### **Disnea con edema pulmonar**

El edema pulmonar agudo, es un cuadro poco frecuente durante el puerperio, pero si no es diagnosticado y manejado adecuadamente, puede ser letal. El origen de éste, es el mismo que explica en mujeres no embarazadas, lo que está determinado por mecanismos fisiopatológicos como son: presión hidrostática, presión coloido-osmótica y la permeabilidad vascular pulmonar. La primera depende fundamentalmente de la función cardiaca, que a su vez depende de otras variables (precarga, postcarga, contractilidad, frecuencia cardiaca y otras). Por este motivo, dividiremos las causas como cardiogénicas y no cardiogénicas. El diagnóstico es principalmente clínico, pero debe ser corroborado con una radiografía antero-posterior de tórax.

### **Causas cardiogénicas**

Para hacer el diagnóstico diferencial entre las causas cardiogénicas, es fundamental la **ecocardiografía transtorácica**. Este examen es capaz de diagnosticar cardiopatías congénitas o adquiridas desconocidas para la mujer y para el equipo tratante, gracias a la posibilidad de evaluar tanto es-

tructural, como funcionalmente el corazón. Si la fracción de eyección es normal, probablemente la causa esté relacionada con cuadro hipertensivo como la preeclampsia, donde la disfunción es más bien cardiovascular generalizada.

En la preeclampsia, el edema pulmonar puede presentarse hasta en un 3% de los casos y el 70% de éstos ocurre en el puerperio. Generalmente aparece en el contexto de la aparición de HELLP, la sobrehidratación, el aumento de la resistencia vascular periférica, el aumento de la permeabilidad vascular y la disfunción diastólica presente.

Factores predictores de edema pulmonar agudo en preeclampsia son: balance hídrico positivo mayor de 5.500cc y el aporte mayor a 5.000cc (5.000cc RR 1,9; 10.000cc RR 4; 20.000cc RR 9,2). El manejo inicial consiste en medidas de soporte ventilatorio (oxígeno e intubación de ser necesario), disminución de la precarga (furosemida, morfina) y disminución de la postcarga (nitroglicerina, como primera línea).

#### Fármacos para Manejo de EPA en Preeclampsia

- Furosemida: administrar 20-40 mg en 2 minutos, repetir cada 30 minutos dosis de 40-60 mg (máximo 120mg/hora).
- Nitroglicerina: administrar 5 mcg/min por BIC, aumentando cada 3-5 minutos (máximo 100mcg/min).
- Morfina: 2-3 mg IV.

En el caso de sospechar **isquemia o infarto**, son fundamentales tanto el electrocardiograma como las enzimas cardiacas, teniendo presente que se debe pedir niveles de troponinas, ya que la CK y CK-MB pueden aumentar durante el trabajo de parto. Del total de mujeres que sufren un infarto en el embarazo, un 27-41% lo hace en el puerperio. El riesgo de tener un infarto es proporcional a la edad materna, el que aumenta significativamente desde los 30 años (RR 9,5), llegando a tener un riesgo relativo de 31,6 las pacientes mayores a los 40 años. Para un diagnóstico oportuno es muy importante tener un alto índice de sospecha en mujeres portadoras de diabetes mellitus (RR 3,2), hipertensión arterial crónica (RR 11,7), tabaquismo (RR 6,2) y trombofilias (RR 22,3). Siempre hay que considerar la posibilidad del uso de drogas como la cocaína, en mujer con factores de riesgo o antecedentes previos de drogadicción, produciendo principalmente disección de las coronarias. El manejo debe ser individualizado, en unidad de paciente crítico y desde una perspectiva interdisciplinaria en el que participen cardiólogos, obstetras y anestesiólogos.

#### Recomendaciones del Infarto Agudo del Miocardio

- Monitorizar
- Situar desfibrilador y equipo necesario para la reanimación, cerca de la paciente.
- Ácido Acetilsalicílico (AAS) 500 mg vía oral, comprimido no recubierto y masticar.
- Es beneficioso agregar clopidrogel a la terapia ASS, con una dosis de carga de 300 mg vía oral en pacientes menores de 75 años.
- Nitroglicerina 0,6mg sublingual cada 5 min, hasta 3 veces, en ausencia de hipotensión arterial (PAS mayor de 100 mm Hg).
- Morfina 2-4 mg IV cada 5 minutos, sin sobrepasar un total de 10 a 15 mg, en ausencia de hipotensión arterial.
- Administrar oxígeno para matener presión > de 90%.
- Terapia de reperfusión según evaluación de la especialidad.

**La Miocardiopatía Periparto** por ser una etiología de exclusiva presentación en el embarazo y puerperio, será desarrollada de manera más extensa más adelante.

### Causas no cardiogénicas

La **Sobrecarga de Volumen Iatrogénico**, es muy poco frecuente que ocurra en mujeres previamente sanas, salvo en el contexto de la Preeclampsia (desarrollado previamente) o en paciente con Falla Cardíaca. Los requerimientos de mantención en cualquier usuaria quirúrgica es de 1,5-2mL/kg/hora de cristaloides (cerca de 3 litros en 24 horas), sin considerar las pérdidas propias del parto o cesárea (entre 500 y 1000cc, como máximo en un caso normal). En el caso de mayores pérdidas, se puede estimar el reemplazo, considerando que las pérdidas de sangre deben ser cubiertas por el triple de volumen, es decir si sangra 1.000cc, debemos reponer 3.000cc más los requerimientos de mantención, con el objetivo de tener diuresis mayor a 30ml/hora, y frecuencia cardíaca menor a 100 latidos por minuto. En el caso de que a pesar de lograr el volumen estimado para reponer, no se obtienen los parámetros clínicos deseados, hay que descartar falla renal, hemoperitoneo o falla de bomba.

La **Patología Tiroídea** es la enfermedad endocrinológica más frecuente en la edad reproductiva. El hipertiroidismo puede causar edema pulmonar agudo por dos vías: Miocardiopatía por tiroxina (lo más común) y la tormenta tiroídea. La hipertensión pulmonar propia del hipertiroidismo descompensado, colapsa aún más por el importante aumento del retorno venoso propio del útero en involución del posparto inmediato, generando falla cardíaca (en un miocardio dañado por tiroxina) y edema pulmonar. A diferencia de las fallas de bomba por otras causas, el pronóstico es favorable si el diagnóstico es precoz y el manejo es adecuado. Es fundamental descartar causa primariamente cardíaca a través de la ecocardiografía transtorácica. El manejo debe incluir: furosemida, betabloqueadores y tioamidas (metimazol o propiltiouracilo). Respecto a la tormenta tiroidea, es una manifestación clínica muy poco frecuente, pero muy grave caracterizada por: taquicardia, arritmia, falla cardíaca congestiva, hipotensión, fiebre, agitación, delirium, sicosis, compromiso de conciencia. Ocurre generalmente ante la suspensión abrupta del tratamiento antitiroideo o el tratamiento inadecuado de mujeres que previamente conocían su enfermedad. Es muy raro que sea la forma de presentación de un hipertiroidismo. El manejo incluye:

- Propiltiouracilo 500-1000mg de carga, luego 250mg cada 4 horas VO.
- Metamizol 60-80mg al día VO.
- Propranolol 60-80mg cada 4 horas VO.
- Hidrocortisona 300mg ev de carga, luego 100mg cada 8 horas.

### Referencias

1. Aizman, A, Mercado M, Andresen M. Tromboembolismo pulmonar: estratificación de riesgo y dilemas terapéuticos. Rev. Méd. Chile vol.140 no.11 Santiago nov. 2012.
2. Brown HL, Hiett AK. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy: diagnosis, complications, and management. Clin Obstet Gynecol. 2010 Jun; 53(2):345-59.
3. Steven L., Clark, MD. Embolía de líquido amniótico. Obstet Gynecol 2014. 123:337-48.

## 4. Miocardiopatía Periparto

### 4.1 Introducción

La Miocardiopatía Periparto es una enfermedad rara, pero potencialmente fatal. Aunque fenotípicamente recuerda una miocardiopatía dilatada no isquémica, el curso clínico es altamente variable y difiere significativamente de otras formas de Miocardiopatía. La evolución clínica es altamente impredecible, pudiendo variar desde una progresión rápida a falla cardíaca, etapa terminal en unos pocos días, a una completa recuperación en semanas a meses. La incidencia reportada es alrededor de 1 en 2500 a 4000 en USA y de 1 en 1000 en Sudáfrica.

### 4.2 Definición

La definición clásicamente utilizada fue diseñada y adaptada del estudio de Demakis et al en el año 2000 e incluye cuatro criterios diagnósticos:

- Desarrollo de falla cardíaca en el último mes de embarazo o dentro de los 5 meses posparto.
- Ausencia de una causa identificable de falla cardíaca.
- Ausencia de falla cardíaca reconocible antes del último mes de embarazo.
- Disfunción ventricular sistólica izquierda con fracción de eyección menor a 45% por ecocardiografía y/o fracción de acortamiento menor al 30%.

### 4.3 Presentación clínica

Como ya mencionamos, la presentación clínica de la miocardiopatía periparto es sumamente variable. En el 80% de los casos se presenta dentro de los tres meses posparto. Los signos y síntomas precoces a menudo se confunden con los hallazgos fisiológicos del embarazo e incluyen: Disnea de ejercicio, edema facial, ortopnea, disnea paroxística nocturna, tos persistente, disconfort abdominal por congestión hepática, diaforesis, dolor precordial, palpitaciones y en estadios avanzados hipotensión postural. Algunas mujeres podrían presentar arritmias cardíacas complejas o paro cardíaco.

### Factores de Riesgo

El factor más fuertemente asociado es la raza afroamericana (RR 15), otros mencionados incluyen: mayor edad materna, hipertensión inducida por el embarazo o preeclampsia, multiparidad, gestaciones múltiples, obesidad, hipertensión arterial crónica y uso prolongado de tocolíticos.

### 4.4 Diagnóstico Diferencial

- Miocardiopatía dilatada idiopática preexistente y enmascarada durante el embarazo.
- Miocardiopatía dilatada familiar preexistente y enmascarada durante el embarazo.
- Miocardiopatía HIV/SIDA.
- Cardiopatía valvular preexistente.
- Cardiopatía hipertensiva.
- Cardiopatía congénita preexistente.
- Infarto cardíaco asociado al embarazo.
- Tromboembolismo pulmonar.

### Métodos de diagnóstico

El estudio inicial involucra:

- Exámenes de laboratorio general, con objeto de descartar anemia, disturbios hidroelectrolíticos, hepáticos, renales y tiroideos.
- Radiografía de tórax para evaluar otras causas de disnea y cardiomegalia.
- Electrocardiograma que puede mostrar hallazgos inespecíficos tales como: Taquicardia sinusal, fibrilación auricular, flutter auricular o taquicardia ventricular. La prolongación del QRS mayor a 120 ms ha sido identificado como predictor de mortalidad.
- AngioTAC en caso de sospecha de Tromboembolismo pulmonar como causa de disnea en el parto.
- Ecocardiograma es utilizado de regla para descartar otras causas de falla cardíaca y es útil además para establecer un pronóstico de la enfermedad.
- Otros métodos de imagen tales como la Resonancia magnética cardíaca no han demostrado beneficio.
- La biopsia endomiocárdica no es recomendada de rutina.

#### 4.5 Manejo y tratamiento

El manejo de la Miocardiopatía periparto es multidisciplinario e involucra a cardiólogos, obstetras, intensivistas, anesthesiólogos y pediatras. El manejo inicial es similar a otras formas de Miocardiopatías no isquémicas e incluye:

- Oxigenoterapia.
- Restricción de fluidos.
- Medicamentos para reducir la precarga, postcarga y mejorar la contractibilidad, los cuales incluyen:
  - Vasodilatadores: Durante el embarazo, el vasodilatador de elección es la Hidralazina. En el posparto los de elección corresponden a los Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina (IECAS).
  - Diuréticos: Furosemida en dosis de 20 - 40 mg IV.
  - B-Bloqueadores.
  - Digitálicos.
- Anticoagulación: especialmente en casos de presentarse disminución de la fracción de eyección.
- Antiarrítmicos: Durante el embarazo podría usarse B-Bloqueadores o sotalol. Amiodarona es un agente de tercera línea que podría usarse durante el embarazo o el posparto.
- Algunas mujeres con Miocardiopatía periparto desarrollarán severos síntomas de falla cardíaca y requerirán tratamientos más agresivos en unidades de cuidado intensivo.
- El momento del parto depende de la estabilidad cardiovascular en la mujer. Siendo necesaria la interrupción inmediata independiente de la edad gestacional, en aquellas mujeres con falla cardíaca avanzada e inestabilidad hemodinámica.
- En cuanto a la vía de parto, es preferible la vía vaginal en aquellas mujeres con una condición cardíaca controlada y con un feto aparentemente sano. La cesárea electiva es preferible en mujeres críticamente enfermas y con necesidad de terapia inotrópica o soporte mecánico.

## Referencias

1. Bates SM. VTE, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy, and Pregnancy - Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *CHEST Journal* 2012;141:e691S. doi:10.1378/chest.11-2300
2. Bobrowski RA. Pulmonary physiology in pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology* 2010;53:285-300.
3. Clark SL. Amniotic fluid embolism. *Clinical obstetrics and gynecology* 2010;53:322-8.
4. Dunne C, Meriano A. Acute postpartum pulmonary edema in a 23-year-old woman 5 days after cesarean delivery. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2009;11:178-81.
5. Fujitani S, Baldisseri MR. Hemodynamic assessment in a pregnant and peripartum patient. *Critical Care Medicine* 2005;33:S354-S361.
6. Givertz MM. Peripartum Cardiomyopathy. *Circulation* 2013; 127: 622-626
7. Grindheim G, Toska K, Estensen M-E, et al. Changes in pulmonary function during pregnancy: a longitudinal cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2012;119:94-101.
8. Hunter S, Robson SC. Adaptation of the maternal heart in pregnancy. *British heart journal* 1992;68:540.
9. James AH, Jamison MG, Biswas MS, et al. Acute Myocardial Infarction in Pregnancy A United States Population-Based Study. *Circulation* 2006;113:1564-71. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.576751
10. Ladner HE, Danielsen B, Gilbert WM. Acute myocardial infarction in pregnancy and the puerperium: a population-based study. *Obstetrics & Gynecology* 2005;105:480-4.
11. Mighty HE. Acute respiratory failure in pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology* 2010; 53:360-8.
12. Shah T, et al. Peripartum Cardiomyopathy: A contemporary review. *MethodistDebaqueCardio-vasc J.* 2013 Jan-Mar; 9(1): 38-43
13. Sliwa K, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working Group on peripartum cardiomyopathy. *European Journal of Heart Failure* 2010 12, 767-777
14. Sliwa K, Fett J, Elkayam U. Peripartum cardiomyopathy. *Lancet.* 2006;368(9536):687-93.
15. Tommasino C, Picozzi V. Volume and electrolyte management. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2007;21:497-516. doi:10.1016/j.bpa.2007.07.002



## 5. Anemia del posparto

### 5.1 Introducción

La anemia después del parto (anemia posparto) afecta al 20% de las puérperas, lo que lo transforma en un problema frecuente de este período. Durante la primera semana posparto, se produce una reducción del volumen plasmático y un incremento de eritropoyetina y reticulocitos, lo que se traduce en un aumento de la masa eritrocitaria. Estos cambios permiten que un gran grupo de mujeres resuelva espontáneamente anemias moderadas en el puerperio, otras en cambio, dado la severidad del cuadro requerirán acciones específicas para evitar las complicaciones maternas. <sup>(7) (12)</sup>

La anemia puede ser el resultado de insuficiencia dietética previa, infección puerperal o más frecuentemente debido a la pérdida sanguínea excesiva durante el parto.

En el embarazo, la mayoría de las mujeres muestra una disminución en la concentración de hemoglobina, como parte de la adaptación fisiológica. El aumento del volumen plasmático y del volumen sanguíneo circulante, protege a la mujer de la pérdida sanguínea asociada con el nacimiento y optimiza el transporte de oxígeno. El umbral normalmente aceptado para la anemia durante el embarazo, es de una concentración de hemoglobina de menos de 11 g/dl ó hematocrito 33%. <sup>(7) (12)</sup>

Al finalizar la gestación, la hemoglobina fluctúa en torno a los valores preparto durante unos pocos días y luego se eleva hasta alcanzar los niveles anteriores al embarazo. La velocidad de recuperación de la Hemoglobina, dependerá de la cantidad perdida en el parto y de la masa eritrocitaria residual después de los ajustes de volumen plasmático posparto. <sup>(3)</sup>

### Incidencia

Las puérperas presentan una incidencia de anemia que fluctúa entre un 20 y 30%, en aquellas sin suplementación de hierro previo al parto. En los grupos suplementados la anemia posparto es del 10%. <sup>(7) (17)</sup>

### 5.2 Factores de riesgo <sup>(3)</sup>

Factores de riesgo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPPNI</li> <li>• Placenta Previa</li> <li>• Cesárea</li> <li>• Fórceps</li> <li>• Anemia previa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestación múltiple</li> <li>• Multiparidad</li> <li>• Bajo nivel socioeconómico</li> <li>• Suplementación deficiente de hierro</li> </ul>

### 5.3 Clínica y diagnóstico

Los síntomas clínicos característicos de esta complicación van a depender de la gravedad de la anemia y de la velocidad de su instalación.

#### Síntomas y Signos

- Cansancio
- Fatiga (falta de energía o incapacidad para realizar las tareas)
- Palpitaciones
- Dificultad respiratoria
- Mareos (en los casos más graves)
- Lipotimia
- Taquicardia
- Hipotensión
- Palidez de mucosas

Las mujeres con anemia, tienen un riesgo mayor de complicaciones infecciosas durante el puerperio, especialmente de las vías urinarias y de la herida operatoria.

Por otro lado, los síntomas de la anemia, dificultan la adaptación de la mujer al puerperio, la que se siente físicamente limitada para atender al recién nacido y con más riesgo de depresión posparto.

#### Clasificación de la Anemia según nivel de Hemoglobina

	Clínica y diagnóstico
<b>Anemia leve</b>	Asintomática o sintomatología leve Hemoglobina entre 11- 9 mg/dl
<b>Anemia moderada</b>	Sintomatología moderada a severa Hemoglobina entre 7 - 9 mg/dl
<b>Anemia Severa</b>	Sintomatología severa Hemoglobina < 7 mg/dl

### 5.4 Prevención

- Suplementación con hierro durante el embarazo y la lactancia. La OMS recomienda la suplementación diaria con 60 mg/dl para todas las gestantes durante un periodo de seis meses.
- Si el tratamiento no puede completarse durante el embarazo, debe continuarse durante el puerperio o bien incrementar la dosis hasta 120 mg/dl durante el embarazo. <sup>(4)</sup>
- **Prevenir la pérdida de sangre excesiva durante el alumbramiento y posparto** (Ver capítulo manejo de hemorragia posparto).

### 5.5 Manejo

#### 5.5.1 Ferroterapia

Los **casos de anemia puerperal leves y moderados, se tratarán con ferroterapia oral**. Los objetivos del tratamiento, son la recuperación de la masa hemoglobínica y la normalización de las reservas de hierro. La dosis indicada de Hierro oscila entre 100 y 200 mgs de Hierro al día. <sup>(6) (8) (11) (13)</sup>

En los casos en los que la mujer rechace la transfusión de sangre, y en aquellos en los que los valores del hematocrito y la hemoglobina no sean tan bajos como para considerar la anemia como grave, se realizará tratamiento con hierro por vía oral hasta conseguir que estos se normalicen. <sup>(3) (5) (6) (10)</sup>

<b>Dosis hierro oral</b>	Hierro 120 - 200 mg /día
<b>Efectos secundarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estreñimiento</li> <li>▪ Náuseas</li> <li>▪ Irritación gástrica</li> </ul>

### Buena respuesta

Para objetivar la respuesta al tratamiento, se puede recurrir a la mejoría de los síntomas y signos de Anemia referidos por la mujer, o bien objetivar la respuesta de Reticulocitosis en el Hemograma, la que se desarrolla dentro de 3 a 5 días del tratamiento, y sigue aumentando hasta 8 a 10 días después de iniciado. En condiciones ideales, el aumento de la hemoglobina es de aproximadamente 2,0 g/dL a los 21 días de tratamiento. <sup>(6) (7) (9)</sup>

Una vez que los niveles de hemoglobina se han normalizado, se debe continuar con el hierro por vía oral durante al menos 3 a 6 meses (hasta un nivel de ferritina de aproximadamente 50 µg/L y una saturación de transferrina de al menos 30%). <sup>(8) (11) (14)</sup>

### Hierro endovenoso

El hierro parenteral (ampollas de 100 mg) es una alternativa para el hierro por vía oral, en aquellas mujeres con intolerancia digestiva al Hierro. Es también una alternativa en mujeres con anemia severa que rechacen la transfusión de hemoderivados. <sup>(1) (2) (4) (6)</sup>

Forma de administrar:

- La sustancia es administrada a través de una cánula venosa.
- Con posicionamiento correcto en la vena. El Hierro puede ser administrado sin diluir en bolo, o diluida (por ejemplo, 200 mL con NaCl), como una infusión corta.
- Se requiere la administración de una dosis de prueba (1 mL), para observar la tolerabilidad y la ausencia de signos de alergia.
- La inyección en bolo posterior, se administra durante 5 a 10 minutos.
- La infusión corta es durante aproximadamente 20 minutos.
- La dosis única máxima es de 200 mg.
- Por lo general, se administra 2 a 3 dosis a la semana hasta alcanzar Hb de 11,0 g/dL. <sup>(12)(13)</sup>

<b>Dosis hierro EV</b>	Dosis única máxima es de 200 mg.
<b>Efectos secundarios</b>	Dolor y el enrojecimiento (eritema) en el lugar de la inyección, Reacción rara vez anafiláctica, caracterizada por prurito, enrojecimiento y angioedema en casos graves (edema), colapso vascular, broncoespasmo (constricción de las vías respiratorias) y shock.

Resumen de ferroterapias		
Preparaciones	Tipos de hierro	Características
<b>Sales de Hierro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulfato ferroso (SF)</li> <li>• Fumarato ferroso (F)</li> <li>• Succinato de hierro</li> </ul>	Tienen una biodisponibilidad muy baja
<b>Hierro polimaltosado</b>	Complejo de hierro polimaltosado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil favorable</li> <li>• &lt;efectos secundarios en comparación con sales de hierro.</li> <li>• Liberación lenta</li> <li>• Pueden ser tomados con las comidas.</li> </ul>
<b>Compuestos de hierro combinados</b>	<b>Hierro</b> + <ul style="list-style-type: none"> <li>• ácido ascórbico (AA)</li> <li>• ácido succínico (AS)</li> <li>• ácido fumárico (AF)</li> <li>• ácido glucónico (AG)</li> <li>• Preteinsuccinato(PS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La combinación de sales de hierro con ácido que aumenta la absorción de hierro.</li> <li>• Forman quelatos con el hierro y así mantienen el hierro divalente disponible para la absorción</li> </ul>
<b>Preparaciones parenterales</b>	Complejo de hidróxido de sacarosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No pasa por la absorción intestinal de hierro y por la proteína de unión asociada.</li> <li>• Esto permite la liberación, no unida a proteínas de hierro para circular por la sangre.</li> </ul>

### 5.5.2 Transfusión de Glóbulos Rojos

La transfusión de glóbulos rojos se recomienda en el **tratamiento de la anemia severa**, y en aquellas pacientes con valores intermedios de Hemoglobina asociados a inestabilidad hemodinámica (taquicardia, hipotensión, lipotimia).

<b>Glóbulos Rojos</b>	1 u GR aumenta 2-3% Hematocrito
<b>Efectos secundarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> <li>• Escalofríos,</li> <li>• Urticaria (erupción cutánea o urticaria),</li> <li>• Hemólisis aguda (rotura de eritrocitos) ocasionada por la administración de sangre incompatible.</li> </ul>

Se debe considerar que la administración de Hemoderivados siempre puede presentar reacciones adversas, por lo cual su administración siempre debe ser supervisada. Dependiendo del tipo e intensidad de la reacción presentada, se debe interrumpir la transfusión y evaluar en cada caso la conveniencia de continuar con el tratamiento.

#### Reacciones adversas a transfusión

- Ansiedad, sensación de muerte inminente.
- Dolor retroesternal, lumbar o en el sitio de punción.
- Hipertensión inicial, luego hipotensión.

- Náuseas, vómitos.
- Coluria o anuria.
- Aumento de la T° ≥ 1° C asociada a una transfusión y sin otra explicación.
- Prurito, rush cutáneo.
- Shock anafiláctico.
- Escalofrío.
- Cianosis.
- Distress respiratorio.
- Signos de hipocalcemia (calambres, tetania).
- Signos de hiperkalemia (náuseas, diarrea, debilidad muscular).

### 5.5.3 Eritropoyetina (EPO)

La **eritropoyetina** es una hormona producida por el cuerpo que estimula la producción de eritrocitos.

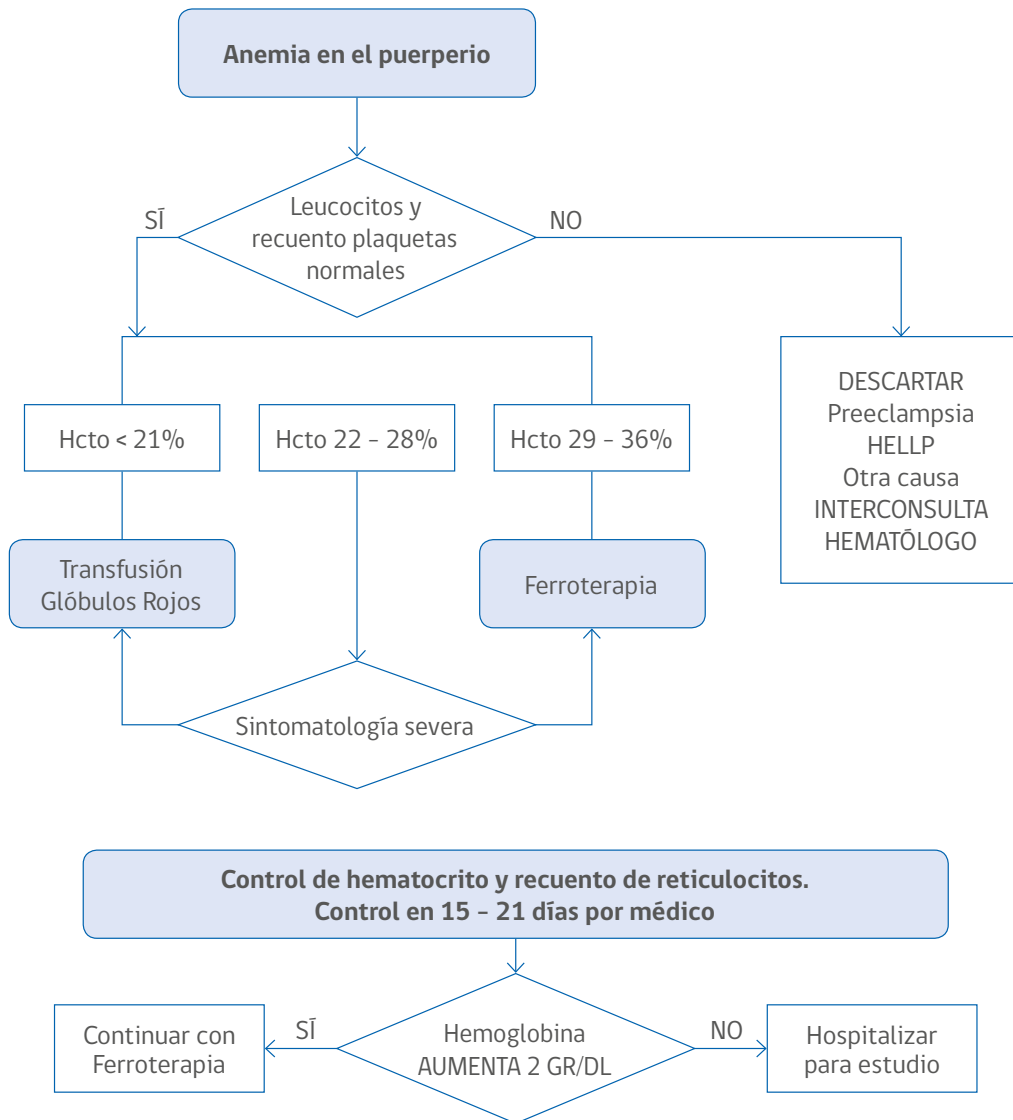
El tratamiento con eritropoyetina (EPO) es una alternativa a las transfusiones de sangre para la anemia ferropénica, y se ha usado ampliamente en el tratamiento de la anemia asociada con enfermedades renales. El principal inconveniente asociado es el elevado costo. <sup>(5) (18)</sup>

Existen algunos informes de casos de tratamiento con EPO en personas que han rechazado las transfusiones de sangre por motivos religiosos, con resultados positivos que resaltaron el uso potencial de la EPO en el tratamiento de otras formas de anemia ferropénica. <sup>(18)</sup>

<b>Dosis de eritropoyetina</b>	Una dosis por vía intravenosa de 100 a 150 U/kg por 3 veces a la semana.
<b>Efectos secundarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Síntomas leves similares a los de la gripe, como angina, tos, fiebre, mialgias, debilidad, cefalea y fatiga.</li> <li>▸ Otros efectos adversos, poco frecuentes pero más graves, incluyen hipertensión, crisis convulsivas y, más recientemente, aplasia pura de los eritrocitos. <sup>(5)</sup></li> </ul>

En una revisión sistemática de la Cochrane, se compara la eficacia de los tratamientos con hierro y eritropoyetina, y se pone de manifiesto que hay una evidencia limitada del efecto positivo que la eritropoyetina puede tener sobre el mantenimiento de la lactancia, sin incrementar los efectos adversos asociados, aunque no existen datos que permitan recomendar su utilización en la práctica clínica. <sup>(11)</sup> La información en cuanto a la mejor vía de administración es pobre, así como la información relativa a los resultados obtenidos en los tratamientos combinados con hierro y transfusiones. La posibilidad de efectos adversos poco frecuentes, como la referida aplasia, tiene que ser considerada. <sup>(6)</sup>

## 5.6 Algoritmo de manejo de la anemia en el puerperio



Fuente: Figueroa C. Servicios de Obstetricia y Ginecología Hospital La Florida.

## 5.7 Plan de cuidados por matró(a)

### Objetivos

- Entregar a la mujer una atención integral, de calidad y con enfoque a patología asociada.
- Prevenir complicaciones maternas derivadas de la anemia.

### Personal responsable

- Matró(a) clínica de la unidad.

### Actividades de matró(a)

#### Mujer con anemia crónica o aguda sin necesidad de transfusión

- Categorización Riesgo Dependencia.
- Elaboración y supervisión del cumplimiento de plan atención integral.
- Favorecer la detección y seguimiento del riesgo psicosocial.
- Detección y/o seguimiento del riesgo psicosocial.
- Apoyo emocional.
- Vigilar cumplimiento de reposo relativo.
- Vigilancia de cumplimiento régimen común o liviano, según corresponda.
- Control de signos vitales (Tº, FC y PA) cada 8 horas o antes SOS (énfasis en PA y FC).
- Solicitar evaluación médica SOS.
- Evaluación de matró(a) diaria y según necesidad. Valorar estado general, condición obstétrica y sintomatología.
- Confección de tarjetero y supervisión de administración de medicamentos.
- Administración de medicamentos EV.
- Permeabilizar vía venosa si procede.
- Supervisión de cumplimiento de plan de atención.
  - Aseo y confort.
  - Ducha diaria.
  - Uso de brazalete de identificación.
  - Medición de primera diuresis.
  - 1º levantada asistida, según indicación médica.
  - Apoyo en la atención del RN.
  - Apoyo de lactancia.
  - Avisar en caso de dolor.
  - Avisar en caso de taquicardia, alteraciones de la presión arterial, disnea y/o mareos.
- Tramitar Interconsultas, órdenes de exámenes, recetas (verificar disponibilidad de medicamentos).
- Toma de exámenes de laboratorio y solicitud de evaluación médica con resultados.
- Educar sobre autocuidado acorde a su patología.

- Dar indicaciones al alta.
  - Reposo relativo.
  - Régimen común.
  - Aseo genital frecuente y ducha diaria.
  - Control en centro de salud.
  - Acudir a urgencia gineco obstétrica y/o pediátrica SOS.
  - Educación sobre alimentación rica en hierro y toma de suplementos en caso de ser necesario.

### **Puérpera con anemia aguda y necesidad de transfusión**

- Categorización Riesgo Dependencia.
- Elaboración y supervisión del cumplimiento de plan atención integral.
- Vigilar cumplimiento de reposo relativo. En caso de usuarias muy sintomáticas vigilar reposo absoluto, hasta finalizar la transfusión.
- Vigilancia de cumplimiento régimen común o liviano, según corresponda.
- Control de signos vitales (Tº, FC y PA) cada 4 horas o antes SOS. Incluir control de FR si se presenta disnea.
- Solicitar evaluación médica diaria y SOS.
- Evaluación de matrn(a) diaria y según necesidad. Valorar estado general, condición obstétrica y pérdidas hemáticas. Valorar sintomatología y si existe presencia de reacciones adversas a la transfusión.
- Confección de tarjetero y supervisión de administración de medicamentos.
- Administración de medicamentos EV.
- Verificar buen funcionamiento de vía venosa (permeabilidad, sitio de punción sin signos de infección y/o flebitis y fecha de instalación).
- Permeabilizar vía venosa si procede.
- Supervisión de cumplimiento de plan de atención.
  - Aseo y confort.
  - Ducha diaria.
  - Uso de brazalete de identificación.
  - Medición de diuresis.
  - 1º levantada asistida.
  - Apoyo en la atención del RN.
  - Apoyo de lactancia.
  - Avisar en caso de dolor.
- Cuidados de vía venosa.
- Avisar en caso de taquicardia, alteración de la PA, mareos, disnea y/o reacciones adversas asociadas a la transfusión.



- Tramitar Interconsultas, órdenes de exámenes, solicitud de transfusión y recetas (verificar disponibilidad de medicamento).
- Toma de exámenes de laboratorio y solicitud de evaluación médica con resultados.
- Toma de pruebas de compatibilidad previo al inicio de la transfusión y toma de hematocrito control a las 6 horas de finalizada esta.
- Solicitar evaluación médica con resultados.
- Solicitar a la mujer los donantes de sangre necesarios. Informar sobre el número de donantes, ubicación y horario de atención de la Unidad de Medicina Transfusional.
- Educar sobre autocuidado acorde a su patología.
- Dar indicaciones al alta.
  - Reposo relativo.
  - Régimen común.
  - Aseo genital frecuente y ducha diaria.
  - Abstinencia sexual por 40 días.
  - Control en centro de salud del nivel primario.
  - Acudir a urgencia SOS (gineco obstétrica y/o pediátrica).
  - Educación sobre alimentación rica en hierro y toma de suplementos en caso de ser necesario.

## Referencias

1. Al RA, Unlubilgin E, Kandemir O, et al. Intravenous versus oral iron for treatment of anemia in Pregnancy: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005;106:1335-40.
2. Bayoumeu F, Subiran-Buisset C, Baka NE, et al. Iron therapy in iron deficiency anemia in pregnancy: intravenous route versus oral route. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:518-40.
3. Bergmann RL, Richter R, Bergmann KE, et al. Prevalence and risk factors for early postpartum anemia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010; 150: 126-31.
4. Bhandal N, Russel R. Intravenous versus oral iron therapy for postpartum anaemia. *BJOG.* 2006; 113: 1248-52.
5. Breymann C, Richter C, Huttner C, et al. Effectiveness of recombinant erythropoietin and iron sucrose vs. iron therapy only, in patients with postpartum anaemia and blunted erythropoiesis. *Eur J Clin Invest.* 2000;/30:/154-61.
6. Broche D-E, Gay C, Armand-Branger S, et al. Severe anaemia in the immediate postpartum period. Clinical practice and value of intervenous iron. *Eur J Obstet Gynecol Repr Biol.* 2005;/123:/S21-7.
7. Candio F, Hofmeyr GJ. Tratamientos para la anemia ferropénica en el embarazo: Comentario de la BSR 2007. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
8. Centers for Disease Control and Prevention Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *MMWR Recomm Rep.* 1998; 47: 1-29.
9. Cutner A, Bead R, Harding J. Failed response to treat anaemia in pregnancy: reasons and evaluation. *J Obstet Gynecol* 1999;suppl.:S23-7.
10. De Souza AI, Batista Filho M, et al. The effectiveness of three regimens using ferrous sulfate to treat anemia in pregnant women. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 15:313-9.
11. Dodd, Jodie; Dare, Marianna; Treatment for women with postpartum iron deficiency anaemia. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group* 21 JAN 2009 DOI: 10.1002/14651858.CD004222.pub2
12. Milman N. Postpartum anemia I: definition, prevalence, causes and consequences. *Ann Hematology* 2011; 90(11):1247-53
13. Mumtaz Z, Shahab S, Butt N, et al. Daily iron supplementation is more effective than twice weekly iron supplementation in pregnant women in Pakistan in a randomised double-blind clinical trial. *J Nutr* 2000; 130:2697-702.
14. Reveiz L, Gyte GML, Cuervo LG. Tratamientos para la anemia ferropénica en el embarazo. *Base de Datos de Revisiones Sistemáticas*; 2011, Número 2. Art. n. °: CD003094; DOI: 10.1002/14651858.CD003094.pub3.
15. Singh K, Fong YF, Kuperan P. A comparison between intravenous iron polymaltose complex and oral ferrous fumarate in the treatment of iron deficiency anaemia in pregnancy. *Eur J Haematol* 1998;60:119-24.
16. UNICEF/UNU/WHO. Iron deficiency anemia: assessment, prevention, and control. Geneva, World Health Organization, 2001
17. Urato AC. Intravenous ferric carboxymaltose compared with oral iron in the treatment of postpartum anemia: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2008; 112: 703.
18. Wagstrom E, Akesson A, Van Rooijen M et al. Erythropoietin and intravenous iron therapy in postpartum anaemia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86: 957-62.

## 6. Trastornos neurológicos en el puerperio

### 6.1 Convulsiones y epilepsia en el puerperio

Se recomienda que la mujer con antecedentes de epilepsia, acuda a control preconcepcional y control prenatal precoz.

En el período de puerperio, ocurren cambios fisiológicos que pueden modificar gradualmente las condiciones de los niveles plasmáticos de los antiepilépticos, con un incremento de su nivel, lo que puede acarrear efectos tóxicos. Se debe examinar al recién nacido, para detectar malformaciones y tomar medidas de anticoncepción apropiadas para el futuro.

Las mujeres que tienen mayor riesgo de presentar crisis en el puerperio son aquellas que tienen antecedentes de epilepsia mioclónica.

#### **Incidencia**

Alrededor de un 5% de las mujeres con epilepsia, pueden tener crisis tónico-clónicas durante el parto y puerperio.

En mujeres sin historia de epilepsia, la eclampsia es la causa más común de las convulsiones en el periparto.

#### **Manejo de la crisis convulsiva en el puerperio**

La puérpera debe tratarse como eclampsia hasta demostrar lo contrario, frente a una crisis convulsiva periparto y puerperio inmediato (ver capítulo de SHE).

Durante la crisis: evitar que la mujer se golpee. No introducir objetos en la boca.

- Administrar bolo lento intravenoso de 5 gr., de Sulfato de magnesio (4 ampollas) durante 10 minutos seguido de 2 gr. /hora por 24 horas como mínimo. Si se sospecha eclampsia.
- Una alternativa es el uso de fenitoína.
- Frente a recurrencia o status epiléptico, la indicación es uso de anestesia general.
- Mantener vía aérea y oxigenación durante todo el tiempo.
- Toma de exámenes para descartar Preeclampsia-Eclampsia. (Ver manejo SHE)

#### **Manejo de la crisis epiléptica en el puerperio**

Frente a una clara crisis convulsiva epiléptica el tratamiento es:

- Durante la crisis: evitar que la mujer se golpee. No introducir objetos en la boca.
- Si está claro que es una epilepsia y no eclampsia, Lorazepam o Diazepam son las primeras alternativas (Diazepam 10 mg ev, lorazepam 2- 4mg ev lento).
- Mantener vía aérea y oxigenación durante todo el tiempo.
- Solicitar niveles terapéuticos de antiepilépticos.
- Verificar toma de medicamentos antiepilépticos.
- Solicitar evaluación por Neurólogo.

### **Recomendaciones en el período de lactancia**

Las concentraciones de antiepilépticos que recibe el recién nacido en el periodo de lactancia, son menores de las que recibe en el útero, se debe considerar el efecto de sedante de drogas como el Fenobarbital y las Benzodiazepinas (ver capítulo de Lactancia y fármacos).

### **Consejería al alta**

#### **a. Uso de Anticonceptivos**

Las mujeres que toman fármacos antiepilépticos con enzimas inductoras, tienen un mayor riesgo de sangrado y fallas en la terapia anticonceptiva, estimada en un 7% de mujeres por año, debido al incremento del metabolismo de los estrógenos. Se recomiendan anticonceptivos con concentraciones de estrógenos de 50ug para reducir este riesgo, incrementándolos hasta un 80 o 100ug., si el sangrado es abundante. El efecto de las drogas inductoras puede persistir por varias semanas luego de ser suspendidas, factor a considerar en el uso de las píldoras anticonceptivas. Los antiepilépticos que no tienen efecto inductor en las enzimas hepáticas, no alteran la eficacia de los anticonceptivos hormonales.

#### **b. Progesterona como anticonceptivo aislado**

Las drogas antiepilépticas inductoras enzimáticas, incrementan el metabolismo de la progesterona. La Progesterona sola no es recomendable como anticonceptivo para mujeres que toman drogas antiepilépticas inductoras. Las inyecciones de progesterona de depósito deben utilizarse cada 10 semanas cuando las usuarias reciben antiepilépticos inductores. Los implantes de progesterona no son recomendables en mujeres que toman antiepilépticos enzimo- inductores.

#### **c. Terapia con Ácido Fólico**

Si la mujer toma fármacos antiepilépticos, se le debe prescribir ácido fólico, con el propósito de prevenir malformaciones del desarrollo del tubo neural, al menos en el primer trimestre de embarazo, con una dosis de 5mg. al día. Si se planifica el embarazo, el ácido fólico debe indicarse al menos 6 meses antes del inicio de éste.

#### **d. Riesgo de malformaciones congénitas fetales por uso de fármacos antiepilépticos**

Se han descrito malformaciones menores y mayores en niños que estaban expuestos a terapia anti-epiléptica durante el embarazo. El riesgo de malformaciones congénitas aumenta dos a tres veces si la mujer toma uno o más de un antiepiléptico. El mayor riesgo ocurre con ácido valproico seguido por carbamazepina y fenitoína.

La politerapia, particularmente en ciertas combinaciones de fármacos, puede incrementar los riesgos hasta un 24% en mujeres que reciben hasta cuatro fármacos antiepilépticos.

Las principales alteraciones asociadas al uso de antiepilépticos son los defectos del tubo neural (ácido valproico 3%, carbamazepina 1%). Además se pueden presentar defectos cráneo-faciales, anomalías congénitas cardíacas e hipospadia. Las malformaciones congénitas menores, incluyen el hipertelorismo, el epicanto y la hipoplasia digital.

### **Recomendaciones para las mujeres con deseo de embarazo y terapia antiepiléptica**

- Se debe reevaluar el tratamiento antes del embarazo.
- Debe advertirse del riesgo de malformaciones congénitas durante la terapia antiepiléptica.

- Si la epilepsia está en remisión, el riesgo de recurrencia de crisis es bajo y se puede considerar la suspensión de los antiepilépticos previo al embarazo.
- Si es necesario usar drogas antiepilépticas durante el embarazo, se debe advertir a la mujer del riesgo de malformaciones.
- Se debe utilizar de preferencia monoterapia y las menores dosis de antiepilépticos de acuerdo al síndrome que presenta la mujer.
- Toda mujer con epilepsia y el antecedente de hijo portador de malformaciones congénitas, debe ser evaluada por neurólogo y obstetra para planificar el próximo embarazo.
- En caso de planificación de embarazo uso de Ácido Fólico, 5 mg. al día.

### Referencia

1. Ministerio de Salud. Guía Clínica Epilepsia en el adulto. Santiago: MINSAL, 2007.

## 6.2 Cefalea en el puerperio

### Introducción

La cefalea es una patología frecuente durante el puerperio, que cede en la gran mayoría de las mujeres con medidas generales. <sup>(3)</sup>

### Clasificación <sup>(1)</sup>

- Mujeres con una cefalea primaria conocida, que tienen su dolor habitual.
- Mujeres con cefalea primaria conocida, pero durante el embarazo o puerperio tienen un dolor distinto en frecuencia, calidad e intensidad respecto al previo.
- Mujeres sin dolor previo, que presentan la cefalea por primera vez durante su embarazo o puerperio

Los dos últimos tipos, son los de mayor cuidado, ya que conducen a sospechar una cefalea secundaria.

### Causas de Cefalea

Tipo de cefalea	
<b>Cefalea primaria conocida</b>	Migraña con y sin aura Cefalea tensional Cefalea en racimo
<b>Cefalea por primera vez en el puerperio</b>	Cefalea posraquídea (ver capítulo específico) Preeclampsia- Eclampsia (Ver capítulo de SHE) Trombosis seno venoso Aneurisma Roto Meningitis - Encefalitis Hipertensión endocraneana

### A. Migraña

La migraña afecta a más del 15% de la población general y causa considerable discapacidad. El ciclo menstrual y las variaciones en los niveles hormonales, desempeñan una participación importante en la génesis del dolor. <sup>(1)</sup>

#### Clínica

Episodios de dolor grave

- Punzante o pulsátil.
- Asociado con náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia.
- Aversión a la actividad física.
- Con o sin aura (fenómenos neurológicos focales, predominantemente visuales).
- El aura puede aparecer antes del dolor (lo más frecuente), o puede ocurrir durante o después del ataque.

## Manejo de la migraña en el Puerperio

Fármaco	Características	Dosis
<b>Paracetamol</b>	Es una droga segura en el embarazo. El inconveniente es la cefalea de rebote, que podría derivar en cefalea crónica. Droga segura también en el período posparto y no interfiere con la lactancia.	Paracetamol 1 gramo VO, hasta un máximo de 4 g/día.
<b>Ibuprofeno y naproxeno</b>	Son 2 de los abortivos de migraña más utilizados. Sin contraindicación de uso en el puerperio	Ibuprofeno 200 - 400 mg cada 6 horas, VO Naproxeno 275-550 mg cada 8 horas, VO
<b>Opioides</b>	Con riesgo de sobre uso, cefalea de rebote y cefalea crónica diaria.	Morfina 1- 10 mg IV o SC
<b>Agonista selectivo de los receptores 5-HT (triptanes)</b>  <b>Sumatriptan</b> <b>Naratriptan</b>	Son los principales abortivos de migraña. Se contraindica el uso de Sumatriptan en usuarias con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión no controlada</li> <li>• Uso concomitante con ergotamina o derivados de la ergotamina</li> <li>• Uso concurrente de inhibidores de la monoaminooxidasa</li> </ul>	<b>Sumatriptan:</b> La dosis puede variar entre 25 y 100 mg. Si la usuaria no responde a la primera dosis, no se deberá administrar una segunda para el mismo ataque. Si la mujer ha respondido a la primera dosis, pero hay recurrencia, puede administrarse una segunda dosis, tomada con un intervalo de al menos 2 horas, siempre que no se tomen más de 300 mg en un período de 24 horas. <b>Naratriptán:</b> 2,5 mg al día VO
<b>Ergotamina y dihidroergotamina</b>	<b>Comprimidos asociados a Cafeína, Clorfenamina, Metamizol.</b> La acción analgésica del metamizol sódico se ve potenciada con la ergotamina que favorece la regulación vasomotora y el metabolismo de la glucosa en los vasos sanguíneos craneanos. La cafeína contribuye con su efecto vasoconstrictor al alivio de la jaqueca y a la absorción de la ergotamina. La clorfenamina ayuda a la descongestión y facilita el sueño.	Ergotamina Tartrato 1 mg. VO Metamizol Sódico 300 mg. VO Cafeína 100 mg. VO Clorfenamina Maleato 1 mg VO  Evitar uso en el puerperio (Ver capítulo de fármacos y lactancia)
<b>Metoclopramida</b>	Es muy eficaz para tratar las náuseas y vómitos asociados. Puede ayudar a abortar el ataque. De gran utilidad en el tratamiento del estatus migrañoso	Metoclopramida 10 mg IV
<b>Corticoesteroides</b>	Prednisona es de categoría B, mientras que la dexametasona de categoría C. Ambas son compatibles con lactancia. A pesar de su relativa seguridad, deben utilizarse por corto tiempo para el tratamiento del estatus migrañoso.	Prednisona 10 mg al día VO  Hidrocortisona 100 mg EV

## Evolución

La mayoría de las mujeres experimenta mejoría o permanece sin cambios en lo que respecta a la frecuencia de sus migrañas durante el embarazo. El embarazo no tiene impacto negativo sobre la migraña, aunque parece haber una asociación entre el antecedente de migraña y riesgo incrementado de preeclampsia durante la gestación. La cefalea grave, definida como aquella asociada a náuseas, vómitos o síntomas visuales fue más común en mujeres con Preeclampsia, en comparación con los casos control. <sup>(2) (4)</sup>

## Medidas Profilácticas

El uso de profilaxis debería considerarse si aparecen más de tres o cuatro ataques por mes, o en el caso en que los ataques tengan una frecuencia menor pero sean muy graves y/o tengan mala respuesta a la medicación, lo que podría conducir a la deshidratación de la mujer. <sup>(1) (4)</sup>

### Las drogas utilizadas en profilaxis son:

- **Betabloqueadores:** el propranolol junto con el metoprolol (beta 1 selectivo), son los más recomendados en profilaxis de migraña. La mayoría de los betabloqueantes son compatibles con la lactancia, aunque la seguridad de pindolol no se conoce aún.
- **Antidepresivos:** los inhibidores selectivos de la recaptación de la 5-HT son drogas de categoría B o C, según el tipo al que pertenecen. Pueden ser utilizados con precaución, evaluando relación riesgo-beneficio, en aquellos casos que cursan con depresión comórbida.
- **Drogas antiepilépticas:** se utilizan el valproato, el topiramato y el gabapentina. Únicamente deberían ser consideradas en el contexto de una migrañosa con epilepsia comórbida.

### Métodos no Farmacológicos:

- **La relajación y el manejo** del estrés han demostrado ser altamente eficaces en mujeres con cefalea recurrente, con índices en algunos casos superiores a los del tratamiento farmacológico. Su efecto puede persistir hasta un año después de producido el parto.
- **Las modificaciones de hábitos** pueden resultar moderadamente eficaces en la prevención de cefalea (discontinuar tabaco, dieta regular, actividad física y evitar la privación de sueño).

## B. Cefalea tipo tensión en el puerperio

Es el tipo más común de cefalea, con un 78% de prevalencia a lo largo de la vida. La prevalencia en mujeres es del 86%. Aunque poco conocida, su fisiopatología es similar a la de la migraña.

Dado el efecto de las hormonas sexuales sobre los neurotransmisores, es esperable que esta cefalea también mejore en el embarazo, aunque se ha comprobado que esta mejoría es menos importante que en el caso de la migraña. <sup>(2) (4)</sup>

### Manejo terapéutico (ver tabla migraña)

- Paracetamol: 1 gramo en caso de dolor.
- Antiinflamatorios no esteroideos, son los fármacos más recomendados: Ibuprofeno, naproxeno.
- El manejo del estrés: técnicas de relajación, benzodiacepinas.



### C. Cefalea en racimos (CLUSTER)

Es un desorden relativamente raro, con una prevalencia de 0.06% a 0.4%. Es un dolor de tipo excruciante (como taladro), de 15 min a 3 horas de duración. Los ataques sobrevienen en número de 1 a 8 por día, en especial durante el sueño. El dolor es típicamente periorbitario y está asociado a fenómenos autonómicos, característicos de la entidad (congestión nasal ipsilateral, rinorrea, lagrimeo, inyección conjuntival, edema palpebral, síndrome de Horner parcial o completo). A diferencia de la migraña, la mujer se encuentra agitada e inquieta.

Dada la baja frecuencia de este trastorno en las mujeres, existen muy pocos estudios (y con resultados controvertidos) sobre los efectos de este tipo de cefalea durante el embarazo y puerperio

#### Manejo Terapéutico

- Inhalación de oxígeno 100% con máscara facial, es segura durante el embarazo (eficaz en el 70% de los ataques).
- La prednisona se considera segura durante el embarazo y puerperio. Prednisona 10 mg al día VO.
- Los triptanes pueden ser usados en el puerperio: 100 mg por una vez.
- La medicación profiláctica está indicada en casos de Cluster crónico o en aquellos casos de ataques muy frecuentes. El verapamilo y los corticoides son los fármacos más utilizados en la profilaxis.

### D. Cefaleas secundarias y que comienzan durante el puerperio

Las mujeres que presentan cefalea por primera vez en el puerperio o que presentan cefalea de características atípicas durante este período, deben ser evaluadas con agresividad en pos de descartar una causa secundaria de cefalea.

#### Causas de cefalea secundaria

- Preeclampsia- Eclampsia
- Accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico
- Hipertensión intracraneana idiopática
- Meningitis o encefalitis
- Cefalea post-punción lumbar posparto
- Angiopatía cerebral posparto
- Apoplejía pituitaria
- Trombosis venosa cerebral

### E. Manejo clínico de las cefaleas en el puerperio

- El primer paso es realizar una historia clínica.
- Examen neurológico detallado.
- La presencia de anomalías focales, edema de papila o crisis comiciales en el contexto de cefalea, son signos ominosos que obligan a estudios de mayor profundidad, derivación a neurología es lo recomendable en estos casos.
- Evaluar signos de alarma.
- En presencia de signos de alarma, solicitar exámenes complementarios.<sup>(3)</sup>

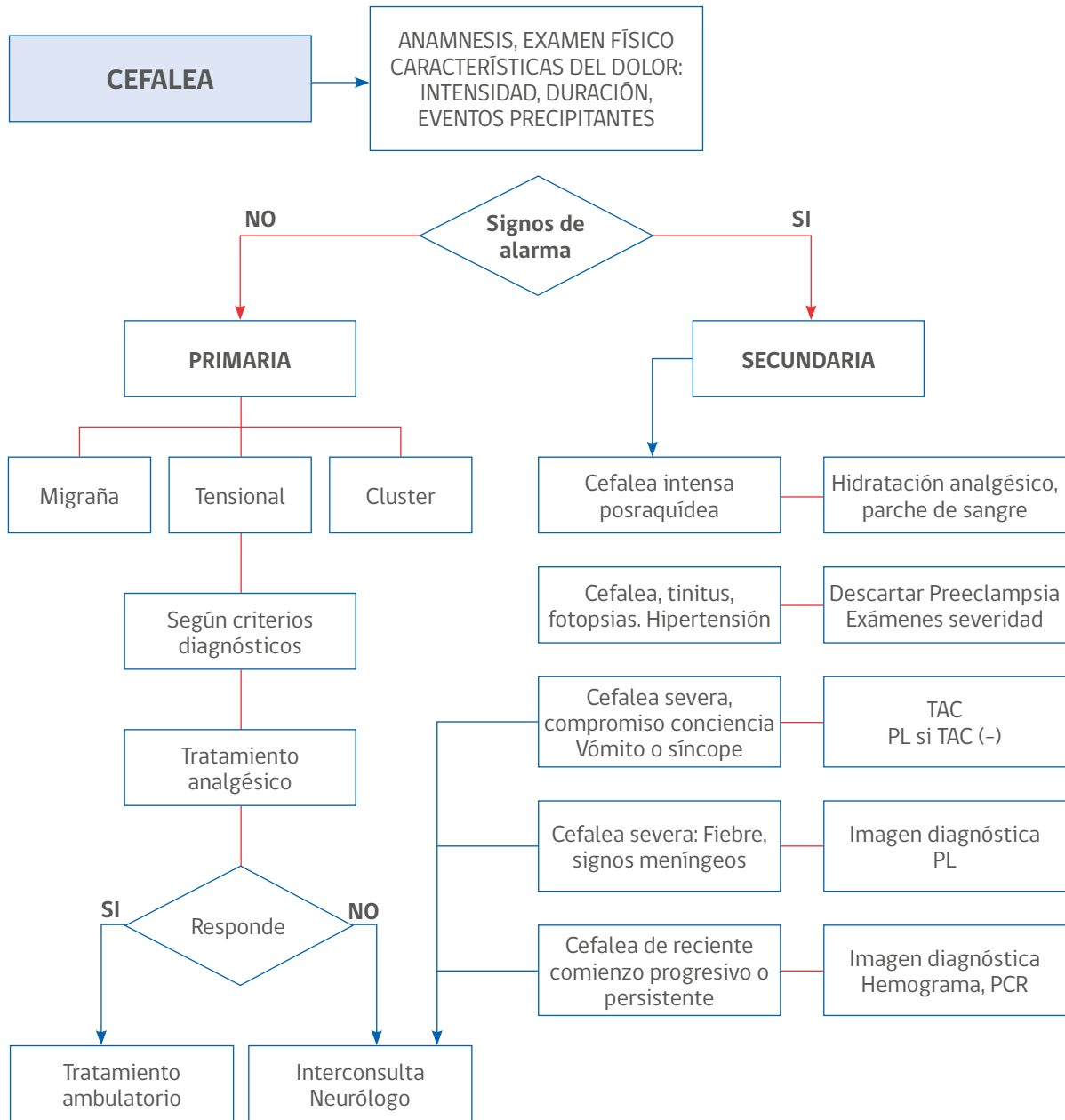
#### Signos de Alerta

- Inicio súbito o severo.
- Cambios en el patrón del dolor.
- Reciente aparición.
- Asociado a cefalea, tinitus, fotopsias e hipertensión.
- Exacerbación en posición sentada.
- Signos de enfermedad sistémica.
- Signos de focalización neurológica.
- Asociado a signos meníngeos.
- Papiledema.
- Desencadenado por Valsalva.

#### Estudios Complementarios

- Hematológicos.
- Pruebas de función hepática.
- Estudios de coagulación.
- Examen de orina.
- TAC de cerebro.
- RNM.
- Punción lumbar.

## F. Algoritmo de Manejo Cefalea en el Puerperio



Fuente: Figueroa L, C (2013) Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital La Florida.

Si la **tomografía de encéfalo** es negativa para hemorragia, se debe examinar el líquido cefalorraquídeo para descartar hemorragia subaracnoidea. Una cefalea que se presenta con trastornos visuales (oscurecimientos) que empeoran con el aumento de la presión intratorácica o intraabdominal, puede ser indicativa de hipertensión intracraneal idiopática, por lo que la punción lumbar debe incluir medición de la presión de apertura. <sup>(2)</sup>

Las imágenes constituyen un pilar importante en la evaluación de cefalea secundaria, siendo la resonancia magnética sin contraste el estudio de elección en todas las etapas del embarazo.

La **punción lumbar** es segura en el embarazo y está indicada en situaciones específicas:

- Fiebre asociada a signos de irritación meníngea.
- Cefalea de inicio súbito.
- Peor cefalea en la vida de la mujer.

### Referencias

1. Lipton R.B.et al. Classification of primary headaches NEUROLOGY 2004;63:427-435
2. Menon R. and Bushnell C. Headache and Pregnancy, The Neurologist, Volume 14, Number 2, March 2008.
3. Protocolo de Manejo de las cefaleas posparto. Maternidad Complejo Asistencial Dr, Sótero del Río.
4. Silberstein S. D. Headaches in pregnancy, Neurol Clin 22 (2004) 727-756.

## 7. Miastenia gravis en el puerperio

La Miastenia gravis (MG) es un trastorno autoinmune particularmente frecuente en mujeres jóvenes en edad fértil. Su mecanismo patogénico, es la destrucción de los receptores de acetilcolina en la membrana postsináptica de la placa motora. Incidencia 1 por 10.000 mujeres. <sup>(1) (2)</sup>

### Evolución

Durante el embarazo y puerperio se puede mantener estable, empeorar o mejorar. El comportamiento puede ser diferente en cada gestación de una misma mujer. Las exacerbaciones ocurren en cualquier trimestre, aunque puede haber remisión de la enfermedad. La interrupción de la gestación no altera el curso de la recaída. <sup>(2)</sup>

### Clínica

Aparición de debilidad muscular tras una actividad prolongada o repetitiva. Aunque la gestación no acelera la progresión de la miastenia, estas mujeres refieren más debilidad y fatiga debido al aumento de peso y al esfuerzo que provoca el embarazo. <sup>(3)(4)</sup>

Las manifestaciones clínicas se localizan sobre todo, en la musculatura extrínseca del ojo, músculo bulbar, proximal de los miembros y musculatura de la lengua y facial. <sup>(4) (6)</sup>

### Tratamiento

- Durante el embarazo los anticolinesterásicos no cruzan la barrera placentaria, el más sugerido es la piridostigmina. Algunos autores no recomiendan los de uso endovenoso porque pueden aumentar la contractilidad uterina.
- El inmunosupresor de elección es la Prednisona. El uso de otros inmunosupresores es discutido, por poseer alto poder mutagénico.
- Algunos autores afirman que la plasmaféresis y la inmunoglobulina, se han usado con éxito en el embarazo. <sup>(5)</sup>

### Manejo en el puerperio

- Manejo multidisciplinario.
- Son recomendados el reposo físico y psíquico.
- Evitar el uso de medicamentos que pueden producir bloqueo neuromuscular, como el sulfato de magnesio.
- Adecuado control de las infecciones que pudieran desencadenar las crisis.
- Mantener terapia farmacológica: anticolinesterásicos y prednisona.

### Feto y Recién nacido

La miastenia no repercute en el normal desarrollo y crecimiento del feto, pero puede afectar del 10 al 20 % de los recién nacidos; por el paso de anticuerpos de la madre al feto a través de la placenta. Por lo general el cuadro es autolimitado. No todos los hijos de una misma madre desarrollarán miastenia gravis neonatal: uno de cada siete hijos la padecen. <sup>(5)</sup>

### Lactancia

La lactancia no debe ser interrumpida, aunque no es recomendada en aquellas mujeres con altos títulos de anticuerpos o en aquellas que requieran altas dosis de anticolinesterásicos. <sup>(5)</sup>

## Referencias

1. Herrera Lorenzo O, Infante Ferrer J, Casares Albernas F, Varela Hernández A. Miastenia Gravis: diagnóstico y tratamiento. AMC [Internet]. 2009 Sep-Oct [May 2010]; 13(5). Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552009000500014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000500014&lng=es)
2. Intramed [Internet]. Buenos Aires: Intramed; 1997-2011 [actualizado 31 Mar 2009; citado 15 May 2010]. Howard James F. Miastenia Gravis: su manejo en situaciones especiales; Disponible en:<http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=58104>
3. Perucca PE, Cuellar JE, Ricci AP. Miastenia gravis: embarazo e impacto perinatal. Rev Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2006; 71:201-6.
4. Sepúlveda R, Gazitúa R, González F, Jesam C, Biotti M. Miastenia grave y embarazo. Bol Hosp San Juan de Dios. 2005 May-Jun;52(3):171-6.
5. Ferrero S, Expósito F, Biamonte M. Miastenia Gravis durante el embarazo. Seguridad y eficacia de los tratamientos durante el embarazo, el parto y la lactancia. Expert Rev Neurother [Internet]. 2008 [May 2010];8:979-88. Disponible en:<http://www.expert-reviews.com>
6. Santana Hernández G, Doblado Donis N, Román Pastoriza J, Fernández Arenas C, García Pinal ME, Sánchez Ruiz JE. Miastenia grave y embarazo: presentación de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 Jun-Jul; 33(4). Disponible en:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema15.htm>

## 8. Trombosis del seno venoso

La trombosis cerebral de seno venoso, es una condición caracterizada por la trombosis de las venas cerebrales y los senos mayores. Ocurre en varios senos simultáneamente y con mayor frecuencia en el seno venoso transversal, seguido del seno sagital superior.

Los factores de riesgo corresponden a condiciones genéticas protrombóticas que incluyen

Factores de Riesgo	
Condiciones genéticas	Condiciones adquiridas
<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Déficit de trombina</li> <li>▸ Deficiencia de proteínas S y C</li> <li>▸ Mutación del factor V de Leyden</li> <li>▸ Homocisteinemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Síndrome nefrótico</li> <li>▸ Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos (SAAF)</li> </ul>
Infecciones	Otros
<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Infecciones sistémicas</li> <li>▸ Meningitis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Deshidratación</li> <li>▸ Trauma</li> <li>▸ Medicamentos</li> <li>▸ Trombocitopenia - Policitemia</li> </ul>

### Cuadro Clínico

El inicio puede ser agudo, subagudo o insidioso y prolongarse por días y semanas.

- 57% no se manifiestan síntomas.
- 22% presentan síntomas menores.
- 5% síntomas mayores.
- 45% requiere manejo anticonvulsivante por largo tiempo.

Síntomas
Cefalea
Convulsiones
Déficit focal
Disturbios hemisensoriales
Afasia
Náusea y vómitos
Alteraciones visuales, fotofobia
Deterioro de conciencia
Papiledema

### Diagnóstico

Se debe considerar en toda mujer que presente algún síntoma neurológico durante el embarazo y puerperio y en todos los casos de hemorragia intracerebral de causa no explicada. Se manifiesta clínicamente con un amplio espectro de síntomas.

El diagnóstico se confirma por imagenología. El examen más sensible es la Resonancia Magnética, combinada con la venografía por RNM, las cuales han desplazado al TAC y la angiografía cerebral.

### Tratamiento

- Revertir el edema cerebral para evitar la herniación cerebral.
- La anticoagulación con heparina, es el manejo necesario a fin de evitar nuevos eventos tromboticos y embolismo pulmonar que agravarían la condición de la mujer (ver capítulo de TVP-TEP).
- Una vez superada la fase aguda, debe iniciarse anticoagulación oral con warfarina durante 3 - 6 meses posparto
- Profilaxis anticonvulsivante.
- Trombolisis endovascular está limitado a centros con experiencia y con disponibilidad de radiología intervencionista.

### Pronóstico

Esta condición se desarrolla con buen pronóstico ya que la mortalidad por esta causa ocurre entre 6 y 18%.

De 57 a 86% de las mujeres recuperan totalmente la funcionalidad con una recurrencia en 12- 14 meses.

### Referencias

1. Drife J. Thrombosis and thromboembolism in: Gwyneth L. Why Mothers Die 2000-2002. Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London. RCOG. 2004:230-270.
2. Ferro JM, Canhao P, Stam J, Bousser MG. Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis: results of the International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT). Stroke. 2004; 35:664-670.
3. Kimber J. Cerebral venous sinus thrombosis. QJM. 2002; 95(3):137-42.
4. Lin HS, Lin JF, Chang CK, Tsai CC, Chen SJ. Cerebral sinus thrombosis with intracerebral hemorrhage in pregnancy: a case report. Acta Neurol Taiwan. 2008; 17(3):189-93.
5. Madrazo M, Redondo FJ, Gil S, Castillo JL, Calvo M, Bernal G. Sagittal sinus thrombosis as a rare cause of postpartum headache: a case report. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2008; 55(7):442-6.
6. Pérez Nellar J, Scherle Matamoros C, Roselló Silva H. Trombosis venosa cerebral. Rev Cubana Med [Serie en Internet]. 2007[ cited 13 Sep 2008]; 46(3): [aprox. 8p]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232007000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
7. Stam J. Thrombosis of the Cerebral Veins and Sinuses. N Engl J Med. 2005; 17(352):1791-8.
8. Vélez Álvarez GA, Gómez Dávila G. Guía: Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa durante la gestación y el posparto. Medellín. 2007.



## 9. Endocrinopatías en el puerperio

### 9.1 Tiroiditis Posparto

#### Definición

La tiroiditis posparto, se define como la ocurrencia de novo de enfermedad tiroidea autoinmune (excluyendo enfermedad de Graves) en el primer año posparto. Se caracteriza por cuadros de hipotiroidismo o hipertiroidismo transitorio, o hipertiroidismo, seguido de hipotiroidismo transitorio (forma clásica).

#### Incidencia

No existen datos de su incidencia en Chile. Su prevalencia varía ampliamente en distintos estudios. Se encuentra entre 1,1% a 16,7% (promedio 7%). En usuarios con Diabetes Mellitus tipo I su incidencia aumenta hasta 25%.

#### Etiología

La tiroiditis posparto es causada por perturbaciones inmunológicas que ocurren en el embarazo y puerperio. En prácticamente todos los casos existen anticuerpos positivos en las mujeres. El anticuerpo que se encuentra con mayor frecuencia en estos casos, es el anticuerpo anti peroxidasa tiroidea (Anti TPO), también son frecuentes los anticuerpos antitiroideos (TgAb). Hay que diferenciar de la enfermedad de Graves, la cual tiene aumentada la captación de yodo radioactivo y presenta anticuerpo anti receptor de tiroides (TRAb) e inmunoglobulinas estimulantes de tiroides (TSI).

En el posparto ocurre una reactivación de la inmunidad que en caso de las mujeres que presentan anticuerpos positivos, puede estar exacerbada y desencadenar el cuadro de tiroiditis.

#### Clínica y diagnóstico

La tiroiditis posparto presenta por lo general síntomas sutiles. La fase hipertiroidea se presenta alrededor de los tres meses posparto. Puede presentar síntomas como palpitaciones, fatiga, irritabilidad, intolerancia al calor. El 33% de las mujeres son asintomáticas en esta fase y sin tratamiento se resuelve espontáneamente en dos a tres meses. La fase hipotiroidea es comúnmente diagnosticada alrededor de los 6 meses posparto y se debe a destrucción de células tiroideas por los anticuerpos. Alrededor de 40-45% de las mujeres sólo presentará esta fase. Puede presentar síntomas como fatiga, constipación, intolerancia al frío, pérdida de cabello, pérdida de concentración y memoria, ánimo disminuido y piel seca.

El diagnóstico es principalmente realizado con la clínica y con supresión o elevación de TSH.

#### Pesquisa

Realizar pesquisa con TSH, T4 libre y Ac TPO en mujeres con depresión posparto, con antecedente previo de tiroiditis posparto, con otras enfermedades autoinmunes y con anticuerpos positivos de TPO.

Se realiza a los tres meses posparto, si la mujer es eutiroidea y no tiene Ac TPO, no se realiza más seguimiento; si son eutiroideas pero con Ac TPO positivos, se mantiene seguimiento a los seis y nueve meses.

#### Manejo

**Fase hipertiroidea:** por lo general esta fase es poco sintomática. El propiltiuracilo no sirve en este caso ya que es una tiroiditis destructiva. En caso de presentar sintomatología, las mujeres pueden

recibir b-bloqueadores en dosis bajas. (Propranolol 10-20 mg c/12 horas.). Seguimiento con TSH cada dos meses hasta pesquisar fase hipotiroídea.

**Fase hipotiroídea:** Mujeres asintomáticas, con TSH entre 4 y 10, que no busquen nuevo embarazo, no requieren tratamiento, sólo seguimiento con TSH cada dos meses.

Mujeres sintomáticas, con TSH mayor a 10 o que busquen embarazo, se requiere tratamiento con levotiroxina:

- Levotiroxina 1-2 mcg/kg/día VO, titular hasta lograr valores normales de TSH. Terapia de mantenimiento por 6 a 12 meses, luego disminuir a la mitad la dosis, con controles de TSH cada dos meses, hasta normalización sin tratamiento.

### Seguimiento

Alrededor del 25% de las mujeres que sufren tiroiditis posparto presentarán hipotiroidismo a permanencia. Se recomienda TSH anual por cinco años en éstas mujeres.

### Manejo por matrón(a)

Manejo principalmente ambulatorio, por lo que no es necesario un manejo específico.

## 9.2 Síndrome de Sheehan (Panhipopituitarismo)

### Definición

Se refiere a una variedad de grados de deficiencia hormonal en la hipófisis anterior, resultante de un infarto o isquemia de una glándula hipofisiaria aumentada de tamaño de forma fisiológica. La destrucción extensa de estas células, resulta en un grado variable de hipopituitarismo, en un tiempo variable que oscila de días a años. Puede tener un desenlace fatal si no se realiza un reemplazo hormonal y se continúa posteriormente con tratamiento según la deficiencia que se haya generado.

### Incidencia

En Chile no existen datos sobre la incidencia del síndrome de Sheehan. Es una patología que se da principalmente en países subdesarrollados y en nuestro país ha disminuido considerablemente su incidencia gracias al manejo y prevención de la hemorragia posparto. Se describe que alrededor de un 25% de las mujeres que presenta una hemorragia posparto severa (de riesgo vital) presentará algún grado de panhipopituitarismo.

### Etiología

Al final del embarazo, la glándula pituitaria está significativamente aumentada de tamaño, principalmente por hiperplasia de las células secretoras de prolactina. Sin duda, la principal causa de síndrome de Sheehan es el infarto secundario a la ausencia de flujo sanguíneo en el lóbulo anterior de la glándula pituitaria. No se tiene certeza si éste es resultado de vasoespasmo, trombosis o compresión vascular. Como otra posible causa se han planteado trastornos autoinmunes, pero sin demostración fidedigna.

La función glandular puede ser mantenida por aproximadamente el 50% de la glándula, pero un hipopituitarismo parcial o total se presenta cuando hay pérdida de 75% y 90% de las células de la adenohipófisis, respectivamente.

## Clínica

La sintomatología en el Sheehan va a variar según el área afectada de la hipófisis.

- Generales: decaimiento, fatiga, piel seca y pálida.
- Falla en la lactancia. (déficit PRL).
- Amenorrea u oligomenorrea posparto (déficit FSH y LH).
- Disminución vello púbico y axilar.
- Hipoglicemia y letargo (déficit ACTH).
- Bochornos y disminución de líbido.
- Disminución de masa muscular (déficit GH).
- Constipación, intolerancia al frío, dislipidemia. (déficit TSH).
- Hiponatremia y anemia. (déficit TSH y ACTH).
- Síndrome de secreción inapropiada de ADH (poco frecuente).
- Diabetes insípida (raro, afecto neurohipófisis).
- Coma y muerte (Insuficiencia suprarrenal aguda e hipotiroidismo).

## Diagnóstico

El diagnóstico del síndrome de Sheehan puede ser difícil. Se basa en la evidencia clínica de hipopituitarismo en mujeres que hayan presentado hemorragias severas del posparto. La presentación clásica del síndrome de Sheehan, consiste en la involución mamaria posparto y la falta de producción de leche. Frente a una mujer que ha presentado una hemorragia severa del posparto y además presenta falta de producción de leche, el síndrome de Sheehan es la primera causa a descartar.

Para el estudio, serán de utilidad:

- Exámenes hormonales que prueben panhipopituitarismo.
  - LH y FSH
  - TSH
  - PRL
  - ACTH
- Test de estimulación, son de utilidad en la fase aguda de la enfermedad
  - Hipoglicemia
  - Arginina
  - TRH y dopamina
- Estudio con Imágenes, no son de utilidad en la fase aguda de la enfermedad, la necrosis de la hipófisis se hace evidente con el tiempo.
  - Tomografía computada de cerebro.
  - Resonancia magnética de cerebro.

## Tratamiento

El tratamiento debe ser realizado por el especialista. Consiste en el reemplazo con dosis fisiológicas, de las siguientes series hormonales afectadas: cortisol, esteroides sexuales y hormona tiroidea.

Se debe reemplazar el cortisol antes que la hormona tiroidea, dado que de realizarlo en forma opuesta, la exposición a la hormona tiroidea puede acentuar la deficiencia de cortisol y desencadenar una crisis suprarrenal. Para el reemplazo de cortisol, se utiliza la hidrocortisona en dosis para adultos de 20 mg/día, divididos en 15 mg en la mañana y 5 mg en la noche. Se debe ajustar la dosis de corticoides según la exposición de la mujer a estrés.

Para el reemplazo de hormona tiroidea, se utiliza levotiroxina. Las dosis se ajustan según los niveles de hormona tiroidea circulante, dado que la TSH en este caso no sirve para ajustar.

Se deben reemplazar los esteroides sexuales, estrógeno y progesterona. El uso de progesterona, está supeditado a la existencia de útero, si la mujer tiene antecedente de histerectomía, no es necesaria su suplementación.

En adultos, el reemplazo de hormona de crecimiento es discutido y no está recomendado. En cambio en niños, se debe reemplazar para obtener un buen potencial de crecimiento. En el caso de deseo de embarazo, se debe realizar estimulación ovárica con gonadotropina menopáusica humana (HMG) o con FSH recombinante asociada a LH recombinante.

### Seguimiento

Debe ser realizado por el endocrinólogo. En caso de deseo de embarazo, la mujer debe ser derivada a un especialista en infertilidad.

## 9.3 Insuficiencia suprarrenal aguda

### Definición

La **insuficiencia suprarrenal** es una patología de rara ocurrencia durante el embarazo y el puerperio. Esta patología se puede clasificar según su etiología en primaria y secundaria.

La insuficiencia suprarrenal primaria se produce por la incapacidad de la glándula suprarrenal de elaborar hormonas corticoidales. En los países desarrollados, la causa más común de insuficiencia suprarrenal primaria es la adrenalitis autoinmune o enfermedad de Addison.

La insuficiencia suprarrenal secundaria se produce por la alteración del eje hipotálamo - hipófisis - suprarrenal con la consiguiente formación insuficiente de la hormona hipofisiaria ACTH. La causa más frecuente de insuficiencia suprarrenal secundaria, es la supresión brusca de corticoides exógenos.

La **insuficiencia suprarrenal aguda o crisis suprarrenal**, es una entidad de rara ocurrencia en el embarazo y puerperio. Enfermedad producida por la supresión brusca de la función de las glándulas suprarrenales. Es una condición con mortalidad elevada de no ser manejada en forma oportuna. Su etiología puede ser derivada tanto de la insuficiencia suprarrenal primaria como secundaria, es decir, por falla aguda de la glándula suprarrenal misma o por falla aguda del eje hipotálamo - hipófisis - suprarrenal.

## Incidencia

No existen datos locales ni mundiales acerca de la incidencia de la insuficiencia suprarrenal aguda en el puerperio. Tampoco existen datos de ésta entidad en población general. En la literatura sólo es posible encontrar reportes de casos.

La incidencia de la insuficiencia suprarrenal es de 1 en 10.000 según datos del Reino Unido.

## Etiología

Las causas de insuficiencia suprarrenal se grafican en la tabla 1.

Las causas de insuficiencia suprarrenal aguda pueden ser diversas. Se puede deber a una intensificación aguda de una insuficiencia suprarrenal crónica, lo cual puede desencadenarse por una sepsis o un estrés quirúrgico agudo. También puede ser secundario a una destrucción hemorrágica/isquémica aguda de ambas glándulas suprarrenales en sujetos previamente sanos, como por ejemplo usuarios de anticoagulantes, trombosis idiopática de las venas suprarrenales y como complicación de una venografía. También se han observado casos de hemorragias suprarrenales durante el embarazo. Otra causa de insuficiencia suprarrenal aguda, más frecuente que las anteriores, es la suspensión brusca de la administración de corticoides sistémicos en mujeres con tratamiento esteroidal crónico, los cuales presentan una atrofia de las glándulas suprarrenales y un bloqueo de eje hipotálamo - hipófisis - suprarrenal. El síndrome de Sheehan, tratado en éste capítulo, también es causa de insuficiencia suprarrenal aguda del puerperio, ya que altera el eje hipotálamo - hipófisis, impidiendo la producción de ACTH y por ende la estimulación de la producción de hormonas esteroidales por parte de las glándulas suprarrenales.

**Tabla 1**

<b>Insuficiencia Suprarrenal Primaria</b>	<b>Insuficiencia Suprarrenal Secundaria</b>
<i>Destrucción glandular anatómica</i>	<i>Causa Hipotalámica</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Enfermedad de Addison (80% de los casos)</li> <li>▸ Resección quirúrgica</li> <li>▸ Infecciones (TBC)</li> <li>▸ Hemorragia</li> <li>▸ Infarto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Deficiencia congénita de CRH</li> <li>▸ Trauma</li> <li>▸ Cirugía</li> <li>▸ Radioterapia</li> <li>▸ Neoplasias</li> <li>▸ Infiltración (sarcoïdosis)</li> </ul>
<i>Falla metabólica de producción hormonal</i>	<i>Supresión eje hipotálamo-hipofisario</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Hiperplasia suprarrenal congénita</li> <li>▸ Resistencia a ACTH</li> <li>▸ Inhibición enzimática (ketoconazol)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Uso prolongado de corticoides exógenos</li> <li>▸ Producción de corticoides endógenos por tumores</li> </ul>
<i>Otras causas</i>	<i>Causa hipofisaria</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Hipoplasia suprarrenal congénita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Agenesia</li> <li>▸ Cirugía</li> <li>▸ Trauma</li> <li>▸ Hemorragias (Sd. de Sheehan)</li> </ul>

## Clínica

La insuficiencia suprarrenal aguda, es un diagnóstico difícil de realizar. La mayoría de los síntomas son inespecíficos y las manifestaciones clínicas en el ambiente puerperal pueden ser contundentes; por ejemplo la fiebre puerperal que lleva a una respuesta inflamatoria sistémica puede ser tratada como infección (endometritis, infección de herida operatoria, etc), pero esta clínica puede ser la manifestación de una insuficiencia suprarrenal aguda.

### Síntomas y signos de la crisis suprarrenal, pueden ser:

- Debilidad.
- Dolor abdominal de inicio súbito.
- Diarrea y vómitos.
- Taquicardia.
- Hipotensión.
- Signos de depleción de volumen.
- Fiebre.
- Hipoglicemia.
- Hiperkalemia.
- Hiperkalemia.
- Hiponatremia.
- Shock.
- Coma.

Los hallazgos al examen físico en la crisis suprarrenal, son sutiles e inespecíficos. Generalmente los hallazgos se manifiestan en mujeres con insuficiencia suprarrenal crónica, los cuales pueden comprender hiperpigmentación e hipotensión ortostática.

### Diagnóstico diferencial

- Causas de abdomen agudo
  - Apendicitis aguda.
  - Complicación post operatoria de cesárea.
- Cólico biliar.
- Gastroenteritis.
- Síndrome febril en el puerperio
  - Infección urinaria.
  - Endometritis.
  - Infección de herida operatoria de cesárea.

## Diagnóstico

En caso de sospecha de crisis suprarrenal, el estudio diagnóstico y manejo de la mujer debe ser realizado por el especialista. Para el estudio, serán de utilidad:

- Exámenes generales
  - Hemograma.
  - Electrolitos plasmáticos.
  - Calcemia.
  - BUN / Creatininemia.
  - Niveles de cortisol.
  - Función tiroidea (TSH).
- Estudio con Imágenes
  - Radiografía de tórax.
  - Tomografía computada (TC).
    - > Abdomen: Visualiza infartos y trombosis de venas suprarrenales.
    - > Cerebro: Visualiza destrucción o infarto de hipófisis.
- Electrocardiograma
  - Evalúa la repercusión de la hiperkalemia.
- Test de estimulación con ACTH
  - Se obtienen niveles basales de cortisol y ACTH.
  - Administrar 0,25 mg de ACTH IV o IM.
  - Medir niveles de cortisol a los 30 minutos y a las 6 horas.
  - La respuesta normal es que el cortisol se duplique con la dosis de ACTH.

Es de mucha importancia, no retrasar el inicio del tratamiento por esperar los resultados de los exámenes, especialmente en la crisis suprarrenal, dado que esta es una condición gravísima y de no ser tratada en forma oportuna tiene alta mortalidad. Dado que el manejo es con corticoides, la utilización de dexametasona no interfiere con los resultados del test de ACTH, por lo que se podría comenzar el manejo con este corticoesteroide mientras se realice el test.

## Tratamiento

Dado que es una patología de inicio abrupto, con mortalidad elevada, el tratamiento debe iniciarse en forma urgente con la sospecha diagnóstica. Luego del tratamiento inicial y estabilización, se debe trasladar al nivel terciario, dado que la mayoría de las mujeres en este escenario, requieren de manejo en la unidad de cuidados intensivos, con equipos de trabajo interdisciplinarios.

El manejo en la urgencia comienza con el ABC; asegurar vía aérea permeable, ventilación y circulación.

Se debe realizar un aporte de volumen intravenoso agresivo, utilizando un suero glucosado al 5% con electrolitos, para manejar la hipotensión severa y la hipoglicemia secundaria a la insuficiencia suprarrenal aguda. Si existe una hipoglicemia severa, corregir con dextrosa al 50%. En caso de hipotensión severa, que no responde al uso de cristaloides ni coloides, el uso de drogas vasoactivas como la dopamina, dobutamina y norepinefrina, son de utilidad.

El inicio de la terapia corticoidal es lo más importante del tratamiento. No se debe retrasar. Se debe utilizar Hidrocortisona en dosis de 100mg IV en bolo, dosis que se debe repetir cada 6 horas. Durante el test de ACTH, se debe utilizar dexametasona en dosis de 4 mg cada 6 horas IV. Otros esquemas de manejo utilizan hidrocortisona en bomba de infusión continua, en dosis de 10 mg por hora.

¡Se deben corregir las alteraciones electrolíticas. Las más frecuentes en la crisis suprarrenal son la hiperkalemia, hiponatremia e hipercalcemia.

Habitualmente la mujer responde bien al tratamiento, pudiendo en 24 horas comenzar a alimentarse y cambiar el tratamiento a vía oral, el cual debe realizarse con hidrocortisona y 9 $\alpha$ -fludrocortisona.

### **Seguimiento**

El manejo posterior de la mujer y el estudio de la causa de la insuficiencia suprarrenal aguda, debe ser realizado por el endocrinólogo.



## Referencias

1. Alex Stagnaro-Green (Chair), Marcos Abalovich, Erik Alexander, Fereidoun Azizi. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. The American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. THYROID Volume 21, Number 10, 2011.
2. Alex Stagnaro-Green. Approach to the Patient with Postpartum Thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab*, February 2012, 97(2):334-342.
3. Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Endocrine Society 2007.
4. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. 2012.
5. Elio Roti and Ettore degli Uberti. Post-partum thyroiditis - a clinical update. *European Journal of Endocrinology* (2002) 146 275-279.
6. Leslie De Groot, Marcos Abalovich, Erik K. Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, August 2012, 97(8):2543-2565.
7. Alex Stagnaro-Green. Postpartum Thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab*, September 2002, 87(9):4042-4047.
8. Zargar AH, Singh B, Laway BA. Epidemiologic aspects of postpartum pituitary hypofunction (Sheehan's syndrome). *Fertility and Sterility* 2005;84:523- 8.
9. Eduardo Contreras-Zúñiga, M.D., Ximena Mosquera-Tapia, M.D., María Cristina Domínguez-Villegas. Sheehan's syndrome: a case report and literature review. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 60 No. 4 • 2009 • (377-381).
10. Sarina Schragar, MD, and Laura Sabo, MD. Sheehan Syndrome: A Rare Complication of Postpartum Hemorrhage. *J Am Board Fam Pract*. 2001 Sep-Oct;14(5):389-91.
11. Yusuf Özkan & Ramis Colak. Sheehan Syndrome: Clinical and laboratory evaluation of 20 cases. *Neuroendocrinology Letters* No.3 June Vol.26, 2005.
12. Corenblum B. Pituitary Disease and Pregnancy. *Medscape*, Jun 2013.
13. Liotta EA et al, Addison Disease, *Medscape*, Jun 2010.
14. Kirkland L, Adrenal Crisis, *Medscape*, Mar 2010.
15. Klahuer K. Adrenal Crisis in Emergency Medicine, Treatment & Management. *Medscape*, March 2012.
16. Creasy R, Resnik R, Iams J, Lockwood C, Moore T. Creasy & Resnik's Maternal-Fetal Medicine, Principles and Practice. Elsevier, 6 ed, 2008.
17. Pérez A, Donoso E. *Obstetricia*. Panamericana, 4 ed, 2011.

## 10. Manejo de infecciones de transmisión vertical en el puerperio

### 10.1 Manejo y vigilancia de mujeres VIH positivo

La infección por VIH y Sífilis son importantes problemas de Salud Pública que afectan a la embarazada, la puérpera y su neonato. Ambas patologías son prevenibles mediante estrategias altamente costo efectivas, logrando reducir la transmisión vertical.

El puerperio merece una mirada especial y es importante tener claras las medidas preventivas y de tratamiento, tanto para la madre como para su recién nacido durante su hospitalización, con indicaciones de alta y seguimiento muy precisas, para fortalecer el apego y adecuado tratamiento ambulatorio.

#### Objetivos

- Prevenir la trasmisión vertical del VIH.
- Vigilar el cumplimiento de las indicaciones y/o tratamiento.
- Verificar la activación de la red de derivación, de acuerdo a la normativa local, en caso necesario.

#### Responsables

- Matrón(a) Supervisora y Matrón(a) clínica.
- Médico Gineco obstetra y/o Médico encargado de programa.

#### Actividades por matrón(a)

##### Mujer con VIH No Reactivo

Verificar resultado de examen en ficha clínica o agenda salud de la mujer.

##### Mujer con VIH Reactivo o Positivo con tratamiento antirretroviral previo

- Vigilar continuidad del tratamiento (administración).
- Verificar interrupción de lactancia materna.
- Reforzar adherencia al tratamiento.
- Reforzar el autocuidado en relación a fluidos corporales.
- Toma de exámenes a recién nacido según protocolo.
- Capacitar a la mujer en la administración de medicamentos orales al recién nacido.
- Reforzar y vigilar adherencia al tratamiento del recién nacido.
- Al alta: Dar indicaciones claras de control y seguimiento en el lugar asignado, según Servicio de Salud (Policlínico de Infectología y/o VIH).
- Asegurar la coordinación con la Red correspondiente a cada Servicio.

##### Mujer con VIH Reactivo o Positivo sin tratamiento previo

- Solicitar evaluación médica para inicio de tratamiento.
- Consejería post resultado de examen.

- Manejo de la mujer con equipo multidisciplinario: Matrón(a), Psicólogo(a), Infectólogo, Asistente Social, Gineco obstetra.
- Toma de exámenes a recién nacido según protocolo.
- Administración de medicamentos según norma.
- Verificar interrupción de lactancia materna.
- Reforzar el autocuidado en relación a fluidos corporales.
- Capacitar a la mujer en la administración de medicamentos orales al recién nacido.
- Reforzar y vigilar adherencia al tratamiento de la mujer.
- Reforzar y vigilar adherencia al tratamiento del recién nacido.
- **Al Alta:** Dar indicaciones claras de control y seguimiento de madre y recién nacido en el lugar asignado según Servicio de Salud (Policlínico de Infectología y/o VIH).
- Asegurar la coordinación con la Red correspondiente a cada Servicio.

**Toda mujer ya sea con VIH negativo o positivo deberá tener el manejo habitual del Puerperio, de acuerdo a su nivel de riesgo y complejidad.**

**En relación al recién nacido su atención se realizará por neonatólogo o pediatra.**

Coordinar evaluación con médico tratante de VIH.

- Toma de exámenes según protocolo.
- No administrar BCG hasta no saber resultado de recuento de linfocitos CD4.
- Suspender lactancia materna, reemplazar por sustituto de leche materna.
- Administrar medicamentos antirretrovirales por vía oral, entre las 6 y 12 horas de vida, en dosis de 2 mg/kg c/6 horas, por 6 semanas, según norma.
- Si no es posible recibir por vía oral, se debe administrar por vía endovenosa. (Revisar Norma Conjunta de Prevención Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis MINSAL 2012)  
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/d84c1b1497766e48e040010164010137.pdf>

**Ante cualquier duda en relación a tratamiento y seguimiento, revisar:  
"Norma conjunta de prevención de la transmisión vertical de VIH y la sífilis- MINSAL 2012"**

## 10.2 Manejo y vigilancia de mujeres para la prevención de Sífilis Congénita

### Objetivos

- Prevenir la transmisión vertical.
- Vigilar el cumplimiento de las indicaciones y o tratamiento.
- Verificar la activación de la red de derivación, de acuerdo a la normativa local, en caso necesario.

### Responsables

- Matrón(a) Supervisora y Matrón(a) Clínica
- Médico Gineco obstetra y/o Médico Encargado de Programa.

### Actividades matrón(a)

**Toda mujer atendida por causa de parto o pérdida reproductiva (aborto o mortinato) debe ser testeada con VDRL/RPR.**

#### Mujer con VDRL No Reactivo

- Verificar resultado de examen en ficha clínica o agenda salud de la mujer.
- Solicitar resultado de VDRL intraparto.
- Dar de alta si el resultado de VDRL es No Reactivo.

#### Mujer con VDRL Reactivo tratada durante el embarazo

- Solicitar resultado VDRL intraparto y MHATP.
- Administrar tratamiento, según indicación médica.
- Solicitar antecedentes maternos en UNACESS (Unidad de atención y Control en salud sexual).
- Realizar Consejería a la mujer y su pareja.
- Solicitar evaluación médica para decidir conducta y tratamiento de madre y recién nacido.
- Toda puérpera con resultado serológico reactivo debe ser referida para etipificación, completar tratamiento y manejo de contactos.
- Administración de medicamentos según norma.
- Mantener registros de partos, abortos, mortinatos y la correspondiente información de la serología materna por sífilis.
- **Al alta:** Dar indicaciones claras de control y seguimiento en UNACESS o policlínico de especialidad o a dermatólogo venereólogo en sistema privado.
- Asegurar la coordinación con la Red correspondiente a cada Servicio de Salud (Policlínico de UNACESS).
- Registro en ficha clínica de todas las actividades realizadas.

#### Mujer con VDRL Reactivo sin tratamiento, tratamiento incompleto o tratada con eritromicina.

- Verificar resultado de examen en ficha clínica o agenda salud de la mujer.
- Solicitar resultado de VDRL intraparto y MHATP.

- Citar a la pareja.
- Solicitar antecedentes maternos en UNACESS.
- Solicitar evaluación médica para inicio de tratamiento.
- Administrar tratamiento, si corresponde.
- Consejería post resultado de examen.
- Manejo de la mujer con equipo multidisciplinario.
- Referir a UNACESS.

**Recordar que la atención del recién nacido se realizará en Unidad de Neonatología:**

**La mujer** debe recibir tratamiento Penicilina benzatina 2.4 millones IM y seguimiento en Policlínico correspondiente (UNACESS).

**Al Recién Nacido**, confirmar con VDRL en sangre y LCR, estudio citoquímico de LCR, hemograma y recuento de plaquetas, pruebas hepáticas y de función renal, radiografía huesos largos y fondo de ojo, Rx de tórax.

**Debe recibir tratamiento con Penicilina Sódica 50.000 UI por kilo de peso IV**

R.N. 0-7 días: 50.000 UI/kg. cada 12 horas por 10 días

R.N. 8- 28 días: 50.000 UI/kg. cada 8 horas por 10 días

> de 28 días: 50.000 UI/kg. cada 4 o 6 horas por 10 días

- Toma de exámenes al recién nacido según norma.
- Reforzar y vigilar adherencia al tratamiento del recién nacido, según norma.
- Al Alta: Dar indicaciones claras de control y seguimiento en UNACESS, policlínico de especialidad o dermatólogo venereólogo en sector privado.
- Asegurar la coordinación con la Red correspondiente a cada Servicio de Salud.

**Ninguna puérpera puede ser dada de alta sin conocer el resultado serológico para sífilis.**

**Ningún recién nacido puede ser dado de alta sin conocer el resultado serológico para sífilis de la mujer.**

**Ante cualquier duda en relación a tratamiento y seguimiento, revisar:  
Norma conjunta de prevención de la transmisión vertical de VIH y sífilis MINSAL 2012.**

### 10.3 Manejo clínico de mujeres con infección del virus de la Hepatitis B (VHB)

La Infección por el virus de la Hepatitis B durante el embarazo, tiene implicancias tanto para la madre como para el hijo, debido a las consecuencias que tiene sobre el curso de la enfermedad y también al riesgo de transmisión vertical. La profilaxis de transmisión madre-hijo tiene una efectividad de hasta un 90%, siendo menos efectiva a mayor carga viral y replicación viral activa en la madre.<sup>1,3</sup>

#### Objetivos

- Prevenir la transmisión vertical del VHB.
- Definir el manejo clínico básico de las madres infectadas por el virus de la Hepatitis B y su recién nacido.

#### Responsables

- Matrón(a) Supervisora y Matrón(a) clínica
- Médico Gineco obstetra y/o Médico encargado de programa.

#### Actividades por matrón(a)

##### Mujer con HB crónico

- Verificar resultado de examen en ficha clínica o agenda salud de la mujer.
- Continuar con tratamiento antiviral, en el caso que haya sido indicado durante el embarazo (Tenofovir).<sup>4</sup>
- Sin profilaxis de Transmisión vertical, **suspender** lactancia materna.
- Con profilaxis de Transmisión vertical completa (IgHB y 1era dosis de vacunación) instalar la lactancia materna.<sup>5</sup>
- Aumentar los cuidados para prevenir sangrado por grietas en el pezón.
- **Al Alta:** Derivación a especialista, según corresponda (Policlínico de Hepatología, Gastroenterología o Infectología).
- Asegurar la coordinación con la Red correspondiente a cada Servicio.

#### Manejo del Recién Nacido, hijo de madre Hepatitis B Positivo:

##### Profilaxis de Transmisión vertical para el VHB:<sup>(6)</sup>

Administración de Inmunoglobulina de hepatitis B (IgHB) por vía intramuscular antes de las 12 horas de edad, en dosis de 0,5 mL por una vez.

Vacunación contra la hepatitis B, la primera dosis debe administrarse también antes de las 12 horas de edad, en un sitio diferente al usado para la inyección de IgHB. Luego continuar con el esquema según el decreto de vacunación nacional (2, 4, 6 y 18 meses).

- A los recién nacidos, hijo de madre Hepatitis B Positivo se debe determinar Antígeno de superficie de Hepatitis B (HBsAg) al año de edad, independientemente de haber recibido profilaxis.

Ante cualquier duda en relación a manejo clínico revisar:

**“Guía clínica AUGÉ: Manejo y tratamiento de la Infección por Virus de la Hepatitis B (VHB)” 2013**

## Referencias

1. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Recomm Rep*. 2010 Dec 17;59(RR-12):1-110.
2. Lin K, Vickery J. Screening for hepatitis B virus infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009 Jun 16;150(12):874-6. Review.
3. Calonge N, Petitti DB, DeWitt TG, Dietrich AJ, Gregory KD, Grossman D, Isham G, LeFevre ML, Leipzig RM, Marion LN, Melnyk B, Moyer VA, Ockene JK, Sawaya GF, Schwartz JS, Wilt T. Screening for hepatitis B virus infection in pregnancy: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009 Jun 16;150(12):869-73, W154.
4. Benaboud S, Pruvost A, Coffie PA, Ekouevi DK, Urien S, Arrive E, Blanche S, et al. Concentrations of tenofovir and emtricitabine in breast milk of HIV-1-infected women in Abidjan, Cote d'Ivoire, in the ANRS 12109 TEmAA Study, Step 2. *Antimicrob Agents Chemother* 2011;55:1315-1317.
5. Beasley RP, Stevens CE, Shiao IS, Meng HC. Evidence against breast-feeding as a mechanism for vertical transmission of hepatitis B. *Lancet* 1975;2:740-741.
6. Lee C, Gong Y, Brok J, Boxall EH, Gluud C. Hepatitis B immunisation for newborn infants of hepatitis B surface antigen-positive mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD004790.

## 10.4. Manejo de mujeres para la prevención y tratamiento de Chagas Congénito

### Antecedentes

Chagas o *tripanosomiasis americana* corresponde a una enfermedad zoonótica causada por el protozoo *Tripanosoma cruzi* que puede causar afecciones cardíacas y digestivas de tipo crónico, además de aborto espontáneo, mortinatos, prematuridad y bajo peso al nacer <sup>(1,2)</sup>. Aunque su principal mecanismo de transmisión es vectorial, la transmisión vía transfusional y congénita es relevante <sup>(3)</sup>. Se denomina Chagas congénito a la transmisión del protozoo desde la madre infectada al hijo a través de la placenta. El riesgo de transmisión ha sido estimado en torno al 5% (1-12%, dependiendo de varios factores, <sup>(4)</sup>. En Chile, el área endémica se extiende desde la región de Arica a la región de O'Higgins. <sup>(5)</sup>

### Objetivos

- Asegurar el acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con infección por *T. cruzi*.
- Vigilar el cumplimiento de las indicaciones para diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Verificar instalación y funcionamiento de la red de derivación, adecuada a la realidad local.

### Responsables

- Matrón(a) Supervisora y Matrón(a) Clínica
- Médico Gineco obstetra y/o Médico Encargado de Programa.

### Actividades matrón(a) ligadas a Sospecha, sobre Puérperas

En toda gestante que ingresa a parto o a control postnatal proveniente de áreas endémicas o atendida por causa de parto prematuro, pérdida reproductiva (aborto o mortinato), se realizará búsqueda activa aplicando test serológico (ELISA IgG *T. cruzi*) en suero, plasma o LCR. Todo resultado positivo deberá ser enviado a confirmación al ISP o al centro de referencia reconocido por éste. <sup>(5)</sup> En mujeres que cumplan con las condiciones precedentes y NO provengan de áreas endémicas, se deberá aplicar anamnesis dirigida, de acuerdo a Anexo nº3 de la Norma General Técnica Control y Prevención Nacional de la Enfermedad de Chagas. <sup>(5)</sup>

### Puérpera con serología para Chagas No Reactiva

- Consignar resultado de examen en ficha clínica o agenda salud de la mujer.
- Serología para Chagas No Reactiva descarta infección por *T. cruzi*.

### Puérpera con serología para Chagas Reactiva

- Enviar muestra para confirmación a ISP o a laboratorio de referencia reconocido por éste.
- Consignar resultado de exámenes en ficha clínica o agenda de salud de la mujer.
- Casos positivos, serán informados a la mujer, con la indicación que se está a la espera de confirmación diagnóstica por ISP. En caso de sintomatología aguda puede iniciarse tratamiento bajo consideración médica. <sup>(5)</sup>
- Iniciar tratamiento post período de lactancia estándar (a los 6 meses posparto), junto a entrega de consejería. <sup>(5)</sup>
- Derivar a atención al nivel secundario para seguimiento.



### **Puérpera con diagnóstico confirmado de Enfermedad de Chagas (serología reactiva y PCR (+) para Chagas, obtenida antes o durante el embarazo)**

- Educar a la puérpera e iniciar tratamiento post período de lactancia estándar (a los 6 meses post-parto), <sup>(5)</sup> junto a entrega de consejería.

(\*) No se ha reportado transmisión de la enfermedad vía lactancia materna por lo que no se recomienda suspender la lactancia, a menos que se verifique heridas sangrantes en pezones. <sup>(6, 7, 8)</sup>

### **Actividades matrón (a) ligadas a Sospecha, sobre Recién Nacido o Lactante**

Todo recién nacido o lactante hijo con madre con Enfermedad de Chagas, se presumirá sospechoso de infección. <sup>(9)</sup> Durante la hospitalización se realizará toma de muestra para exámenes directos (sangre total con anticoagulante), más envío a ISP o a laboratorio de referencia, reconocido por éste, para estudio de PCR.

- Caso con resultado positivo a través de método directo, se considera caso confirmado por lo que se inicia tratamiento.
- Caso con resultado negativo a través de método directo, se debe esperar resultado de examen de PCR. <sup>(3)</sup>
- Para el caso de lactantes solamente, con PCR positiva o negativa, se realiza segundo examen con nueva muestra al 2º mes de vida. PCR (de segunda muestra) positiva por segunda vez, confirma infección y deriva a nivel 2º para tratamiento. PCR negativa por segunda vez, se realiza tercer examen al noveno mes de vida. PCR (de tercera muestra) positiva, confirma infección y deriva a nivel 2º para tratamiento. PCR por tercera vez descarta infección.

(\*) Los RN asintomáticos (70 a 80% de los casos infectados vía transplacentaria) presentarán sintomatología similar al síndrome de TORCH, por lo que debe considerarse el diagnóstico diferencial. <sup>(10)</sup>

### **Esquema de tratamiento**

- Iniciar dosis de manera creciente, hasta alcanzar dosis terapéutica alrededor del 5º día.
- Farmacoterapia en pacientes con falla renal y hepática no se recomienda. Sin embargo sujeto a evaluación médica.
- En pacientes desnutridos o con bajo peso, ajustar dosis de acuerdo a peso real.
- Paciente no debe consumir alcohol durante el tratamiento antiparasitario.

**NIFURTIMOX (NFX)**

Población	Dosis terapéutica NFX (mg/kg/día)	Dosis máxima NFX (mg/día)	Duración de la terapia (días)	Peso promedio (Kg)
Niños > 15 años y adultos	8 a 10	700	60	70
Recién nacidos, niños con bajo peso al nacer, niños hasta 15 años.	15	no hay	60	cualquier peso

**BENZNIDAZOL (BNZ)**

Población	Dosis terapéutica BNZ (mg/kg/día)	Dosis máxima BNZ (mg/día)	Duración de la terapia (días)
Niños > 15 años y adultos	8 a 10	700	60
Recién nacidos, niños con bajo peso al nacer, niños hasta 15 años.	15	no hay	60

(\*) En Chile, se ha consensado que todos los pacientes Chagásicos deben recibir tratamiento anti-parasitario, con excepción de enfermos crónicos terminales, aún cuando no hay evidencia concluyente respecto de la efectividad del tratamiento en etapa crónica indeterminada o asintomática. <sup>(5,10)</sup> No obstante, mujeres embarazadas no serán tratadas, aún cuando presenten la enfermedad, en cuyo caso se iniciará tratamiento una vez finalizado el período de lactancia materna.

**Referencias:**

1. Theiler RN, Rasmussen SA, Treadwell TA, Jamieson DJ (2008) Emerging and zoonotic infections in women. *Infect Dis Clin North Am* 22: 755-772; vii-viii.
2. Siriano L da R, Luguetti AO, Avelar JB, Marra NL, de Castro AM (2011) Chagas disease: increased parasitemia during pregnancy detected by hemoculture. *Am J Trop Med Hyg* 84: 569-574.
3. WHO (2015). Weekly Epidemiological Record. Chagas disease in Latin America: an epidemiological update based on 2010 estimates. Nº 6, 2'15, 90, 33-44.
4. Howard, E, Xiong X, Carlier Y, Sosa-Estani S, Buekens P (2014) Frequency of the Congenital Transmission of *Trypanosoma cruzi*: A Systematic Review and meta-Analysis. *BJOG*. 2014 January; 22-33.
5. Ministerio de Salud de Chile. Norma General Técnica Control y Prevención Nacional de la Enfermedad de Chagas.2014. Santiago. p31.
6. Mazza S, Montaña A, Benitez C, Janzi EC. Transmisión de *Schizotrypanum cruzi* al niño por leche de la madre con enfermedad de Chagas. *MEPRA Mis Est Pat Reg Argentina Public*. 1936;28:41-6.
7. Medina-Lopes MD. Transmissao do *Trypanosoma cruzi* em um caso durante o aleitamento, em area nao endémica. *Rev Soc Bras Med Trop*. 1988;21:151-3. 20.
8. Martins LP, Castanho RE, Nogueira AB, Silva OT, Gusmao AS. Incidence of *Trypanosoma cruzi* transmission through breastfeeding during acute experimental Chagas disease. *Braz J Infect Dis*. 2011;15:116-8.
9. Grupo de trabajo MINSAL. Circular B nº 51/17 de Vigilancia de Enfermedad de Chagas. Ministerio de Salud, Chile, 2011.
10. Grupo de trabajo MINSAL. Protocolo de Atención Clínica de la Enfermedad de Chagas. Ministerio de Salud, Chile, 2011.

## 11. Trombosis venosa profunda y Tromboembolismo pulmonar

### 11.1 Introducción

El embarazo y el puerperio son factores de riesgo bien establecidos para el desarrollo de eventos tromboembólicos, con una incidencia ajustada por edad, que va desde 4 a 50 veces mayor en las embarazadas en comparación con las no embarazadas. <sup>(1)</sup>

La tasa de incidencia absoluta de 1 en 500 a 2000 embarazos (0,025 a 0,10 por ciento)

La trombosis venosa profunda (TVP) y embolismo pulmonar (EP), son dos manifestaciones de una misma enfermedad, que en general son prevenibles y tratables. Sin embargo, los eventos tromboembólicos siguen siendo una causa prevalente de mortalidad relacionada con el embarazo en los países desarrollados.

El riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) es aproximadamente dos veces más alta después de una cesárea que el parto vaginal. Además, la TVP es mucho más común en la pierna izquierda que la derecha. <sup>(14)</sup>

Hasta el 80% de las personas con TEP tienen TVP aunque su expresión clínica y su diagnóstico en la práctica sólo se presentan en el 50% de los casos. <sup>(1)(11)</sup>

### 11.2 Patogenia y factores de riesgo

El embarazo y el periodo posparto están marcados por la presencia de los tres componentes de la tríada de Virchow: estasis venosa, lesión endotelial y un estado de hipercoagulabilidad. Las mujeres con trombofilias hereditarias o adquiridas, tienen un riesgo aumentado de desarrollar eventos tromboembólicos. <sup>(8)(13)(16)</sup>

**Tabla N°1: Factores de Riesgo**

Mayores	Menores
Puerperio (aumento factores de Coagulación)	Cardiopatía congénita
Cesárea o cirugía reciente	Insuficiencia Cardíaca
Alteraciones neurológicas	Tromboflebitis superficial
Trauma mayor	Síndrome nefrótico
Antecedentes de TVP	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
Obesidad mórbida	Lupus eritematoso sistémico (LES)
Disminución de la movilidad	
Trombofilia	

**Tabla N°2: Trombofilias más frecuentes asociadas a TVP- TEP**

Congénita	Adquirida
Deficiencia Proteína C Deficiencia proteína S Deficiencia antitrombina III Mutación del factor V de Leyden Hiperhomocisteinemia	SAAF

**Diagnóstico****11.3 Trombosis venosa profunda (TVP)**

Sospecha clínica y confirmación con ultrasonido o Dímero D.  
El 25% de los casos es asintomático.

**Clínica**

- Edema de la pierna afectada.
- Dolor.
- Acompañada de piel caliente, enrojecida, brillante.

**Laboratorio**

- Su confirmación es con Ultrasonido (Doppler venoso, sensibilidad 97%)
- La RNM tiene una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de trombosis de la vena ilíaca.
- El dímero D incrementa con la progresión durante el embarazo y su interpretación es muy imprecisa.
- Un valor negativo de Dímero D, no descarta TVP-TEP. Un Dímero- D positivo requiere de ultrasonido para confirmarlo.

Su presencia se demuestra sólo en el 20% de los casos en que se tiene la sospecha clínica de su existencia. <sup>(7)</sup>

**11.4 Tromboembolismo pulmonar (TEP)**

El diagnóstico de tromboembolismo venoso durante el embarazo puede ser complicado por los cambios fisiológicos asociados con el embarazo.

**Examen clínico**

- El diagnóstico clínico de la TVP y el TEP en la población general tiene una baja sensibilidad y especificidad. Este problema se acentúa aun más ya que el edema de las extremidades inferiores es común. La disnea, el síntoma más frecuente del TEP, se produce hasta en un 70% de los embarazos normales. <sup>(1) (14)</sup>

### Sistemas predictivos de TEP

- El uso de tablas de puntuación como la de Wells, no han sido validadas en embarazadas.

### Laboratorio

- **Los gases arteriales** pueden ser normales, hecho que no descarta el diagnóstico de TEP. La hipoxemia con hipocapnia ( $\text{PaCO}_2 < 28$  mm Hg), alcalosis respiratoria y aumento de la  $\text{P (A-a) O}_2$  es un hallazgo sugestivo pero no específico de TEP. La hipercapnia (hipoventilación) ( $\text{PaCO}_2 > 34$  mm Hg) en ausencia de condiciones asociadas que la expliquen, es un hallazgo sugerente de TEP grave.
- El Dímero-D, un producto de degradación de la fibrina, ha sido ampliamente utilizado para el diagnóstico de TEP. La presencia de Dímero-D elevado está presente en casi todos los usuarios con TEP en concentraciones  $> 500$  ng/ml, aunque su valor predictivo positivo es muy bajo en embarazadas. La cuantificación del Dímero-D en embarazadas es útil cuando su valor es normal ya que tiene un alto valor predictivo negativo para TEP. <sup>(15)</sup>

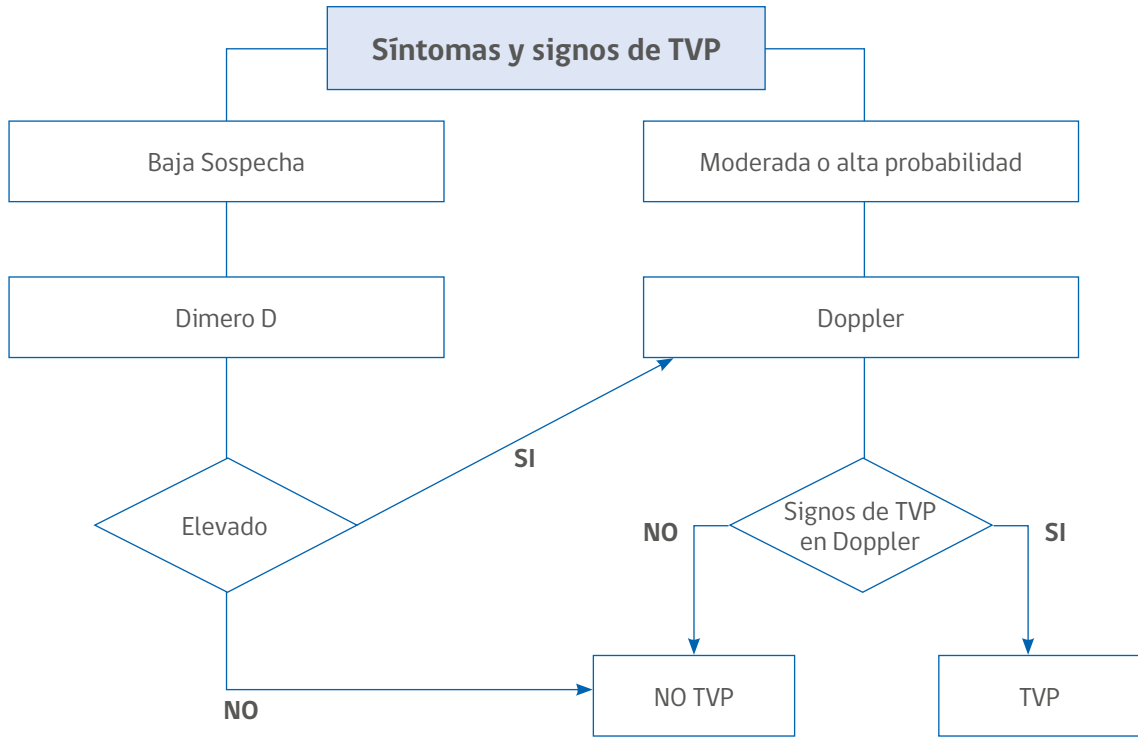
### Imagenología

- La **Radiografía de tórax** simple tiene baja sensibilidad y especificidad para esta patología. Las anomalías más frecuentes son atelectasias planas en las bases con elevación diafragmática (corazón sumergido) y pequeño derrame pleural (uni o bilateral). La anomalía más sugestiva, aunque poco frecuente, es la presencia de una condensación basal sin broncograma aéreo más derrame pleural (*Joroba de Hampton*).
- **Angio-TAC** está indicada en toda mujer que exista sospecha clínica de TEP. Tiene una sensibilidad de un 83% y especificidad de un 96%. Su realización e interpretación requiere entrenamiento y experiencia, es costosa y requiere medio de contraste. La radiación sobre el feto es de 3 a 131 mG y por lo que su uso es seguro durante el embarazo.
- **Doppler de Extremidades Inferiores (EEII)**. Para TVP el Doppler de EEII tiene una alta sensibilidad y especificidad. Un examen positivo con una clínica sugerente de TEP puede considerarse diagnóstica de esta última y justificar el inicio precoz de anticoagulación.

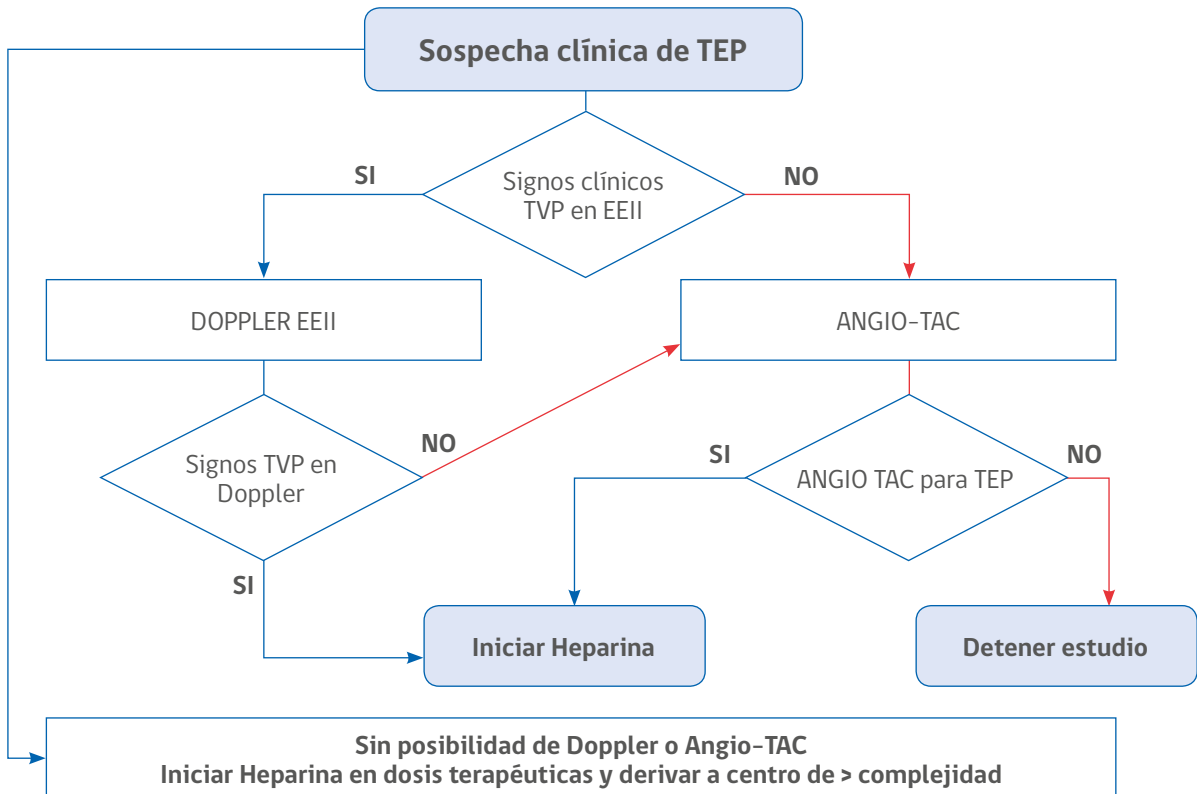
### Conducta

Es recomendable solicitar un Doppler de EEII como prueba inicial en mujeres embarazadas y puérperas con sospecha de TVP. Todas las pruebas positivas para TVP proximal (supracondíleas) deben llevar un tratamiento inmediato. En situaciones en que la prueba no pesquise la presencia de TVP y la sospecha clínica aun es alta, es posible realizar una RNM que tiene una alta sensibilidad y especificidad. <sup>(2) (15)</sup>

**Algoritmo de manejo de TVP**



**Algoritmo de manejo en pacientes con sospecha de TEP**



Fuente: Figueroa L, C (2013) Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital La Florida.

**Diagnóstico diferencial de TEP (Tabla n°3)****Tabla n°3**

Síndrome clínico	Diagnóstico Diferencial
Colapso circulatorio	Infarto Agudo Miocardio (IAM), Shock cardiogénico-hipovolémico, sepsis, neumotórax, disección aórtica
Disnea súbita sin causa aparente	Asma, angina, Edema Pulmonar Agudo, IAM
Dolor pleurítico	Neumonía, pleuritis, neumotórax, dolor de parrilla costal
Hemoptisis	Neumonía, bronquitis, TBC, bronquiectasias, cáncer

**11.5 Tratamiento:****TVP**

- Cuando hay sospecha de TVP, el tratamiento anticoagulante debe iniciarse hasta la confirmación diagnóstica por medio de un Doppler de EEII. Las dosis son las indicadas en la tabla n°4 y n°5.
- En el posparto, si hay que continuar con el tratamiento, se reinicia a las 12 horas si es cesárea y a las 6 horas si es parto normal. <sup>(4) (5)</sup>

**TEP**

- Cuando hay una alta sospecha clínica de TEP, el tratamiento empírico con anticoagulantes está indicado antes de la evaluación diagnóstica. La terapia anticoagulante se interrumpe si se excluye la TEP. Puede ser realizada con Heparina no fraccionada y de Bajo Peso Molecular (ve tabla n° 4 y 5). <sup>(12)</sup>
- Cuando hay sospecha clínica baja o moderada para TEP, el tratamiento empírico con anticoagulantes antes de la evaluación diagnóstica, se determinará caso a caso.
- Mientras no se inicia la anticoagulación posparto, se indicará deambulación precoz o uso de medias anti - embólicas. <sup>(6) (10) (15)</sup>

**Consideraciones**

- Mujeres en tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular o heparina no fraccionada, debe ser suspendida 24-36 horas antes del parto para evitar síndromes hemorrágicos. <sup>(3)</sup>
- Luego del parto, la heparina debe ser re-iniciada 12 horas después de una cesárea y 6 horas luego de un parto vaginal. <sup>(12)</sup>
- Cuando la anticoagulación se inicia con Heparina no fraccionada, debe hacerse un monitoreo estrecho del tiempo parcial de tromboplastina (TTPK). El objetivo terapéutico, es alcanzar un TTPK entre 1.5 a 2 veces por sobre el valor normal. Se recomienda una dosis inicial ajustada por peso y seguir con una infusión continua, inicialmente ajustada por peso y posteriormente de acuerdo con el TTPK. <sup>(18)</sup>



**Tabla n°4: Esquema de tratamiento con heparina no fraccionada**

Dosis inicial	80 U/kg en bolo, seguir infusión a 18 U/kg/hora IV
PTT < 35 seg (< 1.2 control)	80 U/kg en bolo, aumentar infusión en 4 U/kg/hora IV
PTT 35 -45 seg (< 1.2 - 1.5 control)	80 U/kg en bolo, aumentar infusión en 2 U/kg/hora IV
PTT 46- 70 seg (1.5 - 2.3 control)	Dosis igual
PTT 71- 90 seg (2.3- 3.0 control)	Disminuir infusión en 2 U/kg/hora IV
PTT > 90 seg (> 3.0 control)	Suspender 1 hora, reiniciar disminuyendo 3/U/kg/hora IV

**Tabla n°5: Esquema con heparina bajo peso molecular**

Profilaxis	Dosis
Enoxaparina	40 mg SC cada día
Dalteparina	5.000 UD SC cada día
Tratamiento	
Enoxaparina	1 mg/Kg cada 12 horas subcutáneo
Deltaparina	100 U/Kg cada 12 horas subcutáneo

### 11.6 Plan de cuidados por matró(a)

#### Objetivos

- Entregar a la usuaria una atención integral, de calidad y con enfoque a patología asociada.
- Prevenir complicaciones maternas derivadas de la TVP-TEP.

#### Personal Responsable

- Matró(a) clínica de la unidad

#### Actividades de Matró(a)

##### Usuaría con observación de TVP

- Categorización riesgo dependencia.
- Elaboración y supervisión del cumplimiento de plan atención integral.
- Vigilar cumplimiento de reposo indicado: deambulación precoz y reposo relativo con levantada asistida.
- Vigilancia de cumplimiento del régimen común u otro según corresponda.
- Control de signos vitales (Tº, FC y PA) cada 6 horas o antes SOS. Controlar frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno en mujer sintomática.
- Solicitar evaluación médica diaria y SOS.
- Evaluación de matró(a) diaria y según necesidad. Valorar estado general, condición obstétrica y sintomatología de TEP-TVP.
- Confección de tarjetero y supervisión de administración de medicamentos.
- Administración de medicamentos IV.

- Instalación y manejo de vía venosa, si corresponde.
- Administración de anticoagulante subcutáneo o endovenoso si corresponde.
- Supervisión de medidas anti embólicas (uso de medias).
- Supervisión de cumplimiento de plan de atención.
  - Aseo y confort.
  - Ducha diaria.
  - Uso de brazalete de identificación.
  - Medición de diuresis.
  - 1º levantada asistida.
  - Apoyo en la atención del RN.
  - Apoyo de lactancia.
  - Avisar en caso de dolor.
- Tramitar Interconsultas, órdenes de exámenes, recetas (verificar disponibilidad de medicamentos).
- Toma de exámenes de laboratorio.
- Educar sobre autocuidado acorde a su patología.
- Coordinación con otras unidades en caso de traslado de la usuaria y su RN.
- Dar indicaciones al alta.
  - Reposo relativo.
  - Régimen común.
  - Aseo genital frecuente y ducha diaria.
  - Acudir a urgencia gineco obstétrica y/o pediátrica SOS.
  - Educación sobre administración de anticoagulante vía subcutánea en su domicilio si procede.
  - Derivación a policlínico de Alto Riesgo y/u otros especialistas.
  - Control en centro de salud.
  - Otros: según indicación médica.

### **Usuaría con diagnóstico de TVP**

- Categorización riesgo dependencia.
- Elaboración y supervisión del cumplimiento de plan atención integral
- Vigilar cumplimiento de reposo absoluto.
- Vigilancia de cumplimiento régimen común u otro según corresponda.
- Control de signos vitales (Tº, FC, PA, FR, saturación de oxígeno) c/6 hrs o SOS.
- Solicitar evaluación médica diaria y SOS.
- Evaluación de matrón(a) diaria y según necesidad. Valorar estado general, condición obstétrica y sintomatología de TEP-TVP.

- Confección de tarjetero y supervisión de administración de medicamentos.
- Administración de anticoagulante subcutáneo o endovenoso según corresponda.
- Permeabilizar y manejo de vía venosa si procede.
- Supervisión de cumplimiento de plan de atención.
  - Aseo y confort.
  - Ducha diaria.
  - Uso de brazalete de identificación.
  - Medición de diuresis.
  - 1º levantada asistida y las siguientes, según indicación médica.
  - Apoyo en la atención del RN.
  - Apoyo de lactancia.
  - Avisar en caso de dolor o aumento de volumen de EEII.
  - Avisar en caso de disnea o dificultad respiratoria.
- Tramitar Interconsultas, órdenes de exámenes, recetas.
- Toma de exámenes de laboratorio.
- Educar sobre autocuidado acorde a su patología.
- Coordinación con otras unidades en caso de traslado de la usuaria y su RN.
- Dar indicaciones al alta.
  - Reposo relativo.
  - Régimen común.
  - Aseo genital frecuente y ducha diaria.
  - Acudir a urgencia SOS (gineco obstétrica y/o pediátrica).
  - Derivación a policlínico de Alto Riesgo y/u otros especialistas.
  - Educación sobre administración de anticoagulante vía subcutánea, en su domicilio si procede.

## Referencias

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Thromboembolism in pregnancy. ACOG Practice Bulletin 19. ACOG 2000; Washington, DC.
2. Arya R. How I manage venous thromboembolism in pregnancy. *Br J Haematol* 2011; 153:698.
3. Barbour LA. Current concepts of anticoagulant therapy in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997; 24:499.
4. Bates SM, Ginsberg JS. How we manage venous thromboembolism during pregnancy. *Blood* 2002; 100:3470.
5. Bates SM, Greer IA, Pabinger I, et al. Venous thromboembolism, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* 2008; 133:844S.
6. Bourjeily G, Paidas M, Khalil H, et al. Pulmonary embolism in pregnancy. *Lancet* 2010; 375:500.
7. Brown HL, Hiett AK. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy: diagnosis, complications, and management. *Clin Obstet Gynecol* 2010; 53:345.
8. Chang, J, Elam-Evans, LD, Berg, CJ, et al. Pregnancy-related mortality surveillance--United States, 1991--1999. *MMWR Surveill Summ* 2003; 52:1.
9. Greer, IA. Thrombosis in pregnancy: maternal and fetal issues. *Lancet* 1999; 353:1258.
10. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Task Force on Pulmonary Embolism, European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2000; 21:1301.
11. Heit, JA, Kobbervig, CE, James, AH, et al. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population based study. *Ann Intern Med* 2005; 143:697.
12. Hirsh, J, Bauer, KA, Donati, MB, et al. Parenteral anticoagulants: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* 2008; 133:141S.
13. James, AH, Jamison, MG, Brancazio, LR, Myers, ER. Venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period: incidence, risk factors, and mortality. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:1311.
14. Marik PE, Plante LA. Venous thromboembolic disease and pregnancy. *N Engl J Med* 2008; 359:2025.
15. Middeldorp S. How I treat pregnancy-related venous thromboembolism. *Blood* 2011; 118:5394.
16. Morris, JM, Algert, CS, Roberts, CL. Incidence and risk factors for pulmonary embolism in the postpartum period. *J Thromb Haemost* 2010; 8:998.
17. Prevention of venous thrombosis and pulmonary embolism. NIH Consensus Development. *JAMA* 1986; 256:744.
18. van Dongen, CJ, van den Belt, AG, Prins, MH, Lensing, AW. Fixed dose subcutaneous low molecular weight heparins versus adjusted dose unfractionated heparin for venous thromboembolism. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; :CD001100.

## VII. SALUD MENTAL EN EL POSPARTO

### 1. Salud mental en el posparto

Contrario a la creencia respecto de que el período perinatal sería una etapa protectora para la mujer en lo que concierne al inicio y reaparición de trastornos mentales, el puerperio constituye uno de los períodos de mayor riesgo para la presentación de este tipo de patologías. Esto principalmente dado por factores biológicos, basados en los cambios fisiológicos experimentados durante esta etapa, como también por elementos contextuales y psicosociales que afectan a la mujer.

La mujer presenta una mayor proporción de ciertos trastornos mentales comparado con el hombre, esto manifestado principalmente en la presencia de trastornos depresivos y ansiosos. Cifras nacionales respecto a la prevalencia de los trastornos afectivos, revelan que la mujer presenta dos veces más cuadros depresivos respecto al hombre (10,7% en mujeres y 4,9% en hombres respectivamente) y aproximadamente seis veces en lo que respecta a los trastornos ansiosos (12,8% en mujeres y 2,6% en hombres).<sup>(1)</sup> Datos de psicopatología durante el puerperio, muestran que el período del posparto es el de mayor riesgo de presentar psicopatología en la vida de la mujer. Estudios nacionales demuestran una prevalencia de 20,5% para cuadros depresivos en el puerperio.<sup>(2)</sup>

Tal información destaca la importancia de considerar el riesgo de presentar algún trastorno mental durante esta etapa, lo cual puede evitar consecuencias negativas tanto para la mujer como en el vínculo madre-hijo. Además, esto exige a los equipos de salud un trabajo conjunto y multidisciplinario para abordar apropiadamente estos cuadros, desde una pesquisa precoz hasta un oportuno y adecuado tratamiento.

### 2. Trastornos mentales en el posparto

#### 2.1 Trastornos afectivos

##### 2.1.1 Disforia posparto

El síndrome disfórico ("postpartum blues") es un cuadro transitorio, que se presenta durante los primeras 48 - 72 hrs. luego del parto. Caracterizado por marcada labilidad emocional, irritabilidad, ansiedad, insomnio y falta de apetito. Ocurre habitualmente en relación a los cambios hormonales propios de este período. Es un cuadro leve, autolimitado, que puede durar solo algunas horas o, a lo sumo, uno a dos días y es distinto de la depresión posparto.

Su abordaje es de psicoeducación, en la que se debe explicar a la mujer que es un cuadro autolimitado, que de ningún modo se trata de un fracaso para asumir el rol de madre. Incorporar en esta educación a la pareja o familiares de la puérpera, con el fin de evitar mensajes culpógenos o críticos del rol materno, junto con maximizar las instancias de apoyo y contención afectiva.

En caso de observación de este cuadro en puerperio, es importante consignarlo en la epicrisis e indicaciones de monitoreo en atención primaria.

Es importante considerar que, pese a ser un cuadro autolimitado, aproximadamente el 25% de las mujeres que lo presentan pueden desarrollar depresión posparto, por lo que es importante considerar los tiempos e intensidad de la sintomatología presente, para diferenciarlo de una depresión posparto.

Los factores de riesgo a considerar para la disforia posparto son:

- Síntomas depresivos durante el embarazo.
- Historia personal de depresión.
- Historia personal de trastorno disfórico premenstrual.

### 2.1.2 Depresión posparto

Se estima que más del 40% de las mujeres durante el posparto sufre síntomas depresivos-ansiosos inespecíficos y entre el 10 a 15 % desarrolla un episodio depresivo.<sup>(3)</sup> La incidencia de cuadros depresivos durante el puerperio es 8,8% y la prevalencia durante este periodo, puede llegar al 20,5%,<sup>(2)</sup> estimándose que aproximadamente el 50% de los cuadros depresivos se inician durante el embarazo.

No tratar la depresión en el posparto puede implicar efectos adversos de largo plazo para la mujer, como que este episodio puede constituirse en un precursor de depresión recurrente<sup>(4)</sup>. Y puede tener también consecuencias negativas para el vínculo madre-hijo.<sup>(5) (6)</sup> Existe consenso en la evidencia desde las neurociencias, respecto a que la depresión materna constituye una variable gatillante de estrés tóxico en el bebé, que a su vez puede impactar de manera significativa el funcionamiento y estructura de su cerebro en formación.

Asimismo, se sabe también que las intervenciones precoces de apoyo a la crianza y rol materno, tienen un efecto preventivo en la reducción del estrés parental y con ello en la aparición de sintomatología depresiva posparto y/o en la evolución de la misma.<sup>(7) (8)</sup> Por esta razón, es que cobran especial relevancia las estrategias educativas en torno a contenidos de crianza temprana, tales como: consuelo efectivo del llanto, manejo de cólicos, lactancia materna, fortalecimiento del apego seguro, entre otras.

La presentación sintomática de la depresión posparto, es similar a aquella depresión no vinculada al embarazo, exceptuando que el contenido puede estar centrado en el hecho de haber tenido un hijo.<sup>(4)</sup>

La depresión posparto se caracteriza por llanto, abatimiento, labilidad emocional, sentimiento de culpa, pérdida de apetito, problemas de sueño y sentimientos de incapacidad de hacer frente a las necesidades del bebé, problemas de memoria, fatiga e irritabilidad. Algunas mujeres pueden preocuparse de forma excesiva por la salud del bebé o verse a sí mismas como madres malas, inadecuadas o poco cariñosas.<sup>(4)</sup>

Los **factores de riesgo** que han mostrado asociaciones fuertes y consistentes con el desarrollo de la depresión posparto son:

- Historia personal o familiar de depresión.
- Antecedentes personales de depresión durante el embarazo.
- Antecedentes personales de ansiedad durante el embarazo.
- Antecedentes personales de depresión posparto.
- Acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo o el inicio de puerperio.
- Bajo nivel de apoyo social.

Respecto de la gravedad del cuadro depresivo, autores chilenos <sup>(9)</sup> señalan que las mujeres separadas o anuladas tienen una probabilidad cuatro veces mayor que las solteras de tener una depresión posparto más severa (según puntaje Escala de Depresión posparto de Edimburgo) y que aquellas que tienen más de un hijo, tienen una probabilidad dos veces mayor que las primíparas de tener un episodio más severo.

Para la **detección** de la depresión posparto, se utiliza la Escala de Edimburgo, la cual es autoaplicada, consta de 10 ítems y se encuentra validada para la población chilena con un punto de corte de 9/10 que determina posibles casos de depresión.

En un estudio realizado en Santiago <sup>(10)</sup> se encontró que la depresión posparto se asocia con grados importantes de discapacidad en la vida cotidiana de las mujeres. Por ello es importante incluir en el proceso de diagnóstico una evaluación funcional de la puérpera, con el fin de orientar el tratamiento a la reducción de la discapacidad asociada al cuadro depresivo.

Para el diagnóstico diferencial, es aconsejable considerar otras posibles entidades, principalmente alteraciones en las hormonas tiroideas.

La disforia posparto, es un trastorno transitorio, que aparece los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer día, durando sólo algunas horas y, a lo más, un día o dos. Se trata de un estado caracterizado por ansiedad, labilidad emotiva y, a veces, el ánimo depresivo, síntomas muy pasajeros, por lo que no se requiere de tratamiento. Se estima que se presenta en más del 60% de las puérperas.

El tratamiento de la depresión posparto, consiste en intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas, dependiendo de la severidad del cuadro.

Las intervenciones psicoterapéuticas se recomiendan para el tratamiento de la depresión leve a moderada, especialmente las líneas cognitivo conductual e interpersonal (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2012). Las sesiones de psicoeducación se deben orientar a explicar a la puérpera la naturaleza del trastorno, enfatizando en la reducción del sentimiento de fracaso en la tarea de asumir la maternidad.

En este ámbito, es relevante también considerar dentro de las acciones de tratamiento, la vinculación de la mujer y familia, con los recursos de apoyo disponibles en la red local Chile Crece Contigo (talleres parentales, servicios de asistencia telefónica en crianza, modalidades de apoyo al desarrollo infantil, entre otros).

Recursos de apoyo (disponibles en <a href="http://www.crececontigo.cl">www.crececontigo.cl</a> )
Fonoinfancia 800200818: Servicio de asistencia telefónica gratuita, atendido por psicólogos especialistas en temas de crianza, disponible en todo el país.
Directorio de modalidades de apoyo al desarrollo infantil Chile Crece Contigo.
Nadie es Perfecto (NEP)
Videos cápsulas educativas Manejo respetuoso del llanto Apego seguro

También puede ser de utilidad alterar mínimamente los ritmos circadianos, por lo cual es recomendable sugerir a la familia asistir a la puérpera en los cuidados nocturnos del hijo(a).

Frente a cuadros de mayor severidad, incluir fármacos al tratamiento puede ser necesario. Se debe realizar un análisis de la relación riesgo/beneficio en conjunto con la puérpera, considerando los favores de la lactancia materna, la importancia de tratar los cuadros depresivos y las consideraciones sobre el efecto de los fármacos que pasan a través de la leche materna, en el bebé, entre otros aspectos.

### Instrumento de tamizaje depresión posparto

Nombre instrumento	Período aplicación	Rango de edad	Puntaje de corte	Momento aplicación
Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo	Posparto	No descrito	9/10	2 y 6 meses

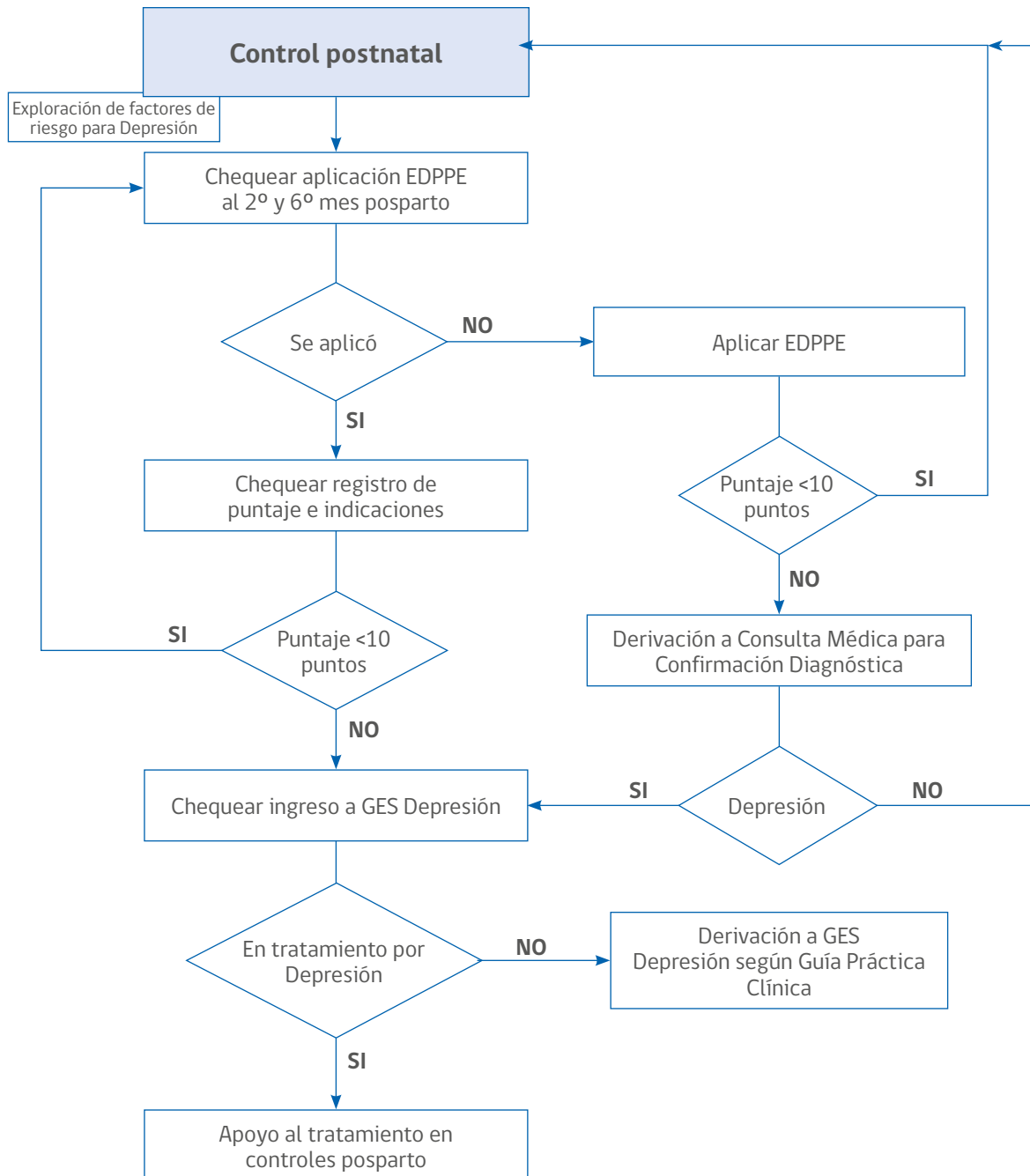
Fuentes: Alvarado, R. Guajardo, V. Rojas, G. Jadresic, E. "Informe final Validación de la Escala de Edimburgo para Embarazadas" diciembre 2012. Santiago. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1995 Dec; 16(4):187-91(29).

El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo es a las ocho semanas posparto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal. <sup>(30)</sup>

La escala explora qué ha sentido la madre durante la semana anterior. En caso de duda puede ser útil repetir la escala después de 2 semanas. Esta no detectará las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.



### Algoritmo Detección Depresión en el Posparto



Fuente: MINSAL. Dpto. Salud Mental.

**Acciones recomendadas:**

- Capacitación de profesionales del área obstétrica y neonatal en la detección y manejo de la Depresión.
- Es importante velar porque durante su estadía en puerperio, la madre sea reforzada en sus competencias y rol materno (particularmente en casos de parto traumático), se le entregue la información pertinente respecto a los cuidados físicos y emocionales del recién nacido, instalación de la lactancia, herramientas de consuelo del llanto y otras.
- Se recomienda también educar a la madre y familia respecto a las variantes normales de labilidad emocional, durante los primeros días, junto con los signos de alerta y criterios para consulta en centro de salud.
- Se requiere velar por el acceso a la evaluación psicosocial específica en los casos en que se sospeche depresión o exista el antecedente de cuadro depresivo durante la gestación.
- Es importante que los profesionales del área obstétrica y neonatal estén capacitados en los aspectos emocionales asociados al parto, parto y puerperio, enfatizando el rol de apoyo y contención que se espera del equipo de salud en este proceso.
- El control posparto integral a los 2 y 6 meses: contempla el monitoreo de la aplicación de la EPDS, aplicarla si no se ha aplicado, además de la detección y seguimiento del riesgo psicosocial, regulación de fertilidad según criterios de elegibilidad y salud sexual.

**La Matrona o Matrón deberá:**

- Verificar la aplicación de Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), registro de puntaje e indicación de intervención si corresponde, en ficha obstétrica y agenda salud de la mujer, en el control a los 2 y 6 meses posparto.
- Aplicar EPDS en control posparto a los 2 y 6 meses, si no se ha aplicado en otros controles de salud.
- Realizar monitoreo y seguimiento de la aplicación de EPDS a mujeres a los 2 y 6 meses posparto.
- Derivar al equipo de cabecera del Centro de Salud, cuando puntaje de EPDS sea sugerente de depresión posparto (10 o más puntos o puntaje distinto a 0 en la pregunta N° 10).
- Registro y seguimiento de las mujeres que están en tratamiento por depresión posparto, su evolución y crecimiento y desarrollo del niño.

## Escala Depresión de Edimburgo para embarazo<sup>1</sup> y posparto.<sup>2</sup>

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **SUBRAYE** la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

### En los últimos 7 días:

#### **1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:**

tanto como siempre  
no tanto ahora  
mucho menos ahora  
no, nada

#### **2. He disfrutado mirar hacia delante:**

tanto como siempre  
menos que antes  
mucho menos que antes  
casi nada

#### **\*3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:**

sí, la mayor parte del tiempo  
sí, a veces  
no con mucha frecuencia  
no, nunca

#### **4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:**

no, nunca  
casi nunca  
sí, a veces  
sí, con mucha frecuencia

#### **\*5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:**

sí, bastante  
sí, a veces  
no, no mucho  
no, nunca

#### **\*6. Las cosas me han estado abrumando:**

sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto  
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre  
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien  
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre

#### **\*7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:**

sí, la mayor parte del tiempo  
sí, a veces  
no con mucha frecuencia  
no, nunca

#### **\*8. Me he sentido triste o desgraciada:**

sí, la mayor parte del tiempo  
sí, bastante a menudo  
no con mucha frecuencia  
no, nunca

#### **\*9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:**

sí, la mayor parte del tiempo  
sí, bastante a menudo  
sólo ocasionalmente  
no, nunca

#### **\*10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:**

sí, bastante a menudo  
a veces  
casi nunca  
nunca

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la severidad creciente del síntoma. A los ítems marcados con un asterisco (\*) se les da un puntaje en orden inverso (3, 2, 1 y 0). El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

1 Alvarado, R. Guajardo, V. Rojas, G. Jadresic, E. Informe final Validación de la Escala de Edimburgo para Embarazadas. Santiago; 2012

2 Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. J Psychosom Obstet Gynaecol. diciembre de 1995;16(4):187-91

### Explicación de la Escala de Depresión de Edimburgo:

Es el instrumento de tamizaje para depresión más comúnmente usado durante el posparto, y también durante la gestación, en todo el mundo. Es una encuesta auto-administrada, desarrollada por Cox y colaboradores<sup>(1)</sup> en 1987. Fue diseñada específicamente para detectar síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente. Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, puntuadas de 0 a 3 de acuerdo a la severidad creciente de los síntomas. Se ha validado su uso en el posparto en Chile, determinándose que la mayor sensibilidad se logra con el punto de corte 9/10. Puntaje  $\geq 10$  = probable depresión posparto.

Su uso en el embarazo ha sido validado en Chile. Se recomienda usar el punto de corte 12/13. Puntaje  $\geq 13$  = probable depresión en el embarazo.

### Interpretación

EN EL POSPARTO
Una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto.
Cualquier puntaje distinto de cero 0 en la pregunta N° 10, requiere de evaluación adicional. Asegúrese que la mujer idealmente sea atendida en forma inmediata o como máximo dentro de 24 horas por profesionales de salud mental, que evalúen el ingreso a GES por depresión. Contacte y asegúrese que la mujer sea acompañada por un adulto, que entienda la situación y la importancia de la derivación, del tratamiento y de brindar apoyo en el cuidado de su hijo o hija.

### Instructivo para la aplicación de la Escala Depresión de Edimburgo para Posparto:

- Explicar a las puérperas que la depresión es una enfermedad frecuente en estas etapas de la vida y que tiene tratamiento, pero que es necesario detectarla lo más tempranamente posible
- Solicitar a la puérpera que marque con una X la alternativa que más se acerca a la forma en que se ha sentido en los últimos 7 días.
- Especificar que las 10 preguntas deben ser respondidas y que para cada pregunta debe marcar sólo 1 de las 4 alternativas.
- Si la puérpera tienen dificultades de lecto-escritura, el profesional o técnico lee las preguntas y las alternativas y espera la respuesta, si pasado un lapso prudente la gestante o puérpera no responde, se le repite la pregunta haciendo una pausa entre cada alternativa
- En todos los casos, se debe asegurar, que las respuestas provengan de la mujer.

## Referencias:

1. Vicente PB, Rioseco SP, Saldivia BS et al. Estudio chileno de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Revista médica de Chile, 2002; 130(5)-527-36.
2. Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes J, Neves E. La escala de Edimburgo para la detección de cuadros depresivos en el posparto. Rev Psiquiat 1992; 3-4: 1177-81.
3. Jadresic M E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr. diciembre de 2010;48(4):269-78.
4. Stewart DE, Robertson E, Dennis C-L, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. Tor. Univ. Heal. Netw. Women's Heal. Program Tor. Public Heal. [Internet]. 2003 [citado 26 de febrero de 2013]; Recuperado a partir de: [http://www.live.who.int/entity/mental\\_health/prevention/suicide/lit\\_review\\_postpartum\\_depression.pdf](http://www.live.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf)
5. Stein A<sup>1</sup>, Malmberg LE, Sylva K, Barnes J, Leach P. (2008). The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development. Child Care Health Dev. Sep;34(5):603-12.
6. Tronick, E. Z.; Weinberg, M. Katherine. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. En: Murray, Lynne (Ed); Cooper, Peter J. (Ed), (1997). Postpartum depression and child development. , (pp. 54-81). New York, NY, US: Guilford Press.
7. Knitzer, J.; Theberge, S.; Johnson, K. Reducing Maternal Depression and Its Impact on Young Children: Toward a Responsive Early Childhood Policy Framework (2008), National Center for Children in Poverty, Mailman School of Public Health.
8. Leigh, B.; Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. BMC Psychiatry 2008, 8:24
9. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev. Médica Chile. 2010;138(5):536-42.
10. Rojas G; Fritsch R; Solís J; González M; Guajardo V; Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. Rev Méd Chile 2006; 134 (6): 713-720
11. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987; 150: 782-6.
12. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. J Psychosom Obstet Gynecol 1995; 16:187-91
13. Karp, H. (2003). The happiest baby on the block. Ed. Bantam
14. Ministerio de Salud. Guía clínica AUGE 2013. Depresión en personas de 15 años y más.

### 2.3 Trastorno bipolar

El trastorno bipolar afecta en similar frecuencia tanto a hombres como a mujeres, aun cuando se ha reportado mayores tasas de ciclos rápidos, episodios depresivos y episodios con características mixtas en las mujeres.

Este es un período donde hay que prestar especial atención, pues el posparto es una etapa de mayor riesgo de recaídas para las mujeres con trastorno bipolar, existiendo además una asociación entre las psicosis puerperales y esta entidad.

Algunos predictores de recurrencia durante este periodo son:

- Diagnóstico de trastorno bipolar tipo II.
- Inicio precoz de la enfermedad.
- Número de recurrencias al año.
- Enfermedad reciente.
- Uso de antidepresivos.

El tratamiento del trastorno bipolar debe ser manejado por el equipo de la especialidad. Los pilares fundamentales del tratamiento, son la farmacoterapia (la cual debe ajustarse según la lactancia), psicoterapia y psicoeducación, siendo estos últimos eficaces, principalmente durante los episodios depresivos y de remisión de la enfermedad.

### 3. Trastornos de ansiedad

Tal como se ha mencionado, los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en hombres. Pese a esto, los trastornos ansiosos durante el puerperio han sido menos estudiados que los trastornos afectivos, por lo cual no existe demasiada literatura que oriente sobre las especificidades de su abordaje en este período. Sí es relevante recalcar, que los trastornos ansiosos se presentan muy frecuentemente junto a los trastornos afectivos, siendo muy relevantes durante el posparto.

En lo que respecta al trastorno de pánico, las mujeres con antecedentes personales pueden experimentar una exacerbación de los síntomas durante el posparto, mientras que en otras ocasiones, el posparto puede ser el inicio de este tipo de cuadros.

El posparto también incrementa el riesgo de exacerbación y aparición del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Para este período se ha descrito un subtipo de TOC con inicio en el tercer trimestre del embarazo, caracterizado por centrarse en el estado del neonato, existiendo síntomas obsesivos sin conductas compulsivas. Sin embargo, es muy importante considerar que los síntomas obsesivos son comunes en este periodo, sin que necesariamente exista un trastorno propiamente tal, por lo cual será necesaria una cuidadosa evaluación.

## 4. Trastornos psiquiátricos

### Esquizofrenia

Durante el periodo del posparto, aumenta el riesgo de descompensación, principalmente durante el primer año luego del parto, siendo más frecuente en los primeros 3 meses.

La tasa de recaídas, es aproximadamente 25 a 50% y los factores de riesgo durante este periodo son:

- Antecedentes de hospitalización superior a 3 meses.
- Mayor gravedad de la enfermedad.
- Sintomatología psicótica en los 6 meses previos al embarazo.

Debido a esta complejidad, es que las mujeres con esquizofrenia requieren de intervenciones de nivel de especialidad y multidisciplinaria, para el correcto manejo del cuadro.

### Psicosis posparto

Este trastorno, habitualmente se desarrolla entre el día 3 y 15 del posparto. Si se trata de mujeres con trastorno bipolar, la presentación de este cuadro puede darse desde el mismo día del parto.

**Constituye una emergencia psiquiátrica** que puede tener consecuencias graves sobre la seguridad de la vida de la madre y/o del bebé (riesgo de infanticidio y/o suicidio materno).

Habitualmente se inicia con inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño, evolucionando rápidamente hacia alteraciones del ánimo (depresión o ánimo exaltado), labilidad emocional, desajustes conductuales, delirios y alucinaciones. Puede cursar con alteraciones de conciencia.

Los factores de riesgo para presentar una psicosis posparto son:

- Antecedentes personales de trastorno bipolar.
- Antecedentes familiares y/o personales de psicosis posparto.
- Primiparidad.

El tratamiento exige un manejo en contexto hospitalario y es similar al de la psicosis, requiriendo manejo por equipo de la especialidad.

## 5. Consumo de alcohol y otras drogas

Aunque hay numerosos beneficios de la lactancia materna, el consumo de alcohol y otras drogas como marihuana, cocaína y anfetaminas, traspasa a la leche materna, observándose efectos en el bebé debidos a la exposición a estas sustancias, por lo que la decisión de amamantar debe hacerse sobre una base individual, después de informar a la mujer de los riesgos potenciales y beneficios. <sup>(14)</sup>

En particular, el alcohol en la sangre pasa a la leche materna. Y a pesar de la escasa evidencia disponible, profesionales de la salud han informado que, incluso a niveles relativamente bajos de consumo de alcohol, puede verse disminuida la cantidad de leche disponible y causar irritabilidad, falta de apetito y trastornos del sueño en el lactante. Si por casualidad la madre lactante ingirió alcohol, debe esperar un mínimo de tres a cuatro horas después de la última copa antes de amamantar de nuevo.

Por lo tanto, las mujeres consumidoras de alcohol y drogas deben ser alentadas a mantener la abstinencia durante la lactancia y ser asesoradas sobre los riesgos crecientes para los efectos neonatales.

Las mujeres que consumen drogas durante el período posparto, requieren apoyos adicionales del equipo de salud. Se pueden requerir visitas domiciliarias frecuentes para abordar la complejidad de necesidades médicas y psicosociales. Entre las áreas a revisar se incluyen las siguientes.<sup>(14)</sup>

- Apoyo a la lactancia materna.
- Seguimiento de otros problemas médicos, como afecciones al hígado e infecciones de transmisión sexual.
- Necesidad de utilización de métodos anticonceptivos.
- Vigilancia y derivación adecuada para el tratamiento de trastornos del estado de ánimo y/o de ansiedad posparto.
- Evaluación del uso de sustancias y motivación para asistir o continuar asistiendo a programas de tratamiento de drogas.
- Coordinación con servicios de protección de menores.
- Referencia y derivación asistida a atención primaria para la continuidad de cuidados
- Vinculación con redes comunales

Debido a las complicaciones asociadas al abuso de sustancias en el periodo de embarazo y posparto, es importante que el médico o equipo de atención sea capaz de detectar las señales clínicas o antecedentes que pueden indicar posibilidad de abuso de sustancias. En base a esto, pueden indicarse pruebas de drogas con el fin de proteger el cuidado de la madre y el recién nacido. Para ello, debe existir una comunicación clara y honesta con la mujer respecto a las pruebas de drogas, siendo informada sobre la naturaleza y el propósito de la prueba, y cómo sus resultados orientarán la gestión.<sup>(16)</sup>



La siguiente tabla resume algunas señales de alerta de consumo de sustancias en este período:

<b>Patrones de Comportamiento</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Sedación</li> <li>▸ Euforia</li> <li>▸ Agitación</li> <li>▸ Agresión</li> <li>▸ Aumento actividad física</li> <li>▸ Ansiedad y nerviosismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Irritabilidad</li> <li>▸ Desorientación</li> <li>▸ Ideación/ intento suicida</li> <li>▸ Promiscuidad sexual</li> <li>▸ Ocultar información</li> <li>▸ Desconfianza</li> </ul>
<b>Signos físicos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Aliento a alcohol</li> <li>▸ Inflamación/erosión mucosa nasal, hemorragias nasales</li> <li>▸ Escaras, lesiones</li> <li>▸ Hipertensión</li> <li>▸ Taquicardia/ bradicardia</li> <li>▸ Temblores</li> <li>▸ Dificultad en el habla</li> <li>▸ Negligencia personal o falta de higiene</li> <li>▸ Enfermedades hepáticas o renales</li> <li>▸ Goteo nasal</li> <li>▸ Tos crónica</li> <li>▸ Queilosis</li> <li>▸ Dilatación de las pupilas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Tics nerviosos (por ejemplo se chupa los labios, nerviosismo, golpecitos con el pie)</li> <li>▸ Movimientos oculares rápidos</li> <li>▸ Disfunción reproductiva (hipogonadismo, menstruación irregular, aborto involuntario, infertilidad, síndrome de alcoholismo fetal)</li> <li>▸ Baja ganancia de peso</li> <li>▸ Mal estado nutricional</li> <li>▸ Abuso físico</li>   <li>▸ Infecciones de Transmisión sexual</li> <li>▸ Historia de bajo peso al nacer o parto prematuro</li> </ul>
<b>Signos psicológicos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Pérdida de la memoria</li> <li>▸ Depresión</li> <li>▸ Ansiedad</li> <li>▸ Pánico</li> <li>▸ Paranoia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Cambios inexplicables o repentinos del estado de ánimo</li> <li>▸ Cambios en la personalidad</li> <li>▸ Cambios intelectuales</li> </ul>
<b>Alertas en exámenes de laboratorio</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ MCV sobre 95</li> <li>▸ MCH, GGT, SGOT elevados, bilirrubina, triglicéridos</li> <li>▸ Anemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Examen toxicológico de orina positivo</li> <li>▸ Test de infecciones de transmisión sexual (HIV, hepatitis C, Sífilis)</li> </ul>

Fuente: Screening for Substance Abuse During Pregnancy. Vermont Department of Health. 2009

## 6. Lactancia materna y psicofármacos

Cada vez son más frecuentes las consultas respecto al uso de fármacos y lactancia. Esto debido a que por un lado, cada día son más explícitos los múltiples beneficios de la lactancia materna, pero por otro lado existe conocimiento de que una cantidad importante de los fármacos o sustancias utilizadas por las mujeres pasan al neonato/lactante a través de la leche y generan dudas respecto al potencial daño que pudiesen generarle.

### Párrafo FDA y paper 2014

Si bien, frente a esta situación se requiere dar una respuesta clara y bien documentada, es necesario considerar varios elementos, para lo cual es de suma relevancia sopesar los riesgos y beneficios de cada situación en particular para llegar a decisiones acertadas. Dentro de los factores a considerar se encuentra la necesidad y condición de la mujer que amerita el uso de un determinado fármaco (gravedad, cronicidad y otras), los potenciales efectos del fármaco sobre la producción de leche, la cantidad de droga que es excretada por la leche, el nivel de absorción oral por parte del neonato/lactante y los potenciales efectos adversos sobre este último. La edad del lactante es otro elemento relevante, pues los efectos adversos de una droga vía lactancia, ocurren principalmente en neonatos/lactantes menores de 2 meses y más raramente en los mayores de 6 meses, esto debido principalmente a factores como la inmadurez de la función hepática y renal.

Además, las condiciones específicas de los neonatos/lactantes respecto edad gestacional al nacimiento, presencia de enfermedades metabólicas u otras condiciones de salud del mismo, son tan importantes de considerar como las mismas condiciones de la mujer en este balance riesgo beneficio.

Por otro lado, es necesario destacar que la literatura referida a fármacos y lactancia durante el puerperio, es relativamente escasa y es más habitual que sea referida a todo el período de la lactancia durante el posparto, haciendo en ocasiones ciertas consideraciones respecto de la etapa específica en la que ocurre ésta. En la literatura existen posturas que pueden ser más o menos flexibles respecto al uso de psicofármacos durante la lactancia, por lo cual en las tablas siguientes se presentarán los niveles de seguridad de los diferentes grupos de psicofármacos según las guías elaboradas por la Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia.

## Antidepresivos

Fármaco	Clasificación de la Academia Americana de Pediatría	Categoría de Riesgo durante la lactancia
<b>Antidepresivos Tricíclicos</b>		
Amitriptilina	Desconocido, preocupación	L2
Clomipramina	Desconocido, preocupación	L2
Imipramina	Desconocido, preocupación	L2
<b>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)</b>		
Citalopram	No disponible	L3
Escitalopram	No disponible	L3 en lactantes
Fluoxetina	Desconocido, preocupación	L2 en lactantes y L3 en neonatos
Paroxetina	Desconocido, preocupación	L2
Sertralina	Desconocido, preocupación	L2
<b>Otros Antidepresivos</b>		
Bupropion	Desconocido, preocupación	L3
Duloxetina	No disponible	No disponible
Mirtazapina	No disponible	L3
Trazodona	Desconocido, preocupación	L2
Venlafaxina	No disponible	L3

Extraído y adaptado de Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Use of Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation.

L1: lo más seguro; L2: seguro; L3: moderadamente seguro; L4: posiblemente peligroso; L5: contraindicado.

## Ansiofíticos e Hipnóticos

Fármaco	Clasificación de la Academia Americana de Pediatría	Categoría de Riesgo durante la lactancia
<b>Benzodiacepinas</b>		
Alprazolam	Desconocido, preocupación	L3
Clordiazepoxido	No disponible	L3
Clonazepam	No disponible	L3
Diazepam	Desconocido, preocupación	L3
Lorazepam	Desconocido, preocupación	L3
<b>Ansiofíticos e Hipnóticos no Benzodiacepínicos</b>		
Hidrato Cloral	Compatible	L3
Eszopiclona	No disponible	No disponible
Zolpidem	No disponible	L3

Extraído y adaptado de Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Use of Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation.

L1: lo más seguro; L2: seguro; L3: moderadamente seguro; L4: posiblemente peligroso; L5: contraindicado.

### Estabilizadores del ánimo y Anticonvulsivantes

Fármaco	Clasificación de la Academia Americana de Pediatría	Categoría de Riesgo durante la lactancia
Carbonato de Litio	Contraindicado	L4
Ácido Valproico	Compatible	L2
Carbamazepina	Compatible	L2
Lamotrigina	Desconocido	L3

Extraído y adaptado de Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Use of Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation.

L1: lo más seguro; L2: seguro; L3: moderadamente seguro; L4: posiblemente peligroso; L5: contraindicado.

### Antipsicóticos

Fármaco	Clasificación de la Academia Americana de Pediatría	Categoría de Riesgo durante la lactancia
Clorpromazina	Desconocido, preocupación	L3
Haloperidol	Desconocido, preocupación	L2
Aripiprazol	No disponible	L3
Clozapina	Desconocido, preocupación	L3
Olanzapina	No disponible	L2
Quetiapina	Desconocido, preocupación	L4
Risperidona	No disponible	L3
Ziprasidona	Desconocido, preocupación	L4

Extraído y adaptado de Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Use of Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation.

L1: lo más seguro; L2: seguro; L3: moderadamente seguro; L4: posiblemente peligroso; L5: contraindicado.

## Referencias

1. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, Va.: American Psychiatric Association; 2013.
2. Bravo Ortiz MF, Sáiz Ruiz J, Bobes García J, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Manual del residente en psiquiatría. [Madrid]: ENE Life; 2010.
3. Carvajal C; Florenzano R; Weil K. Psiquiatría. Segunda Edición. Mediterráneo Santiago - Buenos Aires; 2008.
4. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Use of
5. Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation. FOCUS J Lifelong Learn Psychiatry. 1 de julio de 2009;7(3):385-400.
6. D Stewart, E Robertson, C Dennis, Grace S, & T Wallington. (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. University Health Network Women's Health Program. Recuperado a partir de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/lit\\_review\\_postpartum\\_depression.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf)
7. Drugs C on. The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk. Pediatrics. 9 de enero de 2001;108(3):776-89.
8. Health, N. D. of. (2006). National Clinical Guidelines for the Management of Drug Use During Pregnancy, Birth and the Early Development Years of the Newborn. Publication. Recuperado 2 de abril de 2014, a partir de [http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2006/ncg\\_druguse.html](http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2006/ncg_druguse.html)
9. Jadresic M E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. diciembre de 2010;48(4):269-78.
10. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev Médica Chile. 2010;138(5):536-42.
11. Rojas C., G., Fritsch, R., Solís G., J., González A., M., Guajardo T, V., & Araya B., R. (2006). Quality of life of women depressed in the post-partum period. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/2250/5348>
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2012). Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline. Edinburgh.
13. Sachs HC. The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics. Pediatrics. 26 de agosto de 2013;peds.2013-1985.
14. Suzanne Wong, Alice Ordean, & Meldon Kahan. (2011). Substance Use in Pregnancy. J Obstet Gynaecol Can, 256, 367-384.
15. Vicente P B, Rioseco S P, Saldivia B S, Kohn R, Torres P S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Rev Médica Chile. mayo de 2002;130(5):527-36.
16. Washington State, & Department of Health. (2009). Screening for Substance Abuse During Pregnancy. Recuperado a partir de [http://www.med.uvm.edu/vchip/Downloads/ICON%20-%20SCREENING\\_FOR\\_PREGNANCY\\_SUBABUSE.pdf](http://www.med.uvm.edu/vchip/Downloads/ICON%20-%20SCREENING_FOR_PREGNANCY_SUBABUSE.pdf)

## 7. Duelo perinatal

### 7.1 Introducción

El duelo, proceso psicológico desencadenado por la muerte del hijo/a en periodo perinatal es un duelo subestimado en magnitud y secuelas.

Subestimado en magnitud, porque la definición actual de pérdida perinatal se refiere a cualquier pérdida después que se confirma el embarazo, los abortos espontáneos tempranos y los fracasos de fertilización asistida son vivenciados con tanto dolor como la muerte fetal y neonatal.

Las pérdidas tempranas y los fracasos de fertilización, corresponden a la pérdida del bebé imaginario y el derrumbe de la ilusión de la maternidad. Estos duelos no son públicamente reconocidos ni socialmente expresados, no hay nacimiento ni rituales fúnebres, no quedan objetos concretos que puedan avalar su existencia, vividos en silencio, permanecen como un trauma escondido que menoscaba la salud de la mujer.

Subestimado respecto a sus secuelas, porque el duelo en el período perinatal tiene un riesgo elevado de evolución patológica. Los estudios internacionales refieren cifras de 20-40% de duelo patológico y la clínica muestra secuelas perdurables, que se extienden más allá de la puérpera, al grupo familiar actual y transgeneracional. Por ambas razones, el duelo constituye un problema de salud pública y mental que merece la integración de conocimientos de ciencias de la conducta, en el tratamiento institucional del tema.

**Tabla 1: Monitorear tasas de mortalidad**

Pérdida tempranas
Aborto espontáneo
Abortos
Fracasos de Fertilización Asistida
Pérdida tardías
Aborto espontáneo
Muerte fetal
Muerte neonatal

### 7.2 Definición y características generales del duelo

El duelo es un proceso de reajuste psicológico, conductual y social frente a la pérdida de la persona amada u objeto significativo.

El proceso de elaboración del duelo, ha sido sistematizado por varios autores, J. Bowlby, pionero de la teoría del apego, describe las siguientes fases del duelo que tienen carácter universal.

#### **Fase de shock emocional:**

Se caracteriza por embotamiento, incredulidad, negación y descargas aflictivas intensas. Los deudos la describen como una pesadilla de la cual van a despertar. La asimilación de información se dificulta, por lo que es necesario que los profesionales estén disponibles para reiterar la información pertinente al fallecimiento.

**Fase de búsqueda de la figura perdida:**

A las pocas semanas, comienza a imponerse progresivamente la realidad de la pérdida cual retazos de claridad dolorosa entre brumas de incredulidad y negación, creando la brevísima ilusión que no es cierto. Junto a la tristeza y accesos de llanto provocado por todo lo que recuerda la pérdida, emerge la frustración, la rabia, la cólera dirigida contra otros o contra sí mismo, junto a sentimientos de culpa y miedo. Los padres refieren frecuentemente actividad onírica y pseudopercepciones centradas en la imagen del hijo fallecido. La rabia y el sentimiento de injusticia pueden orientar la culpa de la muerte a los profesionales y originar demandas al equipo médico.

**Fase de desorganización:**

Se caracteriza por que se impone la dolorosa realidad e irreversibilidad de la muerte. Se acompaña de sentimientos de desesperanza, soledad y afectos depresivos. No siempre es fácil diferenciar de un trastorno del ánimo.

**7.3 Fase de reorganización**

Se comienza a consolidar el reajuste, renace la esperanza junto a la nostalgia y se abre la disponibilidad a nuevas relaciones. Las muertes quedan inscritas en la historia familiar y perduran en la memoria, como se aprecia en los homenajes de aniversario.

El duelo se acompaña de síntomas agudos emocionales y psicofisiológicos tales como: descargas de aflicción, ansiedad, irritabilidad, hostilidad, culpabilidad, molestias digestivas y respiratorias, astenia, variaciones del apetito y sueño, alteraciones del ritmo cardíaco, disminución de las funciones cognitivas y depresión del sistema inmunológico, que se expresa en mayor susceptibilidad a infecciones especialmente respiratorias. La perturbación crónica puede traer complicaciones de diversa gravedad, entre ellas modificaciones endocrinas y depresión prolongada del Sistema Inmunológico.

El duelo no es sin embargo una enfermedad, es un proceso vivencial normal largo que puede durar más de un año. Las fases no son lineales, oscilan y se reactivan en fechas aniversario, fecha de muerte, fecha de nacimiento anunciado, fecha real de nacimiento prematuro.

**7.4 Factores de riesgo del duelo perinatal****Generales**

La muerte en el período perinatal constituye siempre un evento vital con un riesgo elevado de evolución patológica por varias razones que expongo a continuación.

Escapa radicalmente al eje diacrónico del ciclo vital familiar, incluso se puede dar la paradoja que la muerte antecede al nacimiento, se induce el parto de un bebé muerto, los rituales de nacimiento dan paso a rituales de muerte que no siempre se cumplen a cabalidad. La madre, no siempre tiene acceso al contacto físico con el bebé muerto y a los funerales, depende de la edad gestacional de la pérdida y las prácticas institucionales. En pérdidas fetales tardías y neonatales, vuelve al hogar con el vientre y los brazos vacíos, la fisiología puerperal, como la secreción láctea sigue su curso subrayando la ausencia del bebé al igual que los preparativos que se habían realizado para recibir al hijo/a, en vez de alegría y felicitaciones hay pesar y evitación por parte de amigos. Las pérdidas tempranas pasan desapercibidas facilitando mecanismos de negación.

La elaboración de duelo es dificultada por la ausencia de una persona tangible toda vez que la madre no haya tenido acceso al cuerpo concreto y a los rituales fúnebres para elaborar la pérdida. Con la pérdida la madre sufre el derrumbe de los sueños y expectativas que la acompañaron durante el embarazo, muere el bebé imaginario y el real, afronta la pérdida de una parte de sí misma, en la medida que el bebé formaba parte de su cuerpo y su mente.

### Específicos

La evolución del duelo, es fuertemente influida por la calidad del proceso de vinculación materno fetal, rechazo inicial, ambivalencias, intenciones frustradas de abortos intensifican los sentimientos de culpabilidad, contribuyendo a complicar el duelo. El tipo de relación con la pareja, su propia experiencia de crianza, la red de apoyo familiar y social junto al tratamiento institucional, son variables que balancean la dirección normal o patológica del proceso de duelo.

- No tener otros hijos.
- Problemas psiquiátricos previos.
- No tener explicación para el aborto o la muerte.
- Pérdidas recurrentes.
- Parto prematuro.
- Pérdida del primer hijo.
- Malas relaciones conyugales.
- Falta de apoyo social.

### Frente a la muerte

- Ausencia de reacción inicial.
- Ausencia de contacto con el bebé.
- Conductas de Evitación de la red familiar e institucional.

Si bien el duelo inicial no debiera ser patologizado, los factores de riesgo de la pérdida perinatal y su significado traumático ameritan que sea guiado y apoyado por los profesionales, para aumentar la probabilidad que su evolución sea saludable y prevenir un duelo patológico.

### 7.5 Evolución patológica del duelo perinatal

La prevalencia de duelo patológico varía entre 20%-40% según los estudios internacionales. El duelo patológico puede tener expresión psicopatológica, psicofisiológica, obstétrica, vincular y transgeneracional. Afecta a la madre, al padre y hermanos.

El duelo patológico se produce cuando el proceso se detiene en una de las fases anteriormente descritas. La negación puede llevar a enfermedad mental, a embarazarse rápidamente con alta probabilidad de presentar complicaciones obstétricas y vinculares. El duelo se puede hacer crónico en la segunda fase por sentimientos ambivalentes hacia el futuro bebé, la culpa entorpece la fluidez de las emociones normales, ligadas al dolor de la pérdida. También se puede hacer crónico en la fase 3 y confundirse con una depresión.

Investigaciones refieren una mayor frecuencia de trastornos de ansiedad y de depresión puerperal en el próximo embarazo luego de una muerte perinatal. Otras complicaciones posibles, son los cuadros de trastorno por estrés postraumático y episodios de micropsicosis. Con menor frecuencia, se puede presentar una amnesia disociativa.



En los padres se observan conductas de adicción, alejamiento del hogar e infidelidad. Como las evoluciones de los sentimientos de los padres suelen ser diferentes, se constata conflicto de parejas y separaciones, luego de una muerte perinatal, lo que es estadísticamente significativo, respecto a la población general.

### **Complicaciones en los niños**

En los hermanos del bebé fallecido, se observan trastornos afectivos y comportamentales cuando no se les ha dado el tratamiento adecuado. Junto a la pena esperable, pueden sentir mucha angustia, cólera y culpabilidad anclada en la fantasía de los años preescolares. Pueden tener sentimientos de abandono y miedo de morir. Pueden presentar ansiedad, enuresis, fobias, entre otros trastornos según su edad.

La prevención de estos trastornos, reside en el conocimiento preciso de la pérdida, en un lenguaje comprensible para su edad, la participación en rituales funerarios acompañado de la presencia reconfortante de un familiar.

### **Complicaciones en un nuevo embarazo**

El nuevo embarazo que cursa con un duelo en evolución o no resuelto es de alto riesgo obstétrico, psicológico y vincular. El miedo y la ansiedad que invaden el funcionamiento de la mujer, especialmente en fechas aniversario, aumentan los trastornos psicofisiológicos como crisis hipertensivas, la probabilidad de abortos y partos prematuros, predisponiendo a nuevas pérdidas.

Uno de los riesgos principales del embarazo siguiente, es otra pérdida perinatal, el riesgo aumenta al doble después de una muerte fetal tardía y tres veces más después de dos muertes fetales tardías. Otra vez complicaciones somáticas de bebé son: retardo de crecimiento intra uterino, alteración cardíaca del feto en el parto y en el neonato, trastornos respiratorios.

El miedo de los padres a una nueva pérdida, está presente en diferentes grados, se reactiva en fechas claves y en situaciones de rememoración del evento traumático como por ej., visita al hospital, examen obstétrico.

La ansiedad es persistente y más grave si el nuevo embarazo ocurre muy poco tiempo después de la pérdida.

### **Complicaciones vinculares en hijos ulteriores**

El riesgo de trastorno de la vinculación ya sea por inhibición del apego o por inhibición del duelo, es alto.

En la medida que tanto el proceso de duelo, como el proceso de vinculación requiere de un trabajo psíquico muy intenso, si el nuevo embarazo cursa aun dentro del período de duelo, se produce psicodinámicamente una competencia entre los procesos de duelo por la pérdida perinatal y el proceso de vinculación con el bebé de la gestación actual. Frente a esto puede ocurrir una de dos situaciones. La madre puede interrumpir el trabajo de duelo, dejarlo entre paréntesis, priorizando el proceso de vinculación o puede continuar el trabajo de duelo, inhibiendo la vinculación con el bebé actual.

El miedo a perder otro hijo, inhibe el proceso de vinculación con el nuevo bebé. Esta inhibición, a menudo tiende a desaparecer cuando pasa la fecha de la muerte anterior, pero cuando el duelo está complicado perdura.

La ausencia de bebé imaginario, la atención ansiosa a los movimientos fetales, la falta de preparativos para recibir al bebé, crisis de pánico, consultas reiteradas a los especialistas en búsqueda de seguridad, son indicadores pesquisables por profesionales perinatales.

A veces un problema menor del embarazo, una mala interpretación, puede provocar el duelo anticipado por miedo a una nueva pérdida, provocando culpa posterior.

En otras mujeres, prima la inhibición del duelo que queda en suspenso y la imagen del bebé del embarazo actual se sobrepone a la imagen del bebé perdido, gestándose el niño de reemplazo. El niño de reemplazo o sustitución de la figura perdida, es un niño que tiene hipotecado su desarrollo saludable ya que no es confirmado en sí mismo. Tiene alto riesgo de ser maltratado y/o sufrir trastornos de identidad.

### **Transmisión transgeneracional del duelo perinatal**

El duelo no resuelto de la madre, puede reactualizarse durante el embarazo de su hija. La transmisión inconsciente de las emociones de la madre a su hija, puede generar trastornos de ansiedad grave y síntomas psicóticos durante su perinatalidad.

### **Descubrimiento clave**

Las investigaciones reportan que el duelo no resuelto en la madre, es factor predictor de apego desorganizado en la progenie. Cabe recordar que este tipo de apego presenta alta correlación con desarrollos psicopatológicos graves, como son los trastornos de personalidad.

## **7.6 Prácticas institucionales**

Hasta la década del 70, las prácticas de atención no incorporaban el diagnóstico de duelo en las muertes perinatales. Las conductas y actitudes vigentes se regían por mecanismos evitativos de los profesionales, entre ellas: sedación con psicofármacos, aislamiento de la madre, delegación de la información a otro profesional o turno con resultados a veces contradictorios en la información dada a los padres, bloqueo de la reacción emocional y banalización de la repercusión emocional, consolando con un futuro embarazo, privación del contacto con el bebé fallecido y omisión de ritos funerarios. Las proposiciones del cambio de prácticas, surgen de la literatura médica anglosajona que describe los trastornos psiquiátricos en las familias expuestas y denuncia "la conspiración de silencio de la práctica médica, que se correlacionaba con un bajo grado de satisfacción de los usuarios. En 1983 la Sociedad de Pediatría canadiense propone el término de pérdida perinatal, para todos los fracasos de la gestación y en 1985 el Royal Collage del Reino Unido publica las guías de atención frente a la muerte perinatal.

En Chile, la conspiración del silencio se prolonga hasta mediados de la década del 90, en que se creó el programa psicosocial de duelo en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HBLT.

Para los profesionales de la salud, anunciar la muerte de un bebé no es fácil, se contraponen al deseo de otorgar salud a la gestante y al bebé, pone límites a los logros biomédicos y nos contacta con nuestros propios duelos. La conspiración del silencio, calza con los mecanismos de defensa evitativos de los profesionales y esto se traduce en desinterés, frases y gestos que no se ajustan a la vivencia dolorosa de la mujer y que a menudo son reportados por las usuarias en la atención de los duelos patológicos.

Impulsar una práctica institucional que favorezca el duelo, pasa por cambiar las normas de funcionamiento, conductas y actitudes de profesionales y funcionarios.

**Tabla 2: Actitudes y conductas en 110 situaciones de duelo manejadas espontáneamente y en 75 manejadas con programa psicosocial. Servicio Obstetricia y Ginecología HBLT (1995)**

Sin Programa	Con Programa
▸ Bloqueo de Reacción emocional	▸ Incentivación de catarsis
▸ Privación de contacto con bebé fallecido	▸ Contacto visual y táctil
▸ Información contradictoria a la mujer	▸ Transmisión coherente
▸ Sedación de la mujer con fármacos	▸ Tratamiento si hay síntomas severos
▸ Aislamiento de la mujer	▸ Acompañan familiares o persona significativa
▸ Omisión de ritos funerarios	▸ Incentivación a ellos
▸ Consuelo con próximo embarazo	▸ Sugerencia de postergar el embarazo.
<b>Facilita negación del duelo</b>	<b>Facilita elaboración del duelo</b>
<b>Grado de satisfacción usuario: Baja</b>	<b>Alta</b>

### Objetivos de una práctica institucional adecuada

- Vencer la incredulidad: El anuncio de aborto y muerte debe ser categórico para que no deje lugar a duda. Compartir las evidencias del diagnóstico médico es útil.
- Favorecer la elaboración del duelo.
- Seguimiento para guiar evolución.

### Conductas y actitudes en situaciones de muerte perinatal

#### a. Comunicación clara, consistente y personalizada

- Cuidar la comunicación verbal y gestual.
- Los padres pueden necesitar escuchar la información más de una vez, en un lenguaje claro y sencillo, adecuado a su nivel de educación.
- Se deben evitar los eufemismos y juicios de valor.
- Se debe usar la palabra muerte con los padres.
- Se debe preguntar si el feto tiene o tenía nombre para personalizarlo.
- Aclarar dudas y despejar culpas.
- Cuidar la coherencia de la transmisión de información, a los diferentes miembros del equipo de salud y cambios de turnos.

#### b. Apoyo verbal y emocional

- Facilitar la expresión emocional y acogerla.
- Contención emocional.
- Escucha activa.
- Mostrar disponibilidad para acompañar.

- Mantener a la mujer en una sala sin recién nacidos, con acompañamiento permanente de familiares o persona significativa.
- Facilitar red de apoyo.
- Evaluar la inhibición gradual de la lactancia, ya que la supresión brusca de la prolactina, puede acentuar afectos depresivos.

#### **c. Conductas respecto al bebé fallecido**

- Incentivar a los padres para el contacto visual y táctil con el bebé fallecido, sin forzarlos y respetar si no desean hacerlo. Si tienen temor de su apariencia, se les describe como es físicamente, mientras se lo mantiene en brazos.
- La mayoría de los padres valoran el poder tomar en brazos a su hijo, incluso si tienen dudas en un inicio.
- Elaborar recuerdos del bebé: ecografías, pulsera de identificación fotos, huellas plantares.
- Informar y facilitar trámites para la sepultación. Se entregará información clara, verbal y escrita, en relación a pasos a seguir para cumplir con las disposiciones legales de la sepultación de su hijo fallecido.
- Trasladar el bebé fallecido a anatomía patológica (AP), una vez que los padres se hayan despedido del RN.
- Explicar la necesidad de autopsia si procede, de acuerdo a las Normas Técnicas vigentes, en relación a las auditorías de muerte, en el menor de un año de edad.
- Concertar con AP el plazo para retirar el cuerpo del bebé.
- Considerar la recuperación de la puérpera para que participe en el ritual fúnebre
- Si los padres se niegan a la autopsia, ésta no podrá ser realizada y se deberá extender el certificado de defunción.

#### **d. Orientar en la toma de decisiones**

- Los padres a veces no han pensado en recoger recuerdos, en los rituales, o si quieren ver o nombrar a su bebé, es útil sugerirles que tengan estas opciones.
- Explicitar el aporte de la autopsia en el diagnóstico de la causa de muerte
- Informar el derecho a pedir diferentes tipos de análisis complementarios, como estudios genéticos.

#### **e. Antes del alta:**

- Anticipar posibles dificultades conversando con ambos padres.
- Conservar los preparativos realizados para recibir al bebé en el hogar, constituye una prueba de realidad, que aunque dolorosa, favorece la evolución del duelo.

#### **f. Seguimiento médico y atención psicológica y social**

- Entrega de informe de autopsia y riesgos de recurrencia de una determinada patología en futuros embarazos (consejo genético).
- Indicar anticoncepción personalizada.
- Guiar un trabajo de duelo normal.
- Informar a los padres de los grupos locales de apoyo para padres en duelo.
- Evaluar la evolución del duelo.

### El equipo de salud en el escenario perinatal

El equipo de salud en el escenario perinatal dispuesto a cumplir este protocolo satisfactoriamente, deberá cumplir las siguientes condiciones:

- Capacitarse para introducir las conductas y actitudes descritas (al menos una dupla por turno).
- Fomentar el trabajo en red interdisciplinaria.
- Autocuidarse para prevenir Síndrome de Burnout.

### 7.7 Recomendaciones

Las prácticas de atención, pueden facilitar o entorpecer la elaboración del duelo, en lo inmediato, es necesario acoger la expresión emocional, pena y llanto, los padres requieren que se les escuche atentamente, recibir la misma información muchas veces, ya que en la primera etapa del duelo, las personas están en shock emocional.

La elaboración del duelo normal se facilita si se propone el contacto visual y táctil con el bebé muerto, se incentivan los ritos funerarios, se incentiva a los padres a guardar recuerdos tangibles del bebé: ecografías, brazaletes de identificación, fotos los que son muy apreciados posteriormente por los padres.

En lo mediato, hay que sugerir la postergación de un nuevo embarazo hasta la elaboración adecuada del duelo alrededor de un año. Es prudente planificar el nuevo embarazo evitando “superponer” las fechas de los dos embarazos para prevenir las reacciones aniversarios.

La duración del duelo perinatal y el prolongado tiempo de latencia antes de que las complicaciones se hagan evidentes, necesitan el trabajo de interfase en red multidisciplinario de obstetras, neonatólogos, matronas (es), genetistas, psicólogos, anatomopatólogos y asistentes sociales. El psiquiatra queda como profesional de segunda línea para las situaciones clínicas complejas.

### Referencias

1. Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21(2):249-59.
2. Bowlby J. *La pérdida Afectiva Tristeza y Depresión* Vol.3 Ed.Paidos B.Aires 1983
3. Bourne, S. and Lewis, E. Delayed psychological effects of perinatal deaths: the next pregnancy and the next generation. *Br. Med. J.*, 1984,289, 147-148.
4. Cain, A.C., Erikson, M.E., Fast, I. and Vaughan, R.A. Children’s disturbed reactions to their mother’s miscarriage. *Psychosom. Med.*, 1964, 26, 58-66.
5. Canadian Paediatric Society. Fetus and Newborn Committee. Support for parents experiencing perinatal loss. *Can. Med. Assoc. J.*, 1983, 129, 335-339.
6. Cordero M, Palacios P, Mena P. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista Chilena de Pediatría* 2004;75: 67-74.
7. Cullberg, J. Reactions to perinatal mortality. (I) Psychic sequelae in the woman. *Lakartidningen*, 1966, 63, 3980-3986.

8. Davies R. New understandings of parental grief: literature review. *J Adv Nurs* 2004; 46:506-13.
9. Gold KJ, Dalton VK, Schwenk TL. Hospital care for parents after perinatal death. *Obstet Gynecol* 2007; 109:1156-66.
10. Gold KJ. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *J Perinatol* 2007; 27:230-7.
11. Guyotat, J. *Mor/naissance et filiation: Etudes de psychologie sur le lien de filiation*. Paris: Masson, 1980.
12. Hernández G, Kimelman M, Montino O; Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. *Rev Méd Chile* 2000; 128, 1283-9.
13. Hughes P, Turton P, Hopper E, McGauley GA, Fonagy P: Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42: 791-801.
14. Kimelman M. Hernández G. Duelo perinatal en la maternidad del hospital Barros Luco Trudeau sin y con programa psicosocial LI Congreso Anual de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía., Viña del Mar 6Nov 1996
15. Kimelman M, Kamei L, Torres C. Duelo en una Unidad de Neonatología: descripción de un taller grupal para una intervención adecuada. Ed. Unidad de Salud mental perinatal. Dept. de psiquiatría y salud mental Fac de medicina Universidad de Chile 2010
16. Janssen H, Cuisinier M, De Graauw K. A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:56-61.
17. McDonagh JR, Elliott TB, Engelberg RA, et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Crit Care Med* 2004; 32:1484-8.
18. Munson D, Leuthner SR. Palliative care for the family carrying a fetus with a life-limiting diagnosis. *Pediatr Clin North Am* 2007; 54:787-98
19. Montesinos A, Román A, Muñoz M. Asistencia al duelo perinatal :10 años de experiencia *Rev. Chil. Pediatr* 2013, 84(6):650-658.
20. Parkes C.M. Bereavement. *Br. J. Psychiatry*, 1985, 146, 11-17.
21. Peppers, L. G. and Knapp, R.J. *Motherhood and mourning*. New York: Praeger Publisher. 1980
22. Rousseau P. et Moreau K. Le deuil périnatal. *L'Enfant* 1984, 5, 39-52
23. Rousseau P. Le Deuil perinatal. *Psychopathologie et accompagnement. J. Gynecol. Obstet. Reprod.* 1988, 17, 285-294
24. Turton P, Hughes P, Evans CDH, et al: Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet* 2002; 13: 114-118

## VIII. LACTANCIA MATERNA

### CONSIDERACIONES GENERALES

#### 1. Introducción

Las técnicas de lactancia materna, son todas aquellas acciones que deben realizar las mujeres para que sus hijos tengan una adecuada alimentación, desde el momento de su nacimiento, hasta por lo menos los 6 meses de edad, con lactancia materna exclusiva. El pecho a libre demanda, es una de las principales acciones a realizar, esto significa que no hay control de horario para que el niño/a sea amamantado, simplemente basta con que el niño/a solicite el pecho de su madre, para que este sea ofrecido. Recordar que, el primer día de vida, el niño/a puede dormir largamente, después de su periodo de gran alerta posparto inmediato, más aún si se ha alimentado previamente, en cambio, el segundo día de vida se espera que succione muy frecuentemente.

Para lograr que el niño/a quede satisfecho al momento de amamantar, debe lograr un buen acople al pecho de su madre, señal de esto son los labios evertidos del niño, el mentón de éste toca el pecho de su madre, podemos sentir como traga la leche que logra extraer, y además a la madre no le produce dolor. Para que el niño logre este acople, además necesita estar en una posición adecuada, cómodo, quedando frente al pecho para que la madre pueda ofrecerlo. No menos importante es la madre, quien debe prepararse para amamantar, estar relajada y conectada con el momento que ofrecerá a su hijo, buscar una posición cómoda para poder amamantar.

No debemos olvidarnos de los factores psicosociales, ya que la falta de apoyo de la mujer puede provocar la suspensión de lactancia materna. Dentro de las dificultades que se pueden presentar, están la ansiedad por falta de apoyo afectivo, moral, económico y social. Estas mujeres suelen presentar temor para enfrentar el embarazo, el parto, y la posterior crianza del niño, si se suma una mala experiencia familiar en relación a la lactancia materna, podemos tener el abandono precoz de ésta. Además, se ha observado un retardo en la aparición de la lactogénesis II en las madres con diabetes gestacional, obesas, con cesárea electiva o con gran estrés al parto, por lo que estas mujeres requieren mayor apoyo y dedicación.

#### 2. Técnicas de lactancia materna

Son variadas las posiciones en que la mujer puede alimentar a su bebé, pero lo principal es que esté cómoda, en un lugar tranquilo, relajado para conectarse con su hijo.

##### Posiciones para amamantar

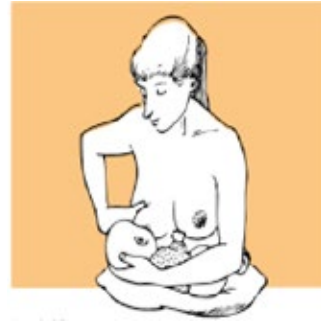
- Posición de cuna o clásica
- Posición de caballito
- Posición de cuna cruzada o reversa
- Posición de canasto o de pelota de futbol
- Posición en canastos gemelos
- Posición recostada o de lado



Posición clásica



Posición de caballito



Posición en reversa



Posición en canasto

Posición en canasto  
gemelos

Posición acostada

Fuente: LACTANCIA MATERNA. Chile Crece Contigo

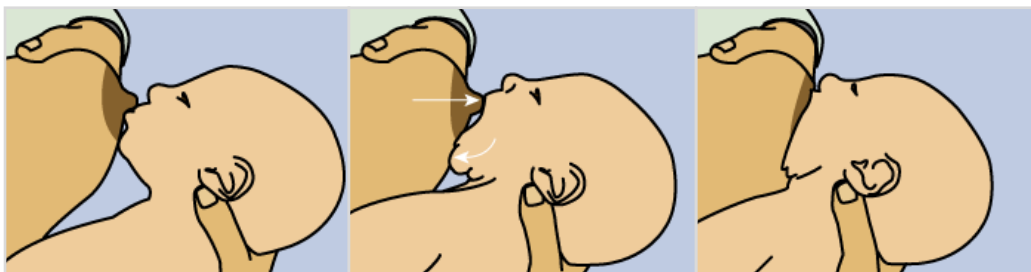
## Acople

### Para lograr un buen acople la mujer debe:

- Estimular el labio del niño con el pezón para que este abra la boca
- Acercar al niño mientras abre ampliamente la boca e introducir el pezón
- Asegúrese que el niño tome el pezón y parte de la areola

Una vez realizado el acople, la mujer debe asegurarse que el niño se esté alimentando de buena manera, siguiendo algunas señales:

- Labios del niño evertidos.
- El mentón toca el pecho de su madre.
- Escuchamos tragar al niño.
- Se aprecia el trabajo de la mandíbula del bebé.
- La madre no siente dolor mientras amamanta.







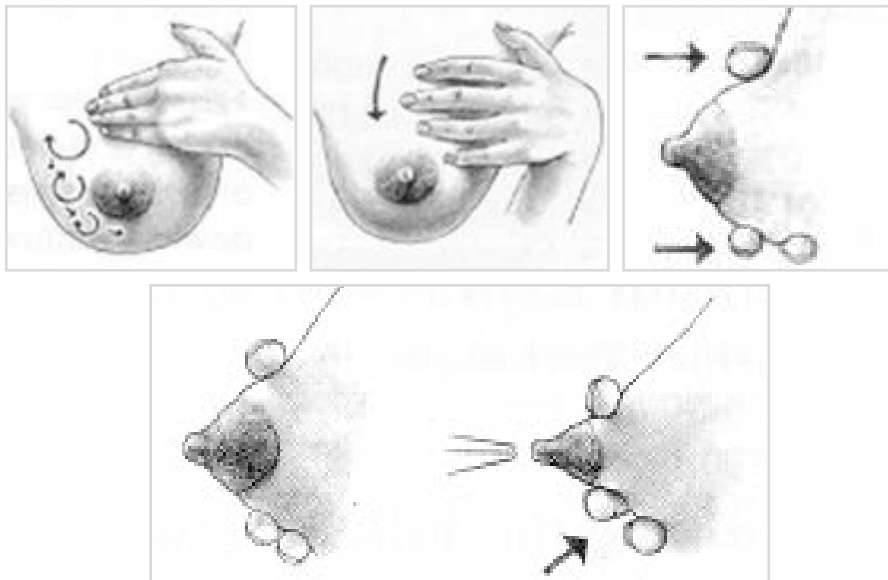
**Acople de Recién Nacido**

### Extracción manual de leche materna

Forma útil de extracción de leche materna, cuando el amamantamiento del bebé no es suficiente para extraer toda la leche.

#### Para la extracción la mujer debe:

- Lavarse cuidadosamente las manos y el pecho
- Buscar un posición cómoda para la extracción
- Previamente disponer de un recipiente o mamadera limpia
- Colocar el dedo pulgar por encima del pezón y la areola y el dedo índice por debajo, el resto de los dedos sostiene el pecho por debajo
- Luego presionar el dedo pulgar e índice en dirección al tórax
- Luego presionar los senos lactíferos que quedan por detrás de la areola
- Presionar y soltar, luego nuevamente presionar y soltar (este ejercicio debe ser indoloro para la mujer)
- Puede ocurrir que inicialmente no hay salida de leche, pero al cabo de unos minutos la leche comenzará a salir
- Evitar presionar solo el pezón ya que esto no provocará salida de leche, hay que incluir los senos lactíferos en la presión
- Esta técnica puede durar alrededor de 20 a 30 minutos
- Es importante educar a la mujer, para que sea delicada con la extracción y que el tiempo a utilizar no puede ser menos de 20 minutos



**Extracción Manual de Leche Materna**

### 3. Problemas maternos clínicos para amamantar

#### 3.1 Objetivos

##### Objetivo general

- Lograr una lactancia materna exitosa en mujeres que amamantan.

##### Objetivos específicos

- Evaluar técnica de lactancia en las mujeres que se encuentren hospitalizadas.
- Identificar problemas maternos relacionados al amamantamiento.
- Educar importancia de la lactancia materna.
- Prevenir problemas de amamantamiento.

##### Personal responsable

- Matrón(a).
- Técnico paramédico capacitado.

#### 3.2 Actividades de matrón(a) - médico

##### En caso de hipogalactorrea

- Indagar sobre experiencias en lactancia materna con hijos anteriores.
- Evaluar a las mujeres que presenten hipogalactorrea.
- Educar a las mujeres sobre técnicas de lactancia materna, estimulación del pecho para aumentar producción láctea, aplicación de compresas de agua tibia en el pecho, masajes y ordeño del pecho. (Ver figura 3)
- Ayudar en la extracción láctea con bomba (eléctrica/manual) o en forma manual.
- Consumo de líquidos por parte de la mujer.
- Educar a la mujer sobre bajada de la leche.
- Proporcionar información sobre galactogogos, cuando no hay óptima expresión de prolactina (Metoclopramida, domperidona). No se recomienda usar Sulpiride (puede producir sedación en el RN o alteraciones psiquiátricas posteriores).
- Educar a mujeres sobre pecho libre demanda.

Galactagogo	Dosis
Metoclopramida	10 mg cada 8 horas
Domperidona	10 mg cada 8 horas

##### En caso de hipergalactorrea

- Evaluar a las mujeres que presenten hipergalactorrea.
- Educar a las mujeres sobre técnicas de lactancia materna, extracción manual de leche, aplicación de compresas de agua tibia previa al amamantamiento o extracción de leche. Posterior aplicación de compresas de agua fría en el pecho. (Ver figura 3)

- Aumentar la frecuencia de mamadas para el vaciamiento de las mamas
- Educar a las madres sobre pecho libre demanda
- Analgésicos en caso de dolor.

Analgésicos sugeridos	Dosis
Paracetamol	1 gramo cada 8 horas
Ketorolaco	10 mg cada 8 horas
Ketoprofeno	50 mg cada 8 horas

#### En caso de dolor al amamantar

- Evaluar técnica de lactancia de la mujer, principalmente acople.
- Si la mujer refiere dolor, corregir posición del recién nacido al pecho.
- Educar a la mujer, que la presencia de dolor al momento de amamantar no es normal y puede ser producto de un mal acople del niño al pecho.
- Comunicar a la mujer que inicialmente podría presentar un dolor leve, debido a la presencia de terminaciones nerviosas de la areola, esto solo debe ocurrir en las primeras mamadas, ya que rápidamente estas terminaciones se hacen insensibles.
- Educar a la mujer sobre prevención de grietas del pezón.

#### En caso de pezón pequeño, plano o umbilicado

- Evaluar acople del recién nacido al pecho materno.
- Evaluar succión del recién nacido al pecho materno.
- Evaluar estado del pezón materno, presencia grietas, erosiones, tamaño del pezón.
- Educar sobre ejercicios para formar el pezón.
- Educar sobre cuidados del pezón para prevenir grietas e infecciones.
- Recomendar a la mujer que utilice un formador de pezón para que el niño logre un mejor acople.
- En caso de pezón umbilicado y que el niño no logrará el acople utilizar una pezonera.



### En caso de grietas del pezón

- Evaluar a las mujeres con problemas en técnicas de lactancia, primigesta, adolescentes.
- Evaluar a las mujeres que presenten grietas del pezón.
- **No suspender lactancia**
- Educar a las mujeres sobre técnicas de lactancia materna, con énfasis en el acople del recién nacido al pecho.
- Educar a la mujer sobre alternar el pecho para amamantar y siempre comenzar por el pecho que tiene menos grietas, y favorecer la cicatrización.
- Educar sobre cuidados del pezón, mantención del aseo del mismo, para prevenir infecciones, aplicación de cremas cicatrizantes a base de matico o lanolina para favorecer cicatrización.
- Educar sobre extracción manual de leche materna, para prevenir congestión mamaria y posibles complicaciones.

#### Recomendaciones para evitar las grietas del pezón

- Educar sobre técnicas de lactancia y extracción manual
- Mantención del aseo
- Aplicación de ungüentos cicatrizantes a base de lanolina o matico

### En caso de congestión mamaria

- Evaluar a las mujeres que presenten congestión mamaria.
- Educar sobre pecho libre demanda.
- Aplicación de compresas de agua tibia sobre el pecho, masajes, y extracción de leche materna. (Ver figura 3).
- Educar a las mujeres sobre masajes y extracción manual de leche materna.
- Informar sobre el uso de bomba eléctrica como ayuda para la descongestión.
- Evidenciar salida de leche materna por ambas mamas.
- Educar a la mujer sobre técnicas de lactancia materna, supervisando posición del niño al amamantar, acople al pecho materno y succión.
- Seguimiento de la mujer durante la hospitalización para prevenir complicaciones.

### En caso de mastitis

- Evaluar a las mujeres que presenten congestión mamaria.
- Indagar en antecedentes anteriores de mastitis.
- Educar a la mujer para que **no suspenda lactancia**.
- Apoyar a la mujer para que amamante con mayor frecuencia si el pecho no presenta grietas.
- Vaciamiento frecuente de las mamas, sin que esté contraindicado que el niño amamante.
- Aplicar compresas de agua tibia previo y posterior a la extracción láctea, compresas de agua fría para disminuir inflamación.
- Educar a la mujer para que ofrezca al niño el pecho que se encuentra más comprometido.

- Educar a la mujer sobre cuidados del pezón, manejo de grietas.
- Analgésicos y antiinflamatorios, según indicación médica.
- Tomar abundante líquido.
- Reposo en cama por lo menos 24 a 48 hrs.
- Terapia antibiótica según indicación médica. (ver Capítulo de Patología mamaria puerperal).

Antibióticos sugeridos	Dosis
Cloxacilina	500 mg cada 6 horas por 10 a 15 días
Flucloxacilina	500 mg cada 8 horas por 10 a 15 días
Eritromicina	500 mg cada 6 horas por 10 a 15 días

Analgésico sugeridos	Dosis
Ibuprofeno	400 mg cada 8 horas
Naproxeno	550 mg cada 12 horas

**Para complementar información revisar:  
LACTANCIA MATERNA: Contenidos Técnicos para Profesionales de Salud.  
Ministerio de Salud. Chile**

## 4. Recién nacidos con dificultad para amamantar

### 4.1 Objetivos

- Identificar a los recién nacidos que presenten dificultad para amamantar.
- Prevenir y detectar problemas en el amamantamiento.
- Evaluar y corregir técnicas de amamantamiento.

### Personal responsable

- Matrón(a).
- Técnico paramédico capacitado.

### 4.2 Actividades matrón(a)

#### En caso de disfunción motora oral

##### a. Primaria

- Evaluar lactancia materna de los recién nacidos con sus madres, que ingresan a la unidad.
- Identificar a los niños que presentan dificultades para alimentarse.
- Evaluar patología del niño (Sd. Down, pequeños para edad gestacional, prematuros, hipertonía, hipotonía y otras).
- Evaluar succión del recién nacido.

- Educar a la mujer sobre estimulación del pecho, para favorecer salida de la leche materna y aumento de la producción de esta.
- Realizar ejercicios para estimular succión en cada atención del niño.
- Educar a la mujer sobre ejercicios de succión para que ella también los pueda realizar.
- Educar a la mujer sobre técnicas de lactancia materna, posiciones para amamantar, ejercicios de estimulación del recién nacido para amamantar.
- Solicitar evaluación médica.

#### **b. Secundaria**

- Esta disfunción se produce por el uso de mamaderas o chupetes y el niño modifica su patrón de succión-deglución.
- Observar acople del niño, donde los labios deben estar evertidos y no cerrarse en forma vertical al pecho.
- Masajear el paladar del niño con el pulpejo del dedo índice, haciendo presión sobre la lengua y retirando el dedo paulatinamente.
- Educar a la mujer sobre horarios de atención del niño para favorecer alimentación al pecho.
- Educar a la mujer sobre cuidados y prevención de las grietas del pezón.

#### **c. En caso de mujer con mala técnica de lactancia**

- Evaluar experiencias anteriores de amamantamiento si corresponde.
- Evaluar interés de la mujer por amamantar a su recién nacido.
- Evaluar factores psicosociales de las madres, que podrían estar interfiriendo con la crianza y lactancia del niño (madre adolescente, ausencia del padre del niño, problemas conyugales y otros).
- Evaluar técnica de lactancia materna.
- Corregir acople del recién nacido al pecho y posición de amamantamiento.
- Educar sobre técnicas de lactancia materna, posiciones para amamantar, estimulación del recién nacido.
- Supervisar técnica de lactancia materna.

El uso de suplemento hídrico o lácteo, debe ser una indicación profesional, en lo posible administrado por vaso, jeringa o sonda al dedo o al pezón. En volumen entre 5 a 10 ml por Kilo (ver: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl); protección de la salud/lactancia materna/Pauta autoevaluación y monitoreo para centro amigo de la madre y del niño).

Recursos de apoyo (disponibles en <a href="http://www.crececontigo.cl">www.crececontigo.cl</a> )
Videos Cápsulas educativas: <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Beneficios de la lactancia materna</li> <li>▸ Técnica de lactancia y uso de cojín</li> <li>▸ Extracción y conservación de leche</li> </ul>
Cartilla educativa "Ya estoy Aquí"
Programa de radio "Creciendo Juntos" <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Mitos con respecto a la Lactancia Materna</li> <li>▸ Apoyo a las madres que amamantan</li> </ul>
Cartillas de crianza respetuosa <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Lactancia materna</li> </ul>

El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial se instala sobre la base de acciones de salud ya existentes. Por esta razón las prestaciones contenidas en el mismo, son responsabilidad y competencia de todo el equipo de salud.

**Para complementar información revisar:**  
**Manual de Lactancia Materna 2010: Contenidos Técnicos para Profesionales de Salud.**  
**Ministerio de Salud Chile**

## 5. Supresión de lactancia

A pesar de los beneficios conocidos de la Lactancia Materna, en ocasiones es necesario suprimir la lactancia en el puerperio inmediato, por causa materna o del recién nacido.

### 5.1 Indicaciones de Supresión

- Madre de óbito.
- Madre de mortineonato.
- Abortos tardíos.
- Mujeres VIH (+) - HTLV (+).
- Mujeres que dan sus hijos en adopción.
- Morbilidad obstétrica grave.
- Enfermedades graves de la mujer.
  - Psicosis, depresión grave.
  - Bacilífera activa.
  - Macroadenoma Hipofisiario.
  - Casos severos de Miastenia Gravis.
  - Neoplasias en tratamiento quimioterápico.
  - Hepatitis C, si carga viral es > 105/ml.

## 5.2 Contraindicaciones de lactancia

- Infección por VIH.
- Enfermedad materna grave (ej.: Madre en UCI).
- Infección por herpes simple con lesiones activas.
- Tuberculosis materna activa.
- Uso de medicamentos maternos, contraindicados en lactancia, sin los cuales la mujer puede presentar alteraciones graves de salud (ej. Carbonato de litio).
- Quimioterapia materna (citotóxicos).
- Yodo Radioactivo.
- Uso de sustancias tóxicas (drogas en general, pasta base, cocaína y otras).

La Fenilcetonuria, no es una indicación absoluta de suspender la lactancia materna. Se usa fórmula sin Fenilalanina + lactancia materna. Primero se da la fórmula, un 50% del volumen y luego se coloca al RN al pecho materno. Hay que medir nivel de FENILALANINA una vez en la semana. Este nivel debe mantenerse entre 2 y 4 mg/dl.

La fórmula especial sin fenilalanina, aporta aproximadamente 50% del total de proteínas de alto valor biológico y la leche materna aproximadamente el 35%, por lo que el sustituto lácteo es muy importante, ya que la disminución de la leche materna necesaria para mantener el nivel de fenilalanina entre 2 y 4 mg/dl, no cubre por sí sola las necesidades de proteínas en la primera etapa de la vida.

La supresión de la lactancia tiene 2 pilares fundamentales:

- Tratamiento farmacológico.
- Medidas generales de supresión de la lactancia:
  - Naturales.
  - Mecánicos.
  - Físicos.
  - Dietéticas.

## 5.3 Medidas generales de supresión de la lactancia

- **Naturales:** Eliminando la succión del RN. No estimular los pezones (se deberá ser muy enfático en esta indicación. La mujer no deberá extraerse leche, aún cuando presente congestión mamaria y tampoco deberá probar si es que ha dejado de salir leche).
- **Mecánicos:** Compresión mamaria (idealmente, la compresión deberá hacerse con una faja que mantenga los pechos apretados contra el tórax. De no disponerse de faja esta podrá ser reemplazada por el uso de doble sostén, el cual deberá usarse lo más apretado posible).
- **Físicos:** Frío local.
- **Dietéticas:** restricción de líquidos y dieta baja en sal.



## 5.4 Tratamiento farmacológico

### a. Bromocriptina

<b>Dosis</b>	1 comprimido de 2.5 mg cada 12 hrs por 10-14 días VO.
<b>Efectos Adversos</b>	Náuseas, vómitos, mareos, cefalea, hipotensión.
<b>Posología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 1º día 1/2 comp. en la noche.</li> <li>· 2º día 1/2 comp. cada 12 hrs.</li> <li>· 3º día 1/2 comp. en la mañana y 1 en la noche, desde el cuarto día en adelante, hasta completar 14 días, 1 comp. cada 12 hrs.</li> </ul>
<b>Contraindicación</b>	Psicosis activa. Insuficiencia hepática. Hipertensión arterial (relativo). Mujeres en tratamiento con macrólidos (relativo).

### b. Cabergolina

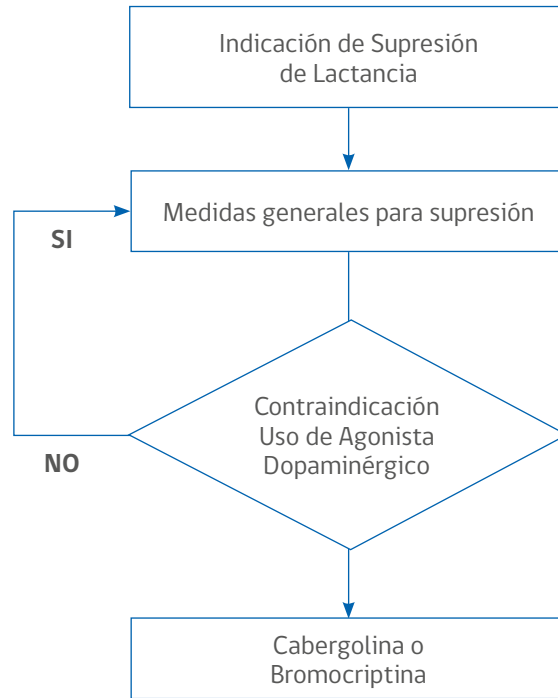
Tiene ventajas terapéuticas importantes sobre la bromocriptina, tales como una acción más prolongada y una frecuencia de administración más reducida.

<b>Dosis</b>	2 comprimidos de 0.5 mg VO.
<b>Efectos Adversos</b>	Náuseas y vómitos en algunas mujeres.
<b>Posología</b>	1 comprimido a la semana por 2 veces.
<b>Contraindicación</b>	Psicosis activa. Insuficiencia hepática. Hipertensión arterial (relativo). Mujeres en tratamiento con macrólidos (relativo).

Si bien es evidente la ventaja en cuanto a comodidad de administración, su alto precio la hace inaccesible para muchas mujeres.

### c. Estrógenos altas dosis

Es una alternativa al no disponer de las anteriores, pero se debe recordar que el puerperio es un período altamente trombogénico y que con este tipo de terapia podría aumentar aún más esta complicación. Los fármacos más utilizados son Etil estradiol VO, Benzoato de estradiol IM o Valerianato de estradiol IM.

**ALGORITMO DE SUPRESIÓN DE LACTANCIA**

Fuente: Figueroa L, C. Hospital La Florida.

**Referencias**

1. Oladopo OT, et al, Tratamientos para la inhibición de la lactancia. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2009, número 1.
2. OMS-UNICEF (declaración conjunta): Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. La función especial de los servicios de maternidad. World Health Organization, 1989.
3. Organización Mundial de la Salud: Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. 2002
4. Tchoffo PA. Tratamiento para la inhibición de la lactancia: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de noviembre de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
5. Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna: contenidos técnicos para profesionales de la salud (2010).

## IX. ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES EN EL PERÍODO POSPARTO

### 1. Introducción

La anticoncepción posparto contribuye a prolongar el intervalo entre los embarazos.

Las mujeres y las parejas, adecuadamente informadas, pueden decidir acerca de la lactancia y anticoncepción en la forma más conveniente para su situación y sus necesidades. Es importante considerar que el temor a otro embarazo, la necesidad de la mujer de reincorporarse a su trabajo remunerado, sus condiciones de salud y las presiones familiares, sociales o económicas influyen en la duración de la lactancia y en la decisión de cuando iniciar un método anticonceptivo.

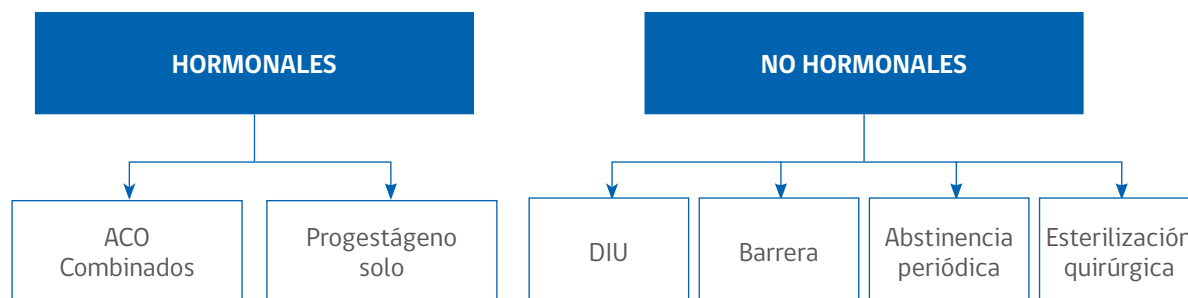
Las recomendaciones para el uso de los métodos anticonceptivos que se describen, son distintas para las mujeres que amamantan y las mujeres que no amamantan.

La información que será entregada a las mujeres y pareja, será fundamental para orientarlas a decidir por el mejor método anticonceptivo. El personal de los servicios de salud deberá entregar educación en regulación de la fertilidad durante el embarazo y el posparto temprano para que las mujeres y parejas puedan tomar una decisión informada (consejería en regulación de fertilidad).

### 2. Anticoncepción para la mujer que no amamanta

La fertilidad se recupera rápidamente en las mujeres que no amamantan y la primera ovulación se produce entre cuatro semanas y dos meses después del parto. Cuando una mujer no amamanta, puede usar cualquier método anticonceptivo de su elección, si no hay condiciones de salud que restrinjan su uso. (Ver tabla 1)

#### ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES QUE NO AMAMANTAN



**Tabla 1: Criterios de elegibilidad OMS para iniciar uso de anticonceptivos durante el pos parto en la mujer que no amamanta**

<b>Métodos hormonales</b>	<b>Anticonceptivos orales combinados</b>	Después de 3 semanas posparto para evitar riesgo de trombosis. Postergar hasta después del día 42 en mujeres con factores de riesgo para enfermedad tromboembólica.
	<b>Métodos de progestágeno solo</b> (Incluye píldoras, inyecciones e implantes)	Pueden iniciarse en cualquier momento.
<b>Métodos no hormonales</b>	<b>Dispositivos intrauterinos (DIU)</b>	En el posparto inmediato (antes de las 48 hrs) y después de las 4 semanas posparto.
	<b>Métodos de barrera</b> (la eficacia depende de su uso correcto)	Pueden iniciarse en cualquier momento.
	<b>Métodos naturales</b> (basados en el reconocimiento de los signos y síntomas de la fertilidad, como la ovulación)	Se pueden usar una vez reiniciados los ciclos menstruales. No recomendables por su escasa eficacia.
	<b>Esterilización quirúrgica</b>	Las oportunidades para realizarla son: Durante la cesárea y luego de haber suturado la cavidad uterina y controlado el sangrado. En el posparto: inmediatamente o en los primeros 7 días posparto, ya que cuando el fondo uterino está cerca del ombligo, una pequeña insición subumbilical de 2 cm de longitud permite fácil acceso a trompas. Si no se realiza en esta oportunidad se debe esperar al menos hasta la 6ª semana.

### 3. Anticoncepción para la mujer que amamanta

En el caso de la mujer que amamanta, hay consideraciones adicionales para el uso de los métodos anticonceptivos, ya que no deben interferir con la lactancia ni el crecimiento de los/as niños/as.

#### a. Métodos no hormonales:

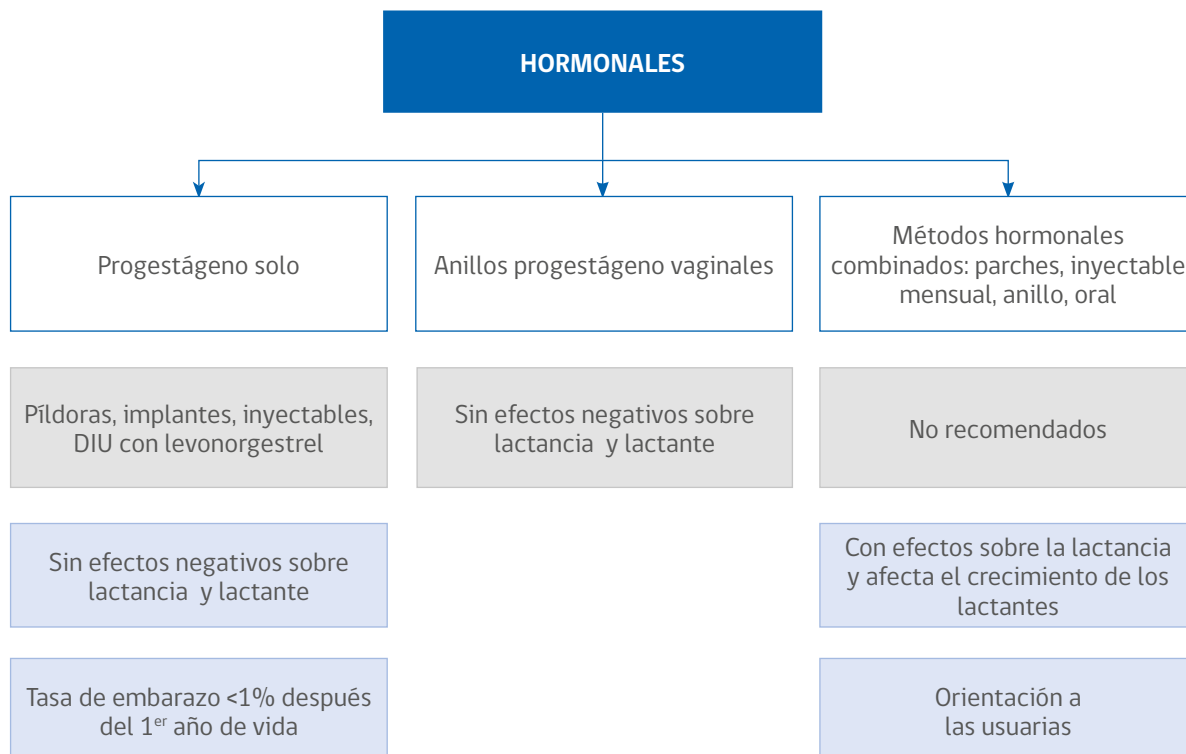
Se consideran la mejor opción para la mujer que amamanta, ya que no interfieren con la lactancia ni el crecimiento de los/las lactantes y tampoco implican la transferencia de esteroides a través de la leche. (Ver tabla 2)

Tabla 2: Métodos anticonceptivos no hormonales para la mujer que amamanta

	Eficacia	Observaciones
<b>Amenorrea de la lactancia</b>	Si la mujer está en lactancia exclusiva, la eficacia es alta durante los primeros 6 meses. No debe usarse después del primer sangrado y la introducción de alimentación suplementaria al lactante, porque el riesgo de embarazo aumenta rápidamente.	Se debe considerar usar otro método anticonceptivo después de los 6 meses posparto, el primer sangrado o la introducción de alimentación suplementaria.
<b>DIU</b>	T de cobre con tasa de embarazo < 1% al primer año de uso.	Considerar inserción en el posparto inmediato. Luego postergar la inserción hasta después de 4 semanas posparto.
<b>Métodos de barrera</b>	Su eficacia anticonceptiva puede ser más alta durante la lactancia.	El diafragma puede ser usado después de 6 semanas posparto, previa evaluación del tamaño necesario.
<b>Esterilización quirúrgica</b>	Alta eficacia si se realiza en el posparto inmediato.	No tiene consecuencias negativas para la lactancia.
<b>Abstinencia periódica</b>	Ventaja de aprender a reconocer periodos de fertilidad, pero la eficacia anticonceptiva es menor que cuando se usan después de recuperar ciclos menstruales regulares.	La interpretación de signos puede ser más difícil, por lo cual no es recomendable.

### b. Métodos hormonales:

El más adecuado para una mujer que está amamantando dependerá de sus efectos sobre la lactancia y los/las lactantes. (Ver tabla 3)



**Tabla 3: Métodos anticonceptivos hormonales para la mujer que está amamantando**

	<b>Eficacia</b>	<b>Efecto sobre la lactancia/lactante</b>
<b>Progestágeno solo</b>	Tasas de embarazo menores de 1% al final del año, buena tolerancia. Si la madre está en lactancia exclusiva se puede iniciar su uso antes de las 6 semanas posparto en el caso de píldoras de progestina pura o implante con etonorgestrel o nevonorgestrel (categoría 2 OMS, 5º edición 2015).	No tienen efectos negativos sobre la lactancia, ni sobre el crecimiento y el desarrollo temprano de los lactantes.
<b>Anillos de progesterona y DMPA</b>	Alta eficacia iniciando su uso desde las 6 semanas posparto.	Sin efectos negativos sobre la lactancia ni sobre el crecimiento y el desarrollo temprano de los lactantes.
<b>DIU con levonorgestrel</b>	Categoría 2 (OMS 2015), menos de 48 horas posparto o más de 4 semanas posparto	Sin efectos negativos sobre la lactancia ni sobre el crecimiento y el desarrollo temprano de los lactantes.
<b>Métodos hormonales combinados</b>	No se recomienda su uso cuando las mujeres están amamantando hasta después de los 6 meses posparto.	Afectan al crecimiento de los lactantes, la producción de leche disminuye y acortan la lactancia.

Fuente: OMS Medical eligibility criteria for contraceptive use fifth edition 2015.

### **Orientación a las usuarias**

En los servicios ofrecidos a las mujeres durante el embarazo y el posparto, debe considerarse la orientación integral, que incluya la lactancia, la infertilidad asociada a la amenorrea posparto, los anticonceptivos disponibles y sus efectos sobre la lactancia.

Cuando la duración de la amenorrea de lactancia es breve, como ocurre en las mujeres chilenas, el personal de los servicios de salud se debe esforzar por hacer educación en regulación de la fertilidad durante el embarazo y el posparto temprano, para que las mujeres puedan tomar una decisión en los primeros meses posparto. La orientación durante el embarazo es particularmente importante, cuando se considera la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) femenina o la inserción de un DIU en el posparto temprano.

Se debe considerar cual es el momento más adecuado para iniciar el método según los Criterios Médicos de la OMS y la posibilidad de la mujer de volver al servicio de salud. La anticoncepción no se debe postergar más allá de la aparición del primer sangrado posparto, de la introducción de alimentación suplementaria al /la lactante o del sexto mes posparto.

En el caso de población vulnerable, como: adolescentes, riesgo psicosocial (consumo problemático de sustancias - adicción), dificultad de acceso, post aborto, mujeres con VIH, se recomienda priorizar el uso de anticoncepción previa al alta hospitalaria. Los anticonceptivos indicados según categoría OMS son: T de Cobre, implantes y píldora de progestina pura.

Tabla 4: Métodos anticonceptivos para el período posparto

Método	Si	
	Amamantando	No Amamantando
<b>Amenorrea de lactancia - MELA (1)</b>	Sí	No corresponde
<b>Condón</b>	Sí	Sí
<b>Diafragma (4)</b>	> 6 semanas	> 6 semanas
<b>DIU (2)</b>	Sí	Sí
<b>Esterilización Quirúrgica Voluntaria (3)</b>	Sí	Sí
<b>Abstinencia periódica (5)</b>	Con ciclos menstruales	Con ciclos menstruales
<b>Progestágeno solo (6)</b>		
<b>Oral</b>	< 6 semanas	Sí
<b>Inyectable</b>	> 6 semanas	Sí
<b>Implante</b>	< 6 semanas	Sí
<b>Anillo vaginal</b>	> 6 semanas	Sí
<b>Combinados de estrógeno y progestágeno (7)</b>		
<b>Oral</b>	> 6 meses	> 3 semanas
<b>Inyectable / Anillo vaginal / Parche transdérmico</b>	> 6 meses	> 3 semanas

Fuente: Ministerio de Salud. Normas Nacionales de Regulación de Fertilidad.

(1) Método de la amenorrea de la lactancia (MELA): La tasa de embarazos es 1 a 2% si la mujer no ha menstruado, si aún no han transcurrido 6 meses desde el parto y si la lactancia es exclusiva.

(2) Dispositivos intrauterinos (DIU): Son métodos seguros y efectivos en el período posparto. La inserción se puede hacer en los siguientes momentos:

- Para T-Cu: inserción inmediata después de la expulsión de la placenta (dentro de 10 minutos).
- Para T-Cu y DIU-LNG: Inserción en las primeras 48 horas del puerperio.
- Para T-Cu y DIU-LNG: inserción en menos de 48 horas de puerperio y después de las 4 semanas posparto, ya sea con el primer sangrado o en los primeros 6 meses de amenorrea. Entre las 48 horas posparto y las 4 semanas tanto para T de Cobre o DIU con levonorgestrel es categoría 3. En caso de sepsis puerperal tiene categoría 4.

(3) Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV): La AQV femenina se puede realizar en el posparto inmediato o durante la cesárea, con consentimiento informado, según circular N° 2326 del 2000.

(4) Diafragma: Se puede usar después de las 6 semanas, determinando en ese momento la medida adecuada.

(5) Los métodos de abstinencia periódica, son más difíciles de usar en el posparto inmediato, por la irregularidad de los ciclos menstruales y la dificultad de reconocer los signos que acompañan a la ovulación.

(6) Métodos hormonales de progestágeno solo: su uso es seguro en el período posparto. No causan disminución de la leche materna. En la mujer que no está amamantando se pueden administrar desde el posparto inmediato, mientras que en la mujer que está amamantando se pueden iniciar antes de las 6 semanas, en el caso de la píldora de progestina pura o implante y después de las 6 semanas en el caso de DMPA.

(7) Métodos hormonales combinados de estrógeno y progestágeno: Pueden producir trastornos de coagulación por lo que no se deben usar antes de la tercera semana posparto. No se deben usar antes del sexto mes posparto si la mujer está amamantando porque disminuyen la producción de leche y la duración de la lactancia.

**Referencia:** Ministerio de Salud. Normas Nacionales de Regulación de Fertilidad.

## X. ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS

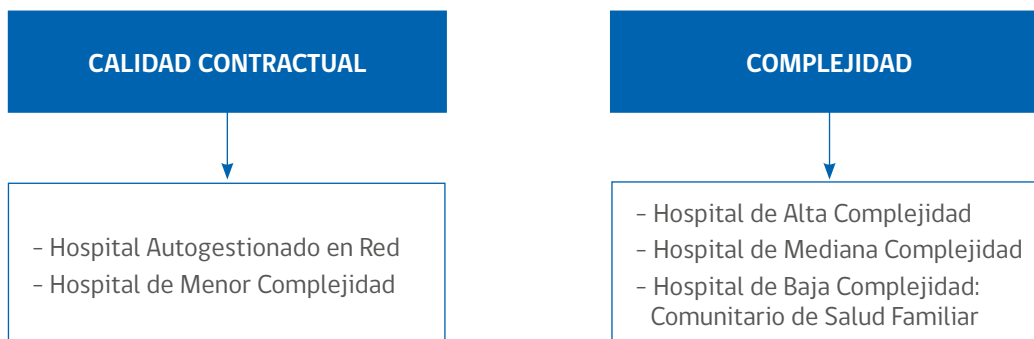
### 1. Clasificación de establecimientos hospitalarios

Actualmente y según fuentes oficiales de información, el sistema público, se organiza en 29 Servicios de Salud, que a su vez, están formados por todos los establecimientos públicos de salud, dentro de los cuales se encuentra una red de 195 hospitales.

Tipo de Hospital	Nº
Hospital de Alta Complejidad	64
Hospital de Mediana Complejidad	27
Hospital de Baja Complejidad	104
<b>Total</b>	<b>195</b>

Fuente: DEIS

De acuerdo a la normativa vigente, los Establecimientos Hospitalarios, se clasifican de acuerdo a su calidad contractual y a su nivel de complejidad, según el siguiente esquema:



Fuente:

- Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria (2004).
- Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (Decreto Nº 140 del 2004).
- Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red (Decreto Nº 38 del 2005).

#### Clasificación según nivel de complejidad:

Según Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (Decreto Nº 140 DEL 2004), en sus Artículos 44 y 45, indica:

“Todos los Hospitales, se clasificarán en establecimientos de **alta, mediana o baja complejidad**, de acuerdo a su capacidad resolutive, determinada sobre la base del análisis en conjunto de los siguientes criterios:

- Función dentro de la Red Asistencial teniendo presente los distintos niveles de complejidad de la Red.
- Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico considerando su resolutive, disponibilidad de recurso humano, equipamiento, horario de atención y procedimientos o exámenes que realiza.
- Grado de especialización de sus recursos humanos.



### Complejidad de la atención

Si bien la complejidad puede considerarse un parámetro subjetivo, dado que es dependiente del evaluador, podría definirse como “la dificultad en resolver una determinada situación en la que intervienen diversos factores (humanos, intelectuales, estructurales, entre otros).” Algunas características que presentan los establecimientos respecto a su nivel de complejidad en el ámbito de la atención cerrada, se presentan en la siguiente tabla:

#### Criterios de clasificación según nivel de complejidad de Establecimientos Hospitalarios

Criterios de Clasificación	Hospital Autogestionado en Red	Hospital de Menor Complejidad	
	Alta Complejidad	Mediana Complejidad	Baja Complejidad
<b>Número de camas</b>	Hasta 600 camas, según análisis de demanda. Puede considerar además días cama para la estrategia de Hospitalización domiciliaria.	De 60 hasta 300 camas, según análisis de demanda. Puede considerar además días cama para la estrategia de Hospitalización domiciliaria.	De 8 a 79 camas dependiendo de la conectividad y tele presencia.
<b>Nivel de cuidados</b>	Hasta cuidados críticos de nivel intensivo e intermedio con atención por subespecialista.	Podrían entregar hasta cuidados críticos de nivel intermedio con especialidad básica, según su rol en la Red a la que pertenece.	Sólo cuidados básicos.
<b>Distribución porcentual del tipo de cama según nivel de cuidados</b>	20% de camas de cuidados críticos (intensivas y/o intermedias), 50% camas de cuidados medios y 30% de camas de cuidados básicos.	Hasta 10% de camas de cuidados críticos (intermedio), 40% de camas de cuidados medios, 50% de camas de cuidados básicos (intermedio en establecimientos > 100 camas).	100% de camas de cuidados básicos.
<b>Diferenciación de camas</b>	Indiferenciado médico-quirúrgico adulto, atención de la mujer (obstetricia), pediatría, salud mental. Hematología intensiva, hemato oncología pediátrica según red de alta complejidad definida por el nivel central.	Indiferenciado médico-quirúrgico adulto, atención de la mujer (obstetricia), pediatría, salud mental.	Hospitalización indiferenciada básica.
<b>Médico Residente</b>	Residencia médica en UEH, camas críticas, pabellón y área de hospitalizados según estándar de recursos humanos. Se requiere coordinación única para todas las residencias.	Residencia médica en UEH compartida con el resto del establecimiento dependiendo del número de camas según estándar.	Turno de llamada.
<b>Especialización RRHH</b>	Puede contar con todas las especialidades y subespecialidades, según la cartera de servicios definida en base a su rol en la Red Asistencial en complementariedad con otros hospitales de la misma categoría en la Red a las que pertenece. Pueden ser parte de la Red de Alta Especialidad.	Puede contar con algunas o todas las especialidades básicas y algunas otras especialidades, según la cartera de servicios definida en base a su rol en la Red Asistencial a la que pertenece.	Cuenta con atención médica y de otros profesionales de salud de tipo generalista (integrales, EDF, matronas(es) y otros).

<b>Hospitalización Adulto</b>	Especialidades y subespecialidades según cartera de servicio.	Eventualmente las 4 especialidades básicas más algunas otras especialidades según cartera de servicios.	Hospitalización general sin especialidades.
<b>Hospitalización Obstétrica</b>	Sala de Atención Integral del Parto. Atención del parto quirúrgico.	Sala de Atención Integral del Parto. Atención del parto quirúrgico, si se cuenta con los especialistas, lo que se determina en base a la demanda y rol del hospital en la Red.	Los partos deben derivarse a un hospital de una complejidad mayor, salvo parto inminente y/o urgencias obstétricas.
<b>Satisfacción usuaria</b>	Todos los niveles de complejidad desarrollan e instalan iniciativas permanentes en satisfacción usuaria, en información a usuarios, acompañamiento de familiares a personas hospitalizadas e identificación de pacientes y equipos de trabajo. En el caso de los hospitales de alta complejidad, estas medidas están asociadas a indicadores de Establecimientos Atogestionados en Red.		

Fuente División Gestión de la Red Asistencial. Criterios de clasificación según nivel de complejidad de Establecimientos Hospitalarios. Norma 150 de 14 junio 2013. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

## 2. Categorización de usuarias (os) por dependencia y riesgo de cuidados (CUDYR)

Consiste en analizar las demandas de cuidados directos, categorizándolos según grado de dependencia y nivel de riesgo. Para categorizarlos se seleccionan los cuidados que implican riesgo y dependencia más útiles para la toma de decisiones y se agrupan en universales o básicos y terapéuticos, de acuerdo a las necesidades que satisfacen.

### Consideraciones técnicas

En la Categorización del Riesgo y Dependencia de los usuarios (as), el valor de cada grupo de cuidados oscila entre cero y tres y está determinado por la complejidad de los cuidados a proporcionar, la diversidad y la frecuencia con que se realizan, y la intensidad en la vigilancia de éstos.

**El grado de dependencia**, se identifica a través de la valoración de las demandas de autocuidados universales preseleccionados, con las acciones programadas y proporcionadas. Se seleccionan tres grupos de autocuidados universales, para medir la dependencia de los usuarios: Prácticas de Confort, Alimentación y Eliminación.

**El nivel de riesgo**, se identifica a través de la valoración de cuidados terapéuticos preseleccionados, que se requieren en situación de desviación de salud. Se eligen tres grupos de cuidados terapéuticos, que permiten medir indirectamente el riesgo de los usuarios (as): Medición de Parámetros, Intervenciones Profesionales Multidisciplinarias y Procedimientos de Enfermería.

Cruzando las variables dependencia y riesgo se reconocen doce categorías de usuarios:

	A	B	C	D
1	Máximo Riesgo Dependencia Total	Alto Riesgo Dependencia Total	Mediano Riesgo Dependencia Total	Bajo Riesgo Dependencia Total
2	Máximo Riesgo Dependencia Parcial	Alto Riesgo Dependencia Parcial	Mediano Riesgo Dependencia Parcial	Bajo Riesgo Dependencia Total
3	Máximo Riesgo Autonomía Parcial	Alto Riesgo Autonomía Parcial	Mediano Riesgo Autonomía Parcial	Bajo Riesgo Autonomía Parcial

Fuente: Instructivo de aplicación de instrumento de categorización de usuarias(os) por dependencia y riesgo de cuidados. DIGERA. (CUDYR)

### 3. Continuidad de la atención

El proceso de embarazo, parto y posparto, es un hito importante en la vida de una familia, sin embargo, no termina con el alta del Servicio de Obstetrica y Ginecología; la familia y su nuevo integrante se enfrentan a un proceso de adaptación entre sí y con el mundo que les rodea, el cual no está exento de incertidumbre y riesgos. El sistema de salud requiere una articulación coordinada, oportuna y efectiva para dar respuesta eficiente a las necesidades de esta nueva familia. Lo anterior implica disponer de los antecedentes que permitan acoger, orientar y resolver las necesidades, fundamentalmente de la puérpera y su recién nacido.

Las vías de coordinación, deben ser los protocolos de referencia y contrarreferencia realizados por cada servicio de salud, de acuerdo a su propia red asistencial y cartera de servicios de cada uno de estos. Los crecientes avances en la informatización de los establecimientos permitirá establecer comunicaciones más fluidas y expeditas, de modo tal que cuando la mujer llegue al nivel de atención primaria ya se cuente con todos los antecedentes de la hospitalización y con ello otorgarle un plan de atención personalizada.

Es responsabilidad del establecimiento en donde ocurra el parto, entregar la documentación completa del proceso acontecido y priorizar la coordinación de la información, estableciendo criterios de riesgo, tales como mortalidad perinatal, morbilidad materna, morbilidad neonatal y riesgo psicosocial entre otros, consecuente con las estrategias nacionales de salud, especialmente su objetivo estratégico 4, enfocado a reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.

Al momento del alta de puerperio, es relevante la entrega de Comprobante de atención de Parto y Licencia Posnatal cuando corresponda, documentos que les permitirán, acceder a los derechos que la ley les otorga.

## 4. Unidad de Puerperio y Recién Nacido

Se otorga una atención integral y de calidad a la tríada: madre, hijo/a, padre o persona significativa, incorporando, los elementos de atención de salud, así como la entrega de información y educación en el autocuidado y herramientas para la crianza.

### 4.1 Objetivos generales:

- Proporcionar a la puérpera y su recién nacido el apoyo y cuidados psicobiológicos de calidad que les permitan enfrentar la etapa del puerperio inmediato y mediato en las mejores condiciones, promoviendo una relación adecuada y oportuna con su entorno más cercano.
- Ofrecer a la madre, hijo/a, padre y familia, un posparto que facilite el proceso de familiarización, desde su ingreso al centro hospitalario hasta el alta, estableciendo una derivación coordinada hacia el Nivel Primario de Atención o de especialidad si lo amerita, como una continuidad de la integración establecida durante el período antenatal.
- Fomentar una lactancia exitosa y efectiva. Detectar oportunamente patología en la madre y el recién nacido.
- Detectar factores de riesgo psicosocial en la pareja y familia que pudieran interferir el establecimiento de un vínculo seguro entre madre, hijo/a, padre y familia. Investigar síntomas menores de depresión a fin de derivar oportunamente a especialista.

### 4.2 Recomendaciones

- Todas las Unidades de un Servicio de Obstetricia – Ginecología y Neonatología, constituyen áreas de urgencia, por lo tanto deben cumplir con estándares de calidad respecto a equipamiento, recurso humano y condiciones físicas, que permitan entregar una atención segura, oportuna, continua y de acuerdo a las necesidades de las mujeres y sus familias.
- Los Servicios de Obstetricia y Ginecología de alta y mediana complejidad, deben contar con matrón/a de turno en forma exclusiva en el área de urgencia, no pueden abandonar esta área para pasar ronda en otras unidades del Servicio de Obstetricia y Ginecología.
- Los Hospitales de alta y mediana complejidad, que cuentan con Servicios de Obstetricia y Ginecología, deben mantener recurso matrón/a de turno 24 horas, en las unidades de puerperio y recién nacido.
- La condición de crianza del recién nacido mantiene vínculos biológicos interactivos entre la madre y su hijo. Se debe planificar la atención postnatal conjunta para racionalizar los recursos humanos que los cuidan, aprovechar todas las instancias para la promoción y el cuidado de la salud de ambos y disminuir la pérdida de oportunidades. Evitar las consultas por separado, implica reducir gastos de tiempo y de recursos económicos a las familias y al sistema de salud.
- Establecer la comunicación y coordinación continua entre las diferentes unidades del servicio de obstetricia, ginecología y neonatología y realizar un control de calidad para asegurar una óptima utilización de los recursos e igualdad de prestaciones.
- Elaborar un programa de mejora continua de calidad anual, por Servicio de Obstetricia, Ginecología y Neonatología y establecer estrategias para disminuir en forma gradual las brechas existentes, priorizando las áreas que presentan deficiencias, determinando compromisos de avances para superar estas brechas y evaluando su cumplimiento, con participación ampliada de los profesionales. Se recomienda entregar informe a la Dirección del Hospital, para incorporar estrategias, según corresponda.

## 5. Evaluación de la atención <sup>(3)</sup> en la Unidad de Puerperio y Recién Nacido (RN)

5.1. PUÉRPERA Y EL RECIÉN NACIDO ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE PUERPERIO						
PROVEEDORES: MÉDICO GINECO OBSTETRA - NEONATÓLOGO - MATRÓN/A - TÉCNICO PARAMÉDICO						
Requisitos de calidad	Criterio - evaluación	Estándar	Excepciones	Aclaraciones	Indicadores calidad de proceso	Método
1. Buen trato a la puérpera y a su recién nacido. ***	1. A toda puérpera y su recién nacido atendidos por matrn/a se le habrá dado buen trato.	100%	No hay	Saludar a contacto visual, presentación profesional, usar credencial llamarla por su nombre, no tutear, no usar apelativos.	Nº de puérperas y su R.N atendidos por matrn/a que recibieron buen trato/ Nº total de puérperas y su R.N atendidos por matrn/a X 100***	Encuesta de Satisfacción Usaria
2. Atención madre - hijo en forma integral***	2. Toda puérpera y su recién nacido habrn sido atendidos en forma conjunta e integral.	100%	Recién nacido con patología hospitalizado en puerperio.	La atención madre-hijo debe ser otorgada en forma integral por un profesional matrn (a) promoviendo el vínculo y la lactancia materna.	Nº de puérperas y R.N atendidos en forma integral por matrn/a/ Nº total de puérperas y R.N atendidos X 100***	Auditoría de Fichas
3. Evaluación clínica de la puérpera con hipótesis diagnóstica***	3. A toda puérpera atendida por matrn/a se le habrá realizado evaluación clínica con hipótesis diagnóstica..	100%	No hay	Evaluar estado conciencia, orientación ttemporo-espacial, signos vitales, dolor, realizar examen físico general segmentario y obstétrico, definiendo hipótesis diagnóstica.	Nº de puérperas atendidos por matrn/a con evaluación clínica e hipótesis diagnóstica/ Nº Total de puérperas hospitalizadas atendidos por matrn/a X 10***	
4. Seguimiento y detección de riesgo psicosocial***	4. En toda puérpera y R.N atendidos por matrn/a se le habrá realizado seguimiento o detectado riesgo psicosocial.	100%	No hay	Antecedente de: VIF, falta red de apoyo familiar o social, drogadicción, alcoholismo, depresión, embarazo no aceptado, madre adolescente, embarazo no controlado, parto fuera de un establecimiento de salud, alteración del vínculo madre-hijo; solicitando interconsulta o contacto directo por especialista según corresponda.	Nº de puérperas y R.N atendidos por médico o matrn/a con interconsulta a especialista, según corresponda/Nº Total de puérperas con riesgo psicosocial detectado X 100***	Supervisión Autoevaluación Revisión de Pares

\*\*\* Requisitos de calidad centinela

<b>5.2. PUÉRPERA Y EL RECIÉN NACIDO ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE PUERPERIO</b>						
<b>PROVEEDORES: MÉDICO GINECO OBSTETRA - NEONATÓLOGO - MATRÓN/A - TÉCNICO PARAMÉDICO</b>						
<b>Requisitos de calidad</b>	<b>Criterio - evaluación</b>	<b>Estándar</b>	<b>Excepciones</b>	<b>Aclaraciones</b>	<b>Indicadores calidad de proceso</b>	<b>Método</b>
5. Evaluación médica obstétrica de urgencia, si corresponde***	5. A toda puérpera atendida por matrn/a se le habrá hecho evaluación médica de urgencia, si corresponde.	100%	No hay	Complicaciones postoperatorias, compromiso estado general y / u otras alteraciones pesquisadas en la evaluación clínica..	Nº de puérperas atendidas por matrn/a a quienes se hizo evaluación médica de urgencia/Nº de total puérperas atendidas por matrn/a que necesitaron evaluación médica X 100***	Auditoría de Fichas  Supervisión Autoevaluación Revisión de Pares
6. Evaluación por especialidades si corresponde	6. Toda puérpera atendida por médico y/o matrn/a habrá recibido evaluación por especialista si corresponde.	100%	No hay	Salud Mental, trabajo social, cirugía, medicina interna y otras.	Nº de puérperas atendidas por médico y/o matrn/a que reciben evaluación médica por especialista/Nº Total de interconsultas a especialistas solicitadas X 100	
7. Elaboración de plan de atención integral***	7. En toda puérpera atendida por matrn/a se habrá elaborado plan de atención integral.	100%	No hay	El plan de atención integral es clínico y psicosocial (establecer y favorecer vínculo madre-padre-hijo, acompañamiento, evaluar red de apoyo familiar y social, antecedentes de drogadicción, alcoholismo, depresión). Se registrará en la ficha y debe ser cumplido.	Nº de puérperas atendidas por matrn/a con plan de atención integral elaborado / Nº total de puérperas hospitalizadas atendidas por matrn/a X 100***	
8. Cumplimiento del plan de atención integral ***	8. En toda puérpera atendida por matrn/a se habrá dado cumplimiento al plan de atención integral (según orientación técnica).	100%	No hay	No hay	Nº de puérperas atendidas por matrn/a con plan de atención integral cumplido// Nº total de puérperas hospitalizadas atendidas por matrn/a X 100***	

<b>5.3. PUÉRPERA Y EL RECIÉN NACIDO ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE PUERPERIO</b>						
<b>PROVEEDORES: MÉDICO GINECO OBSTETRA - NEONATÓLOGO - MATRÓN/A - TÉCNICO PARAMÉDICO</b>						
<b>Requisitos de calidad</b>	<b>Criterio - evaluación</b>	<b>Estándar</b>	<b>Excepciones</b>	<b>Aclaraciones</b>	<b>Indicadores calidad de proceso</b>	<b>Método</b>
9. Cumplimiento oportuno de indicaciones médicas. ***	9. En toda puérpera atendida por matrn/a se habrn cumplido oportunamente las indicaciones mdicas.	100%	Reacciones adversas a medicamento.	Constatar rdenes de exámenes, recetas, administracin de medicamentos e interconsultas segn corresponda.	Nº de puérperas atendidas por matrn/a, hospitalizadas con cumplimiento oportuno de indicaciones mdicas/ Nº total de puérperas con indicaciones mdicas X 100***	Auditoría de Fichas  Supervisión Autoevaluación Revisión de Pares
10. Registros completos y legibles y nombre completo del profesional responsable***	10. En toda puérpera atendida por matrn/a se habrn hecho registros completos, legibles y nombre completo del profesional responsable.	100%	No hay	Registro completo, letra clara, legible, identificacin del profesional mdico y matrn/a responsable.	Nº de puérperas atendidas por matrn/a con registro completo, legible y nombre completo del profesional responsable /Nº total de puérperas hospitalizadas, atendidas por matrn/a X 100***	
11. Alta por mdico obstetra y matrn/a***	11. Toda puérpera quirúrgica o con patologa, habrn sido dada de alta por mdico gineco obstetra y matrn/a con evaluacin e indicaciones mdicas.	100%	No hay	Confeccin de carn de alta y epicrisis. Interconsultas, recetas y/o solicitud de exámenes si corresponde. Citacin a control.	Nº puérperas quirúrgicas o con patologa hospitalizadas, de alta por mdico gineco obstetra y matrn/a con evaluacin e indicaciones mdicas/Nº total de puérperas hospitalizadas de alta. X 100***	
12. Indicaciones de alta por matrn/a***	12. Toda puérpera hospitalizada habrn recibido indicaciones de alta por matrn/a.	100%	No hay	Entrega carn de alta, refuerzo de indicaciones mdicas, educacin para el autocuidado a mujer y familiar o acompaante responsable, referir a centro de salud.	Nº de puérperas hospitalizadas de alta con indicaciones por matrn/a/Nº total de puérperas hospitalizadas de alta. X 100***	

<b>5.4. PUÉRPERA Y EL RECIÉN NACIDO (RN) ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE PUERPERIO</b>						
<b>PROVEEDORES: MÉDICO GINECO OBSTETRA - NEONATÓLOGO - MATRÓN/A - TÉCNICO PARAMÉDICO</b>						
<b>Requisitos de calidad</b>	<b>Criterio - evaluación</b>	<b>Estándar</b>	<b>Excepciones</b>	<b>Aclaraciones</b>	<b>Indicadores calidad de proceso</b>	<b>Método</b>
13. Contacto directo con profesional del nivel que corresponda, ante situaciones especiales. ***	13. En toda puérpera atendida por matrn/a habrá contacto directo con el profesional del nivel de atención que corresponda, ante situaciones especiales.	100%	No hay	Contacto directo por teléfono, mail, fax. puérperas de aborto complicado, de óbito, VIF.	Nº de puérperas atendidas en situación especial por matrn/a en que se generó contacto directo registrado con profesional del nivel que corresponda ante situaciones especiales/ Nº Total de puérperas de alta en situaciones especiales X 100***	Auditoría de Fichas  Supervisión Autoevaluación Revisión de Pares Auditoría de Casos
14. Verificación identificación de recién nacido ***	14. En todo recién nacido atendido se habrá verificado la identificación.	100%	No hay	Verificar en presencia de la madre, padre o acompañante responsable - en su ingreso a la unidad y antes de cada atención otorgada.	Nº R.N con errores de identificación detectados/ Nº Total de R.N atendidos X 100***	
15. Evaluación clínica del R.N, con hipótesis diagnóstica***	15. En todo R.N atendido se habrá realizado evaluación clínica con hipótesis diagnóstica.	100%	No hay	Estado general, reflejos, signos vitales, realizar examen físico general y segmentario, definir hipótesis diagnóstica.	Nº de R.N atendidos, con evaluación clínica e hipótesis diagnóstica/ Nº Total de R.N atendidos X 100***	
16. Evaluación médica de urgencia por pediatra o neonatólogo, si corresponde***	16. Todo R.N atendido habrá recibido evaluación médica de urgencia por pediatra o neonatólogo, si corresponde	100%	No hay	Complicaciones, compromiso estado general y / u otras alteraciones pesquisadas en la evaluación clínica.	Nº de R.N atendidos que reciben evaluación médica de urgencia por pediatra o neonatólogo/Nº Total de R.N que presentaron alteraciones X 100***	
17. Evaluación por especialidades si corresponde***	17. Todo R.N atendido habrá recibido evaluación por especialista si corresponde	100%	No hay	Cardiología, genetista etc.	Nº de R.N atendidos que reciben evaluación médica por especialista/Nº total de R.N con interconsultas solicitadas X 100***	



5.5. PUÉRPERA Y EL RECIÉN NACIDO (RN) ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE PUERPERIO						
PROVEEDORES: MÉDICO GINECO OBSTETRA - NEONATÓLOGO - MATRÓN/A - TÉCNICO PARAMÉDICO						
Requisitos de calidad	Criterio - evaluación	Estándar	Excepciones	Aclaraciones	Indicadores calidad de proceso	Método
18. Elaboración de plan de atención integral***	18. En todo R.N atendido se habrá elaborado plan de atención integral.	100%	No hay	El plan de atención integral es clínico y psicosocial (establecer y favorecer vínculo paciente-profesional y vínculo madre-padre-hijo, acompañamiento, evaluar red de apoyo familiar y social). Se registrará en la ficha y debe ser cumplido.	Nº de R.N atendidos con plan de atención integral elaborado /Nº total de R.N atendidos X 100***	Auditoría de Fichas  Supervisión Autoevaluación Revisión de Pares
19. Cumplimiento del plan de atención integral***	19. En todo R.N atendido se habrá cumplido plan de atención integral.	100%	No hay	No hay	Nº de R.N atendidos con plan de atención integral cumplido /Nº total de R.N atendidos X 100***	
20. Entrega de orientación y apoyo en lactancia materna***	20. A toda madre de R.N atendido se le habrá entregado orientación y apoyo en lactancia materna	100%	No hay	Reforzar educación sobre técnica y beneficios de la lactancia materna Disponibilidad de clínica de lactancia materna para madres con problemas para amamantar***	Nº de R.N con lactancia materna exclusiva al alta /Nº de R.N de alta con su madre X 100	
21. Cumplimiento oportuno de indicaciones médicas***	21. En todo R.N atendido se habrán cumplido oportunamente las indicaciones médicas.	100%	Reacciones adversas a medicamento	Constatar órdenes de exámenes, recetas e interconsulta según corresponda.	Nº de R.N atendidos, con cumplimiento oportuno de indicaciones médicas/Nº total de R.N atendidos con indicaciones médicas X 100***	
22. Informar a la mujer que ante cualquier procedimiento debe acompañar a su hijo y verificar credencial del personal de salud***	22. A toda mujer se debe informar que tiene que acompañar a su hijo ante todo procedimiento clínico y verificar credencial del personal de salud.	100%	Mujer no puede deambular	La mujer debe ser informada que tiene que acompañar a su hijo cuando se le realizarán procedimientos clínicos y verificar credencial del personal de salud.	Nº de mujeres que reciben información de acompañar a su hijo ante procedimientos y verificar credencial del personal de salud / Nº de madres hospitalizadas en la Unidad de Puerperio*100	

5.6. PUÉRPERA Y EL RECIÉN NACIDO (RN) ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE PUERPERIO						
PROVEEDORES: MÉDICO GINECO OBSTETRA - NEONATÓLOGO - MATRÓN/A - TÉCNICO PARAMÉDICO						
Requisitos de calidad	Criterio - evaluación	Estándar	Excepciones	Aclaraciones	Indicadores calidad de proceso	Método
23. Registros completos, legibles y con el nombre completo del profesional responsable***	23. En todo R.N atendido se habrá hecho registro completo, legible y con el nombre completo del profesional responsable.	100%	No hay	Registro completo, letra clara, legible, identificación del profesional médico y matrn/a responsable.	Nº de R.N atendidos con registro completo, legible y con el nombre completo del profesional responsable /Nº total de R.N atendidos X 100***	
24. Alta por médico pediatra o neonatólogo y matrn/a***	24. Todo R.N atendido habrá sido o será dado de alta por médico pediatra o neonatólogo y matrn/a con evaluación e indicaciones médicas.	100%	No hay	Confección de cuaderno del niño/, Interconsultas, solicitud de exámenes si corresponde. Citación a control.	Nº de R.N atendidos dados de alta por médico pediatra o neonatólogo y matrn/a con evaluación e indicaciones médicas/ Nº total de R.N atendidos, de alta X 100***	Auditoría de Fichas Supervisión
25. Indicaciones sobre cuidados del RN de alta a puérpera y acompañante, por matrn/a***	25. Toda puérpera y pareja o acompañante habrá recibido indicaciones de cuidados del recién nacido de alta por matrn/a.	100%	No hay	Entrega cuaderno del niño/a, refuerzo de indicaciones médicas, educación sobre cuidados del R.N y apoyo en la crianza a puérpera y familiar o acompañante responsable.	Nº de puérperas y pareja o acompañante que recibió indicaciones sobre cuidados del R.N de alta por matrn/a/Nº total de R.N de alta X 100***	Autoevaluación Revisión de Pares Satisfacción usuaria
26. Contacto directo con el profesional del nivel de atención que corresponda ante situaciones especiales***	26. En toda puérpera y R.N de alta con situaciones especiales, se habrá hecho contacto directo con el profesional del niv de atención que corresponda	100%	No hay	Contacto directo por teléfono, mail, fax ante el alta de puérperas y R.N con situaciones especiales: VIF, alteraciones de vínculo, falta red de apoyo familiar y social, madre adolescente, drogadicción, alcoholismo, depresión.	Nº de puérperas y R.N de alta en que se hizo contacto directo ante situaciones especiales/ Nº total de puérperas de alta en situaciones especiales X 100***	

## INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

### A. Puérpera de Parto Atendida

### B. Recién Nacido Atendido

Pauta de Cotejo

Se incluyen todos los Requisitos

Instrumento de Autoevaluación

Se incluyen todos los Requisitos

Pauta para Revisión de Pares

Todos si es CONCURRENTE

### PAUTA A. PUÉRPERA

REQUISITOS DE CALIDAD	SI	NO
1. Buen trato a la puérpera y a su recién nacido. ***		
2. Atención madre - hijo en forma integral. ***		
3. Evaluación clínica de la puérpera con hipótesis diagnóstica. ***		
4. Seguimiento y detección de riesgo psicosocial. ***		
5. Evaluación médica gineco obstétrica de urgencia, si corresponde. ***		
6. Evaluación por especialidades si corresponde.		
7. Elaboración de plan de atención integral. ***		
8. Cumplimiento del plan de atención integral. ***		
9. Cumplimiento oportuno de indicaciones médicas. ***		
10. Alta por médico gineco obstetra y matrón/a.***		
11. Indicaciones de alta por matrón/a.***		
12. Contacto directo con profesional del nivel que corresponda ante situaciones especiales. ***		
13. Registros completos y legibles y nombre completo del profesional responsable. ***		

\*\*\* Centinelas

#### Valoración A. Puérpera Atendida

Si se cumplen 13 requisitos el Producto es de Excelencia  
 Si se cumplen 12 requisitos el Producto es Muy Bueno con Centinelas  
 Si se cumplen 11 requisitos el Producto es Bueno con Centinelas  
 Si se cumplen 10 requisitos el Producto es Regular  
 Si se cumplen 9 o menos requisitos el Producto es Malo

## PAUTA B. RECIÉN NACIDO

REQUISITOS DE CALIDAD	SI	NO
1. Verificación identificación de recién nacido ***		
2. Evaluación clínica del recién nacido, con hipótesis diagnóstica. ***		
3. Evaluación médica de urgencia por pediatra o neonatólogo, si corresponde. ***		
4. Evaluación por especialidades si corresponde.***		
5. Elaboración de plan de atención integral. ***		
6. Cumplimiento del plan de atención integral. ***		
7. Entrega de orientación y apoyo en lactancia materna.***		
8. Cumplimiento oportuno de indicaciones médicas.***		
9. Alta por médico pediatra o neonatólogo y matrn/a.***		
10. Indicaciones sobre cuidados del recién nacido de alta a puérpera y acompañante, por matrn/a***		
11. Contacto directo con el profesional del nivel de atención que corresponda, ante situaciones especiales. ***		
12. Registros completos y legibles y con el nombre completo del profesional responsable. ***		
13. Informar a la madre que ante cualquier procedimiento debe acompañar a su hijo y verificar identificación del personal de salud. ***		

\*\*\* Centinelas

#### Valoración B. Recién Nacido Atendido

Si se cumplen 13 requisitos el Producto es de Excelencia  
 Si se cumplen 12 requisitos el Producto es Muy Bueno con Centinelas  
 Si se cumplen 11 requisitos el Producto es Bueno con Centinelas  
 Si se cumplen 10 requisitos el Producto es Regular  
 Si se cumplen 9 o menos requisitos el Producto es Malo

Fuente: Programa Nacional Salud de la Mujer 2011. Programa para evaluar Servicios de Obstetricia, Ginecología y Neonatología

## 6. Indicadores de proceso

Atención de la Madre y Recién Nacido en la Unidad de Puerperio	
A toda puérpera de un parto atendido por médico y/o matrn/a debe realizarse control en el posparto inmediato, según norma vigente	Nº de mujeres atendidas durante el parto por médico y/o matrn/a con control en el posparto inmediato, según norma/Nº de mujeres atendidas durante el parto X 100.
Toda madre debe permanecer con su hijo, salvo por indicación médica.	Nº de mujeres atendidas durante el parto por médico y/o matrn/a que permanecen con su hijo/Nº de mujeres atendidas durante el parto X 100.
Toda puérpera y su recién nacido habrán sido atendidos en forma conjunta e integral por profesional matrn(a).	Nº de puérperas y recién nacidos atendidos por profesional matrn/a en la Unidad de Puerperio/ Nº total de puérperas y recién nacidos atendidos X 100.
A toda puérpera atendida por matrn/a se le habrá realizado evaluación clínica con hipótesis diagnóstica.	Nº de puérperas atendidos por matrn/a con evaluación clínica e hipótesis diagnóstica/Nº Total de puérperas hospitalizadas atendidos por matrn/a X 100.
En toda puérpera y recién nacido atendidos por matrn/a se le habrá realizado seguimiento o detectado riesgo psicosocial.	Nº de puérperas y recién nacidos atendidos por médico y/o matrn/a con interconsulta a especialista según corresponda/Nº Total de puérperas con riesgo psicosocial detectado X 100.
En toda puérpera atendida por matrn/a habrá se habrá elaborado plan de atención integral.	Nº de puérperas atendidas por matrn/a con plan de atención integral elaborado /Nº total de puérperas hospitalizadas atendidas por matrn/a X 100.
En toda puérpera atendida por matrn/a se habrá dado cumplimiento al plan de atención integral.	Nº de puérperas atendidas por matrn/a con plan de atención integral cumplido/ /Nº total de puérperas hospitalizadas atendidas por matrn/a X 100.
En todo recién nacido atendido se habrá verificado la identificación.	Nº recién nacido con errores de identificación detectados/ Nº Total de recién nacidos atendidos X 100
En todo recién nacido atendido se habrá elaborado plan de atención integral.	Nº de recién nacidos atendidos con plan de atención integral elaborado /Nº total de R.N atendidos X 100.
En todo recién nacido atendido se habrá cumplido plan de atención integral	Nº de recién nacidos atendidos con plan de atención integral cumplido /Nº total de recién nacidos atendidos X 100.
En todo recién nacidos atendidos se habrá realizado evaluación clínica con hipótesis diagnóstica.	Nº de recién nacidos atendidos, con evaluación clínica e hipótesis diagnóstica/Nº Total de recién nacidos atendidos X 100.
Todo recién nacido atendido habrá recibido evaluación médica de urgencia por pediatra o neonatólogo, si corresponde.	Nº de recién nacidos atendidos que reciben evaluación médica de urgencia por pediatra o neonatólogo/Nº Total de recién nacidos que presentaron alteraciones. X 100.
A toda madre de recién nacido atendido se le habrá entregado orientación y apoyo en lactancia materna.	Nº de recién nacidos con lactancia materna exclusiva al alta /Nº de recién nacido de alta con su madre X 100.
A toda madre se debe informar que tiene que acompañar a su hijo ante todo procedimiento clínico y verificar credencial del personal de salud.	Nº de madres que reciben información de acompañar a su hijo ante procedimientos y verificar credencial del personal de salud / Nº de madres hospitalizadas en la Unidad de Puerperio X100.
Toda puérpera y pareja o acompañante habrá recibido indicaciones de cuidados del recién nacido de alta por matrn/a.	Nº de puérperas y pareja o acompañante que recibió indicaciones sobre cuidados del recién nacido de alta por matrn/a/Nº total de recién nacido de alta. X 100.

## Referencias

1. Ministerio de Salud (2012) DIGERA, Departamento de Procesos y Transformación Hospitalaria: Criterios de Clasificación según nivel de complejidad de Establecimientos Hospitalarios.
2. Ministerio de Salud (2012) DIGERA, Departamento de Procesos y Transformación Hospitalaria: Nivel de Complejidad en Atención Cerrada.
3. Ministerio de Salud (2013) Subsecretaría de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Salud de la Mujer, Departamento de Ciclo Vital: Programa para Evaluar Servicios de Obstetricia, Ginecología y Neonatología.

## XI. ANEXOS

### 1. Lactancia y fármacos en el puerperio

Un alto porcentaje de las mujeres toma alguna clase de medicamentos en la primera semana posparto. Gran parte de los medicamentos que se administran a la madre llegan al niño a través de la leche, en mayor o menor proporción, pero la mayoría de ellos son considerados compatibles con la lactancia. El tratamiento farmacológico durante la lactancia genera poca adherencia a este y/o incumplimiento de la Lactancia Materna Exclusiva (LME). Es fundamental el conocer cuales de ellos no se recomiendan en este período, como también el desmitificar la contraindicación de otros.

#### 1.1 Seguridad farmacológica durante la lactancia

La mayoría de las recomendaciones respecto a seguridad están basadas en riesgos teóricos, reporte de casos o estudios de casos.

Las compañías farmacéuticas no recomiendan el uso de sus productos durante la lactancia, por lo que su contraindicación debe ser avalada por adecuadas fuentes de información. Se recomienda el uso de bases de datos online de acceso libre y dependientes de instituciones serias en constante actualización de contenidos ([www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org)).

#### 1.2 Mecanismos de transferencia

La concentración en leche y plasma depende de la ionización relativa, solubilidad lipídica de la fracción no ionizada, peso molecular y fijación a proteínas (la leche es más ácida que el plasma por lo que los medicamentos se fijan más al plasma). **Casi todos los fármacos pasan a la leche por difusión de su forma no ionizada.**

#### El paso de medicamento a la leche depende de:

- Vía administración.
- Características físico-químicas.
- Intervalo entre las dosis.
- Niveles plasmáticos.
- Tiempo transcurrido entre la ingestión y la mamada.

#### La cantidad de droga que llega al niño depende de:

- Concentración en la leche.
- Volumen de leche deglutida.
- Grado de absorción intestinal del RN.
- Capacidad de eliminación.

### Sugerencias en la prescripción de fármacos en el puerperio

- Indicar sólo lo absolutamente necesario.
- Restringir aún más la prescripción en las primeras semanas de lactancia.
- Informar sobre los peligros de la automedicación.
- Elegir drogas que no pasen o lo hagan escasamente a la leche materna.
- Administración tópica o inhalatoria de preferencia.
- Evitar fármacos de reciente aparición.
- Utilizar la menor dosis eficaz durante el menor tiempo posible.
- Evitar la polifarmacia.
- Dar el pecho cuando se supone que la concentración de la droga es más baja.
- Administrar el medicamento precisamente antes que el niño comience su período de sueño más largo.
- Sustituir alguna lactada por suplemento en los períodos de mayor concentración de la droga.
- Sustitución transitoria de la lactancia en casos de tratamientos cortos.
- Siempre vigilar al lactante para observar posibles efectos adversos.

### 1.3 Drogas y lactancia : Clasificación (OMS)

- Compatible con lactancia.
- Compatible con lactancia pero se debe monitorizar efectos colaterales.
- Evitables en lo posible, se deben monitorizar efectos colaterales.
- Evitables en lo posible. Podrían inhibir la lactancia.
- Prohibidos/contraindicados.

#### Consideraciones especiales

- La seguridad de algunos fármacos puede cambiar en caso de prematuridad y/o en el primer mes de vida.
- Importante informar a la mujer de posibles efectos colaterales.
- Chequear consideraciones especiales de cada fármaco antes de prescribirlo.
- En algunos casos, considerar la suspensión de la lactancia temporal o permanente cuando se sabe que el fármaco puede producir efectos indeseables sobre el lactante o el fármaco es muy potente (por ej.: citostáticos, productos radioactivos y otros).
- Verificar si la mujer tiene una alteración de la función renal o una hepatopatía grave (podría acumular o utilizar la leche como vía alternativa de excreción).
- La producción láctea es máxima durante la mamada, se debe evitar su coincidencia con el pick de concentración plasmática (administración inmediatamente después de lactancia).

Analgésicos	Clasificación
Paracetamol	Compatible (elección)
Ibuprofeno	Compatible
AINES (ej.: Diclofenaco)	Compatible
Tramadol	Compatible
Acido Acetilsalicílico	Compatible en forma ocasional. Evitar tratamientos largos y monitorear efectos en RN.



Antihipertensivos	
Propranolol Atenolol	Compatible Evitar en lo posible, se deben monitorizar efectos colaterales (bradicardia, cianosis)
Captopril Enalapril Nifedipino Hidralazina - Metildopa Furosemida / Hidroclorotiazida	Compatible Compatible Compatible Compatible Compatible con RN, se recomienda evitar ya que puede disminuir producción láctea.

Hipoglicemiantes	
Insulina Metformina Glibenclamida	Compatible Compatible Compatible

Proquinéticos y Antiulcerosos	
Metoclopramida Domperidona Ranitidina Omeprazol Hidróxido de Aluminio	Compatible Compatible (elección) Compatible Compatible (elección) Compatible

Anticonvulsivantes y Psicofármacos	
Carbamazepina Diazepam	Compatible, pero se debe monitorizar efectos colaterales Compatible (dosis aisladas), <i>pero se debe monitorizar efectos colaterales. Evitar dosis repetidas</i>
Sulfato de Magnesio fenobarbital Fenitoína Acido Valproico Clonazepam	Compatible Compatible, pero se debe monitorizar efectos colaterales Compatible, pero se debe monitorizar efectos colaterales Compatible, pero se debe monitorizar efectos colaterales Compatible ( <i>Solo en dosis bajas</i> ), <i>pero se debe monitorizar efectos colaterales.</i>
Carbonato de Litio Tricíclicos (Imipramina) Fluoxetina Sertralina Paroxetina Citalopram Clorpromazina Haloperidol	<b>Contraindicado</b> Compatible Compatible (Evitar, tiende a acumularse) Compatible Compatible (Primera elección) Compatible Evitar en lo posible, se deben monitorizar efectos colaterales Evitar en lo posible, se deben monitorizar efectos colaterales

Antibióticos / Antifúngicos / Antivirales / Antiparasitarios	
Penicilinas y Betalactámicos (amoxicilina, cloxaciclina, cefadroxilo, cefradina, ceftriaxona y otras)	Compatibles
Gentamicina	Compatible
Azitromicina / Eritromicina	Compatible
Nitrofurantoína	Compatible
Metronidazol	Compatible
Fluconazol	Compatible
Nistatina	Compatible
Clotrimazol	Compatible
Griseofulvina	<b>Contraindicado</b>
Zidovudina	Compatible
Aciclovir	Compatible
Antihelmínticos (mebendazol/ albendazol)	Compatible

Otros fármacos de uso habitual y suplementos	
Sulfato Ferroso/ Fierro Vitaminico	Compatibles
Ácido Fólico	Compatible
Levotiroxina	Compatible
Atorvastatina	<i>Evitar en lo posible, se deben monitorizar efectos colaterales</i>
	Compatible
Salbutamol	Compatible
Budesonida	Compatible
Bromuro de Ipratropio	Compatible
Warfarina	<b>Contraindicado</b>
Yodo Radioactivo	<b>Contraindicado</b>
Quimioterápicos Citotóxicos	<i>Evitar en lo posible, se deben monitorizar efectos colaterales (sedación)</i>
Clorfenamina	Compatible
	Compatible
Cetirizina	Compatible
Loratadina	<b>Contraindicado</b>
Pseudoefedrina	

#### 1.4 Fármacos que alteran la producción láctea

Alteraciones en la producción láctea

- Un pequeño grupo de medicamentos presentan como principal efecto adverso la disminución de la producción láctea. Los ACO combinados reducirían la producción de leche 20-30%, siendo aún mayor en las primeras semanas del posparto. Otros medicamentos de este grupo son bromocriptina y ergotamina que se utilizan para la supresión de la lactancia. Los vasoconstrictores como la fenilefrina y similares también reducen transitoriamente la producción de leche.
- En el otro extremo metoclopramida y domperidona aumentarían la cantidad de leche, aunque su efecto positivo no sería clínicamente significativo, en mujeres con buena estimulación de prolactina por la succión del niño.

- Destacable en este tema es el amplio uso del Sulpirida como inductor de lactancia y efecto antidepresivo menor en la mujer. No existe evidencia científica actual que le avale para ninguno de estos fines, por el contrario hay suficientes argumentos para no recomendar su uso durante la lactancia, principalmente asociados a aparición de trastornos psiquiátricos post discontinuación del fármaco y posible sedación del niño.

## Referencias

1. Breastfeeding and Maternal Medication Recommendations for Drugs in the Eleventh WHO Model List of Essential Drugs © World Health Organization 2002.
2. Amir Lh. Breastfeeding - evidence based guidelines for the use of medicines. Australian family Physician VOL. 40, n 9, 684-690. SEPTEMBER 2011.
3. Berle JO, Spigset O. Antidepressant use during breastfeeding. Current Women's Health Reviews, 2011; 7:28-34

## 2. Registros de mortinato – mortineonato

### Objetivo

El siguiente documento ha sido confeccionado con el objetivo de otorgar atención expedita a las mujeres y orientar a los profesionales en la confección de los diferentes documentos.

### Campo de aplicación

- Servicios de Obstetricia y Ginecología.
- Servicios Médicos hospitales de Mediana y Baja Complejidad.

### Responsables ejecución

- Médico tratante.
- Médico Jefe de turno.
- Matrón(a) tratante.
- Matrón(a) jefe de turno.

### Responsables de la supervisión

- Médico Jefe de Turno.
- Matrón(a) Jefe de turno.

### 2.1. Registro de mortinatos

**En todo mortinato con edad gestacional (EG)  $\geq$  22 semanas ó peso  $\geq$  500 gramos se debe:**

- Registrar en hoja de parto.
- Realizar certificado de defunción.
- Solicitar autorización para autopsia si corresponde.
- Registrar en ficha clínica: Fecha, hora, sexo, peso, talla y situaciones clínicas especiales (malformaciones evidentes, circulares y otros).

**En todo mortinato con EG  $<$  a 22 semanas ó  $<$  500 gramos se debe:**

- Realizar certificado de defunción.
- Solicitar autorización para biopsia si corresponde (feto y placenta).
- No registrar en Hoja de parto.
- Registrar en ficha clínica: Fecha, hora, sexo, peso, talla y situaciones clínicas especiales (malformaciones evidentes, circulares y otros.)

**Nota: es responsabilidad del médico jefe de turno y matrón(a) jefe, el resguardo, rotulación e identificación del feto.**

**Mortinato sin autopsia y/o biopsia****El Médico y/o matrn(a) que atiende el parto debe llenar los siguientes documentos:**

- Registro de parto.
- Certificado de defunción.
- Interconsulta a Anatomía Patológica (a pesar que usuario no autorice autopsia. Indicar en Interconsulta que es sin autopsia) Se debe agregar en Interconsulta:
  - Fecha.
  - Hora.
  - EG.
  - Peso.
  - Talla.
  - sexo.
  - Si feto va a ser entregado o va a otra institución.
  - Orden de biopsia de placenta.

**El Médico Jefe de turno debe realizar:**

- Auditoría muerte fetal (desde las 22 semanas).
- Informar a la mujer y familiares.

**Matrn(a) Jefe de turno debe:**

- Realizar supervisi3n de todos estos documentos. Verificar que est3n confeccionados antes del traslado a las unidades de puerperio o ginecolog3a.
- Dar informaci3n de opciones de sepultura.
- Enviar ficha completa a destino de traslado (ginecolog3a o puerperio).

**Mortinato con autopsia (con autorizaci3n de los padres)****El Médico y/o matrn(a) que atiende el parto debe llenar los siguientes documentos:**

- Hoja de parto.
- Interconsulta a Anatomía Patológica con indicaci3n de autopsia (Incluir siempre la placenta y antecedentes clínicos de la usuaria).
- Orden de biopsia de placenta.

**El Médico Jefe de turno debe realizar:**

- Auditoría muerte fetal (desde las 22 semanas).
- Informar a la mujer y familiares.

**Matrn(a) Jefe de turno debe realizar:**

- Supervisar que todos estos documentos sean confeccionados y est3n en la ficha, antes del traslado a puerperio o ginecolog3a.
- Dar informaci3n de opciones de sepultura.

**Certificado de defunción lo completa Médico Anatómico Patólogo.****El Técnico Paramédico debe:**

- Identificar (rotular) al mortinato en la unidad donde ocurre el evento.
- Trasladar al mortinato, debidamente identificado, al refrigerador asignado para este procedimiento.
- Trasladar al mortinato a Anatomía patológica.

**2.2. Trámites a realizar por los familiares en caso de mortinatos**

1. Con Certificado de defunción debe registrar en el Servicio de Registro Civil e identificación.
2. En el registro Civil solicitar pase de sepultación.
3. Realizar trámites correspondientes en cementerio, si sepultación es realizada por la familia. (avisar a Anatomía Patológica si van a retirar el cuerpo antes de 48 horas).
4. Retiro de cuerpo en Anatomía Patológica con pase de sepultación y urna.

**2.3. Registro de mortineonatos****Mortineonato  $\geq 22$  semanas y/o  $\geq 500$  gramos**

A todo Mortineonato, se debe realizar lo siguiente:

- Registrar en hoja de parto.
- Confeccionar Comprobante de Parto con recién nacido vivo.
- Certificado de defunción: realizar en neonatología, sin autopsia o por médico, médico pediatra o neonatólogo, en establecimientos que cuenten con neonatología.
- Certificado de defunción, realizar en Anatomía Patológica si es con Autopsia.

**Mortineonato  $< 22$  semanas y/o  $< 500$  gramos**

- Registro de datos en ficha clínica (fecha, hora, EG, peso, talla, sexo y antecedentes relevantes).
- No registrar en hoja de parto.
- Confeccionar Comprobante de Parto con recién nacido vivo.
- Certificado de defunción realizar en Neonatología, sin autopsia.
- Certificado de defunción realizar en Anatomía Patológica si es con Autopsia.

**2.4. Trámites a realizar por los familiares en caso de mortineonatos**

- Con comprobante de Parto con recién nacido vivo, inscribir nacimiento en servicio de registro civil e identificación.
- Con certificado de nacimiento, concurrir a neonatología o pediatra o médico asignado, para retirar certificado de defunción.
- La Confección del Certificado de Defunción debe realizarse en base a los datos del Certificado de Nacimiento.
- Con certificado de defunción, concurrir a Registro Civil y solicitar pase de sepultación.
- Realizar trámites correspondientes en cementerio, si sepultación es realizada por la familia.

- Retiro de cuerpo en Anatomía Patológica con pase de sepultación y urna.
- En caso de realizar sepultura en algún centro con convenio, coordinar con matrón(a) encargada en cada servicio.

## 2.5. Parto de mortinato extraservicio

### El médico jefe de turno debe realizar lo siguiente:

- Informar a Carabineros del suceso.
- El médico debe anotar en Ficha Clínica.
  - N° de la denuncia.
  - N° parte.
  - Nombre fiscal.
- Registrar en hoja de parto si es mayor a 22 semanas ó 500 gramos.
- Llenar formulario de Auditoría de mortinato y anexar a ficha clínica.
- Completar formulario para remitir fallecido al Servicio Médico Legal (SML).
- Interconsulta a anatomía patológica con:
  - Fecha.
  - Hora.
  - EG.
  - Peso.
  - Talla.
  - Sexo.
  - Antecedentes clínicos especiales (malformaciones, antecedentes conocidos)
- Enviar a Anatomía Patológica para ser trasladado a SML.
- Certificado de defunción se confecciona en SML.

## 2.6. Documentos relacionados

Corresponden a formularios y documentos a utilizar en los procesos antes descritos. Se sugiere mantener en **carpeta de certificados de defunciones** (en oficina de matrón(a) o médico de turno).

- Hoja de registro de Partos.
- Comprobante de parto con recién nacido vivo.
- Certificado médico de defunción.
- Informe de Auditoría de mortalidad fetal.
- Interconsulta Anatomía patológica.
- Orden de biopsia (para placenta).
- Autorización de autopsia de mortinatos (para firma de padres).
- Autorización de sepultura.
- Formulario para remitir fallecidos al SML.
- Registro de diagnóstico de Causa Primaria de Muertes Perinatales.

**Con respecto a certificado de defunción:**

- Certificado de **MORTINATO** debe ir como:

**NN + APELLIDO PADRE + APELLIDO MADRE**

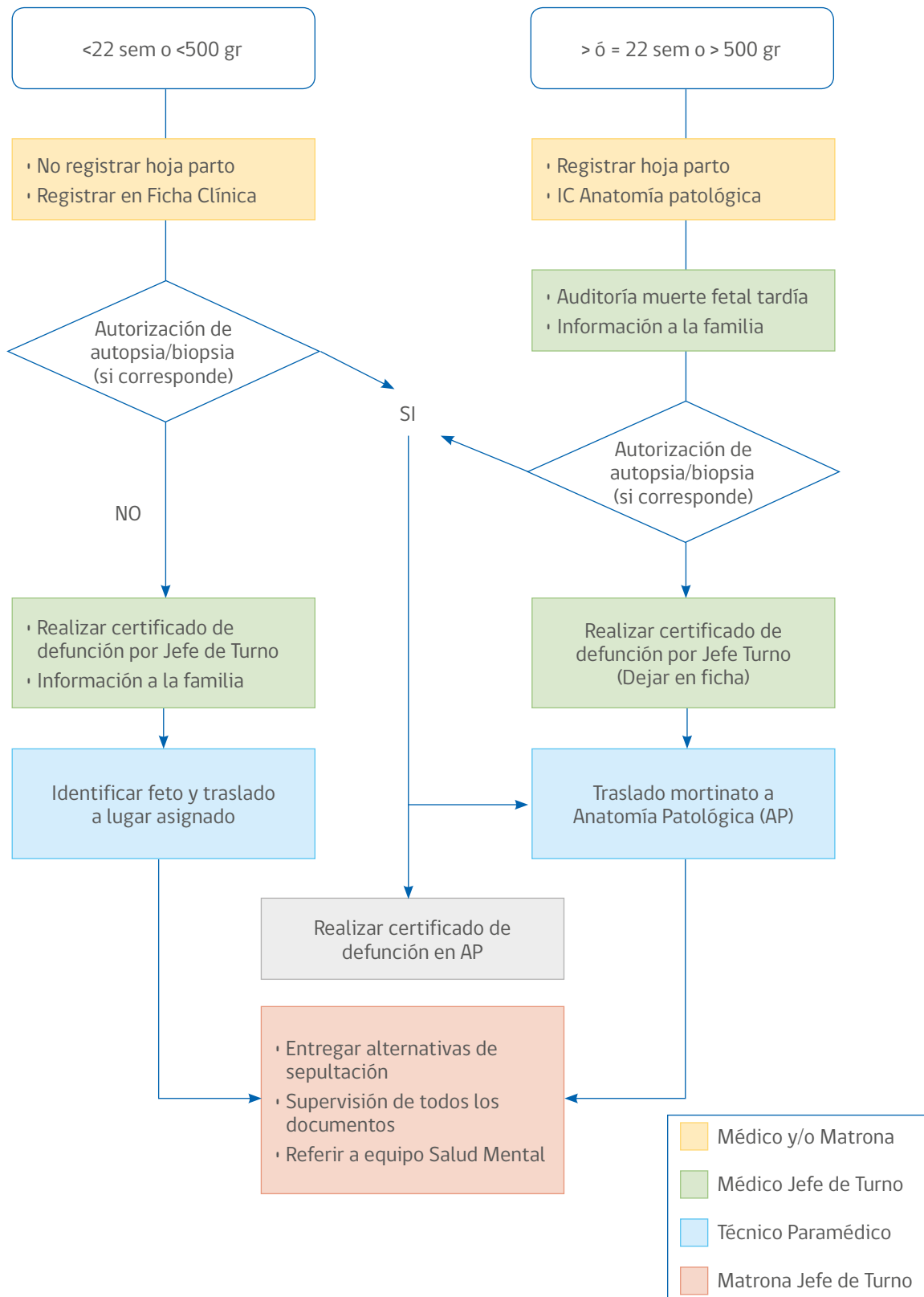
- Certificado de **MORTINEONATO** debe ir como:

**NOMBRE RN + APELLIDO PADRE + APELLIDO MADRE**



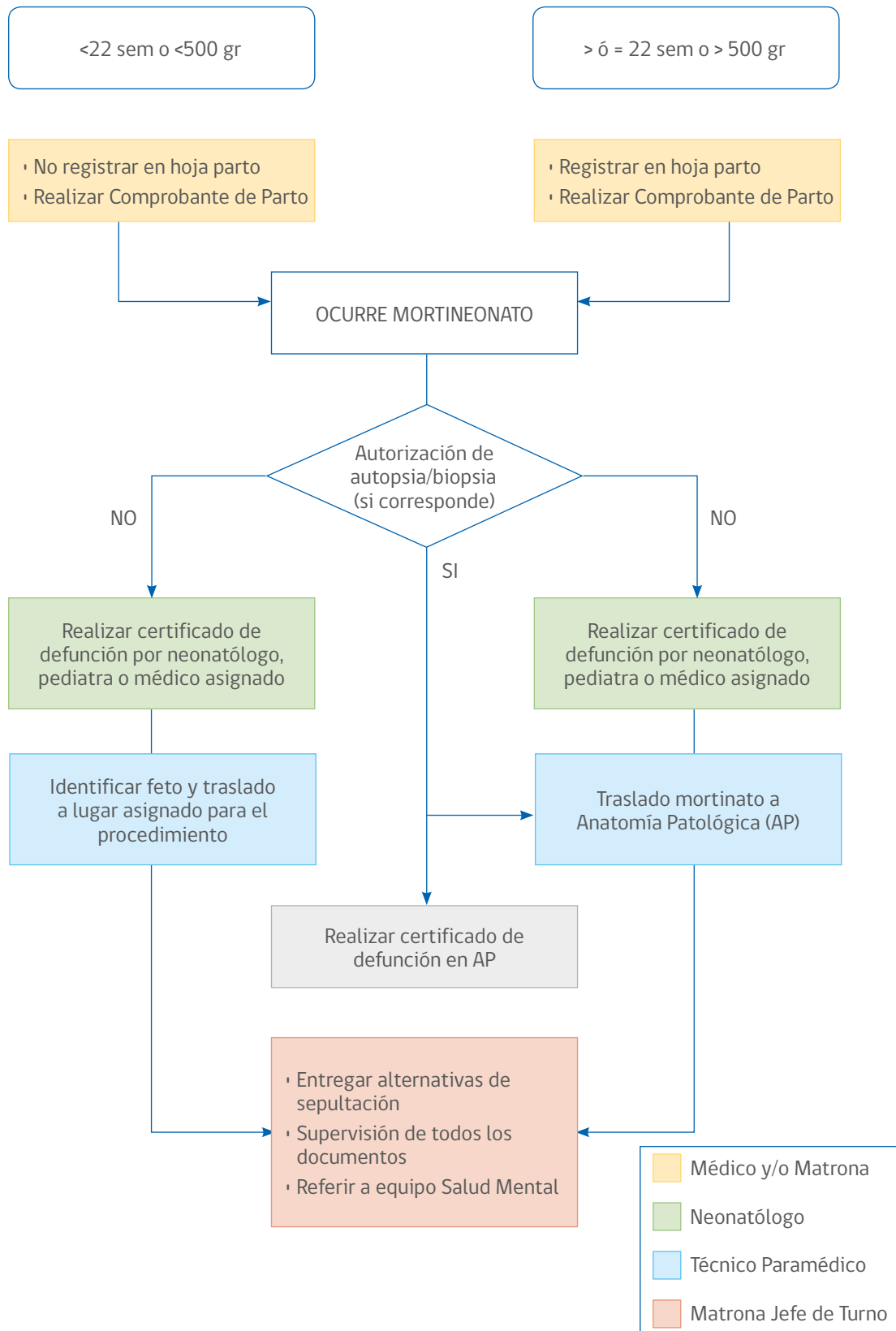
2.7. Flujogramas

FLUJOGRAMA MORTINATOS



Fuente: Figueroa C., Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital La Florida.  
AP: Anatomía Patológica

## FLUJOGRAMA MORTINEONATOS



### 3. Inmunizaciones en el posparto

Durante el puerperio, no supone ninguna contraindicación para la administración de vacunas atenuadas o inactivadas para la mujer ni el lactante. Las vacunas de virus vivos se replican en la mujer, pero no se ha demostrado su excreción en la leche materna, a excepción del virus de la rubéola. En este caso, el virus no suele infectar al lactante, y si se produce no afecta la respuesta del lactante a la vacunación posterior.

#### 3.1. Definiciones

- **Inmunidad:** Conjunto de mecanismos de defensa de animales y humanos frente a agentes externos extraños.
- **Vacunación:** Administración de una vacuna o toxoide.
- **Inmunización:** Proceso de inducir o proporcionar inmunidad.
- **Vacunas:** Son productos biológicos, utilizados para obtener inmunización activa de forma artificial. Están constituidas por microorganismos vivos atenuados o muertos, o por productos derivados de ellos, que son inoculados al paciente y que una vez introducidos al huésped, producen respuesta inmune para prevenir enfermedades.
- **Toxoides:** Son toxinas bacterianas modificadas, convertidas en no tóxicas, pero con capacidad de estimular la formación de antitoxinas.
- **Inmunoglobulinas:** Soluciones que contienen anticuerpos obtenidos a partir de sangre humana y que son utilizadas para mantener la inmunidad en personas inmunodeficientes o para conseguir la inmunización pasiva.
- **Antitoxina:** Anticuerpos obtenidos de suero de animales después de la estimulación con determinados antígenos y utilizados para proporcionar inmunización pasiva.
- **Eficacia de las vacunas:** Proporción de vacunados en quienes efectivamente la vacuna provoca reacción inmune celular, producción de anticuerpos o ambas, que sean capaces de proteger luego de recibir el número de dosis recomendadas, en condiciones adecuadas de almacenamiento y aplicadas a la edad recomendada.

#### 3.2. Clasificación de la inmunidad

La inmunidad se puede clasificar en:

- **Inmunidad activa natural:** es la producida o generada directamente por la enfermedad.
- **Inmunidad activa artificial:** es la lograda mediante la vacunación. Significa inducción de defensas por la administración de diferentes formas de antígenos (vacunas, toxoides).
- **Inmunidad pasiva natural:** Es aquella lograda por el paso transplacentario de anticuerpos de la madre al feto.
- **Inmunidad pasiva artificial:** Es la producida o lograda por el uso o administración de inmunoglobulinas. Protección temporal mediante la administración de sustancias inmunes producidas de forma exógena (inmunoglobulinas).

Aunque la inmunidad más efectiva es la que se produce como respuesta a un microorganismo vivo, generalmente la existencia de una infección por un virus o una bacteria, no es una condición indispensable para generar inmunidad. Este es el principio en que se basa la inmunización.

### 3.3. Vacunas

#### 3.3.1 Clasificación de las vacunas

- A. Vacunas vivas o atenuadas:** Se producen por la modificación del agente infeccioso “salvaje” en el laboratorio para hacerlo capaz de reproducirse en el ser humano, generando inmunidad, pero sin tener capacidad para producir la enfermedad. La inmunidad provocada por estas vacunas es de larga duración y muy intensa, parecida a la generada por la enfermedad natural. Este tipo de administración, confiere inmunidad tanto humoral como local impidiendo la infección en la puerta de entrada del microorganismo y la consecuente diseminación del mismo.
- B. Vacunas muertas o inactivadas:** Compuestas por bacterias o virus inactivados o fracciones de los mismos (polisacáridos, proteínas, toxoides, subunidades y otros). En ocasiones los polisacáridos se conjugan con proteínas para incrementar la inmunidad.

Pueden ser de tres tipos:

- Virus o bacterias, enteros o totales.
- Toxoides (antígenos segregados con capacidad inmunológica, pero sin toxicidad).
- Fracciones víricas (antígeno de superficie del virus de la hepatitis B) o bacterianas (polisacáridos capsulares).

La respuesta inmunitaria es de menor intensidad y duración que la obtenida con vacunas de microorganismos vivos atenuados. Generan una respuesta de tipo humoral. Ejemplo de estas vacunas: Influenza, polio (IM), tos ferina, hepatitis B, Haemophilus Influenzae tipo B.

### 3.3.2 Tipo de vacunas

VACUNAS ATENUADAS	
<b>Virales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Sarampión</li> <li>▸ Rubeola</li> <li>▸ Parotiditis</li> <li>▸ Varicela</li> <li>▸ Fiebre amarilla</li> <li>▸ Poliomiелitis oral</li> </ul>	<b>Bacterianas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ BCG</li> <li>▸ Fiebre Tifoidea oral</li> <li>▸ Cólera</li> </ul>
VACUNAS INACTIVADAS	
Enteras	
<b>Virales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Poliomiелitis Inyectable</li> <li>▸ Hepatitis A</li> <li>▸ Influenza</li> <li>▸ Rabia</li> </ul>	<b>Bacterianas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Pertussis</li> <li>▸ Cólera IM</li> </ul>
Fraccionadas	
<b>Subunidades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Hepatitis B</li> <li>▸ Influenza</li> <li>▸ Pertussis acelular</li> </ul>	<b>Toxoides</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Difteria</li> <li>▸ Tétanos</li> </ul>
Polisacáridos	
<b>Polisacáridas Puras</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Neumocócica 23</li> <li>▸ Meningocócica</li> </ul>	<b>Polisacáridas Conjugadas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Haemophilus Influenzae</li> <li>▸ Neumocócica 7</li> <li>▸ Meningocócica C conjugada</li> </ul>

### 3.3.3 Características de la Vacuna Ideal

- Debe mimetizar una respuesta inmune similar a la infección natural
- Debe ser efectiva
- Con efectos secundarios mínimos
- Con inmunidad persistente a largo plazo
- Existir en dosis única y compatible con otras vacunas
- Poco o no invasora
- De administración precoz
- Ser estable a temperatura ambiente
- De fácil producción y accesible económicamente

### 3.3.4 Técnicas de aplicación de vacunas

Con el fin de garantizar una adecuada aplicación de vacunas, se debe tener en cuenta:

- Utilizar jeringas desechables nuevas, con volúmenes y agujas adecuadas.
- Manipular vacunas, jeringas y agujas con técnicas asépticas.

- Evitar la aplicación en áreas o zonas eritematosas, induradas o dolorosas.
- La aguja con la que eventualmente se reconstituye una vacuna debe ser distinta a la utilizada para su aplicación.
- Limpiar la piel del sitio donde se va a inyectar la vacuna con solución salina o agua estéril y secar con algodón o dejar secar al aire ambiente.
- Introducir la aguja en el sitio de la aplicación, aspirar y verificar la presencia de sangre, si esto ocurriera, retirar la aguja y seleccionar un sitio aledaño.
- Cuando se administre de forma simultánea más de una vacuna, se debe utilizar una jeringa para cada una e inocularlas en sitios anatómicos diferentes a menos que se aplique una vacuna tetravalente o pentavalente.
- Si por alguna razón, una vacuna aplicada por vía intramuscular o subcutánea se enquistada, se deberá repetir la dosis.

### 3.3.5 Dosificación de las vacunas:

Las dosis recomendadas de las vacunas dependen de las consideraciones teóricas, estudios y experiencias clínicas. La administración de dosis menores a las recomendadas o el administrar por la vía equivocada, puede resultar en que la protección no sea la adecuada.

De igual manera, no se debe exceder la dosis máxima recomendada, ya que esto no garantiza una mejor respuesta y en cambio puede resultar peligroso para el receptor debido a la excesiva concentración local o sistémica de antígenos.

### 3.3.6 Reacciones adversas tras la vacunación

Las reacciones adversas pueden ser de tres tipos:

- **Locales:** dolor y enrojecimiento en el lugar de la inyección en más del 50% de las personas vacunadas. Es más frecuente que aparezca en las vacunas inactivadas y en aquellas que contienen coadyuvantes. Ocurre en horas y generalmente son autolimitadas.
- **Sistémicas:** fiebre, malestar mialgias, dolor de cabeza, pérdida del apetito y otras. Se asocian con mayor frecuencia a la aplicación de vacunas inactivadas.
- **Alérgicas:** producidas por el propio tipo de antígeno de la vacuna o por algún componente de la misma (conservantes, estabilizantes y otros). Son muy infrecuentes.

### 3.3.7 Contraindicaciones y precauciones generales durante la vacunación

Las contraindicaciones, guardan relación con situaciones particulares del potencial receptor de la vacuna, no con la vacuna en sí. (Ejemplo de ello es la vacuna anti influenza que está contraindicada en personas alérgicas severas a la proteína del huevo).

Las precauciones se relacionan con personas que tienen altas posibilidades de desarrollar serios efectos adversos tras una vacunación o aquellas en las que está comprometida la capacidad de producir una adecuada respuesta inmunológica frente a la vacuna. (Ejemplo de ello es la aplicación de la vacuna contra el sarampión en personas que tengan inmunidad pasiva frente a dicha enfermedad a consecuencia de una transfusión reciente. Esta contraindicación desaparecerá al cabo de un tiempo).

**Existen solo dos contraindicaciones absolutas para la vacunación:**

- **Reacción anafiláctica** frente a algún componente de la vacuna o tras una dosis previa de la vacuna. Esto contraindica la posibilidad de dosis adicionales de dicha vacuna.
- Desarrollo de **encefalopatía** en los 7 días posteriores a la vacunación contra **coqueluche**.

**Dentro de las contraindicaciones temporales o relativas para la vacunación se encuentran:**

1. Enfermedad aguda moderada o severa (cualquier vacuna).
2. Recepción reciente de productos sanguíneos, conteniendo anticuerpos (vacunas vivas inyectadas.)
3. Embarazo: durante el embarazo están contraindicadas las vacunas vivas. Aunque no está demostrado que las vacunas produzcan daño fetal. Como norma de precaución deben evitarse las vacunas inactivadas durante el primer trimestre.
4. En personas inmunocomprometidas, las vacunas vivas pueden resultar peligrosas, dada la posibilidad de replicación (inmunodeficiencias, leucemia, linfoma, tumores malignos, corticoterapia, inmunosupresores, radioterapia y otras).  
La vacunación en estas personas estará indicada sólo por especialistas.

**Falsas contraindicaciones para la vacunación**

No existen contraindicaciones para la vacunación, en caso de coincidir con:

- Tratamiento antibiótico.
- Convalecencia o exposición a enfermedades.
- Lactancia materna.
- Prematuridad.
- Alergias a otros productos que no pertenecen a las vacunas.
- Historia familiar de inmunosupresión (salvo para polio oral).
- Prueba de la tuberculina.
- Vacunación múltiple.
- Enfermedades leves (fiebre leve, infección respiratoria, otitis media, diarrea).

**3.3.8 Protocolo de actuación durante la vacunación**

- Comprobar que no existe contraindicaciones, establecidas para cada una de las vacunas correspondientes.
- Comprobar mediante registro escrito, calendario de vacunación vigente si corresponde.
- Informar correctamente al receptor de la vacuna, acerca de las ventajas de la vacunación, así como también de las posibles reacciones adversas.
- Si el receptor es menor de edad, informar a sus padres o tutores legales.
- Asegurarse que el preparado o vacuna elegida, es el correcto (tipo, dosis, fecha de caducidad del producto).
- Técnica de vacunación correcta: elección del lugar anatómico adecuado. Utilizar la técnica y el material correcto para la vacunación (calibre y longitud de aguja adecuados, zona de inyección y ángulo correcto).

- Disponer del material, conocimiento y entrenamientos adecuados para actuar frente a una reacción adversa aguda y grave tras una vacunación.
- Registro de la vacunación: dejar por escrito constancia del nombre completo de la persona vacunada, edad, tipo de vacuna administrada, fecha de vacunación, marca comercial y número de lote de la vacuna, así como también los datos indicativos del profesional que realiza el acto de vacunar. Notificar en el caso de sospecha de reacción adversa ante una vacuna, al servicio de fármaco vigilancia del lugar geográfico correspondiente.
- Conservación adecuada de las vacunas para asegurar y garantizar la estabilidad y la eficacia de las vacunas. Estas deben resguardarse en refrigeradores entre +2 y +8 ° C. No deben congelarse.

### 3.3.9 Vacunación en el puerperio

Ni las vacunas inactivadas, ni las vivas atenuadas, administradas a la mujer que amamanta, afectan la seguridad de la mujer ni la de su hijo.

La lactancia materna tampoco afecta negativamente la vacunación, ni constituye contraindicación para vacuna alguna.

El único virus que se ha aislado de la leche materna, es el virus de la rubéola, pero aun así no existen pruebas de que esto pueda afectar o ser perjudicial para el niño.

Existen datos limitados que indican que la lactancia materna pueda reforzar la respuesta de algunos antígenos de las vacunas.

Dado las reservas sobre la vacunación durante el embarazo, sobre todo con microorganismos vivos, la lactancia constituye un período que puede resultar de interés al tratarse de una situación fisiológica, que no afecta a la seguridad de las vacunas administradas en la mujer o en el niño.

Hace años se consideraba una contraindicación la vacunación de una mujer que amamanta, debido a que se pensaba que los componentes de las vacunas podían transmitirse al niño a través de la leche. Sin embargo, en la actualidad se ha demostrado, que la lactancia materna no supone una contraindicación para vacunar con cualquiera de las vacunas disponibles hoy en día. Aunque los virus contenidos en las vacunas, a virus vivos puedan multiplicarse en el organismo materno, en la mayoría no se ha demostrado que se excreten con la leche humana. (Con excepción del virus de la rubéola hasta ahora no considerado perjudicial).

Las vacunas restantes, tanto atenuadas, inactivadas, recombinantes, fraccionadas, de polisacáridos, conjugadas o los toxoides no tienen riesgos para la mujer o para el niño, si se administran durante la lactancia.

Por otro lado, el niño que se amamanta, puede recibir cualquiera de las vacunas del calendario nacional de vacunación, incluso algunos datos indican que la respuesta inmunológica post-vacunación, podría ser mayor en niños con lactancia materna, frente a niños con lactancia artificial.

#### Varicela

Las puérperas que refieran no haber tenido varicela, podrían estudiarse inmunológicamente (IgG específica para varicela) y vacunarse las susceptibles.

Cuando la varicela materna aparece en los 5 días previos al parto o en los 2 días subsiguientes (inicio de la viremia), el riesgo de varicela neonatal grave es muy elevado ya que la transmisión vertical es elevada (>50%) y el recién nacido puede no tener todavía anticuerpos protectores de origen materno, que van apareciendo progresivamente a partir de los 3-7 días desde la aparición del exantema.



### **Conducta periparto**

Se debe:

- Intentar frenar el parto durante los 7 días posteriores a la aparición del rash cutáneo.
- Ingreso con medidas de aislamiento.

En estos casos, el parto representa también un riesgo materno muy importante (Trombocitopenia, hemorragia, CID y hepatitis). Debe tenerse en cuenta, para aplicar las medidas de soporte necesarias.

### **Medidas de aislamiento en el puerperio:**

La mujer mantendrá el aislamiento del resto de gestantes hasta la fase costrosa de todas las lesiones.

El recién nacido requiere aislamiento del resto de recién nacidos, pero no requiere aislamiento de la madre.

### **Tratamiento neonatal**

La administración profiláctica precoz de IG-VVZ (uso compasivo) o en su defecto de IG polivalente a los recién nacidos en los 7 días previos o posteriores a la aparición del rash materno, disminuye la mortalidad y la gravedad del cuadro. Deben monitorizarse los signos de infección en el recién nacido hasta los 28 días de vida para poder iniciar de forma precoz el tratamiento con Aciclovir. En ocasiones se indica su administración de forma profiláctica.

### **Seguimiento de los hijos de madre con varicela durante la gestación**

Se derivará a la consulta pediátrica específica a todos los hijos de madre con antecedente de VZ durante la gestación antes de las 28s para confirmar/descartar la transmisión intrauterina y permitir detección de posibles lesiones oculares.

La evidencia de IgM-VVZ en sangre del recién nacido (baja sensibilidad, alrededor del 25%), la persistencia de IgG-VVZ > de los 7 meses de vida, o la aparición de herpes zoster en los 2 primeros años de vida, confirman el diagnóstico de transmisión intrauterina. La negativización de la IgG materna a los 7 meses de vida permitirá, descartar la infección congénita.

Las puérperas que refieran no haber tenido varicela, deben estudiarse inmunológicamente (IgG específica para varicela) y vacunarse las susceptibles.

### **Influenza**

Deben vacunarse contra la influenza en épocas de otoño - invierno, aquellas mujeres que no recibieron dosis de vacuna antigripal durante el embarazo, después de las 14 semanas.

La vacuna está indicada para embarazadas, principalmente desde las 14 semanas de gestación, por ser efectiva y segura y en las puérperas, para proteger al recién nacido.

Una de las principales complicaciones de la gripe es la bronquitis, y el peor de los casos puede derivar en neumonía.

### Perfil del vacunador

Los/las Profesionales serán los encargados para llevar a cabo la tarea de vacunación a todas aquellas puérperas antes del alta médica o al ser rescatadas del control sano de su recién nacido.

Para ello deben:

- Acreditar título o certificado correspondiente a la actividad que va a realizar.
- Acreditar experiencia, conocimientos y destreza en las labores y habilidades necesarias para realizar todos los procedimientos inherentes a la inmunización.
- Poseer la autorización necesaria de la entidad de salud correspondiente para vacunar.

### Cadena de frío

Proceso por el cual se asegura la calidad y la potencia inmunológica de las vacunas utilizadas e incluye el almacenamiento, transporte, distribución y suministro de las mismas. Cada uno de estos eslabones está diseñado para mantener la vacuna a la temperatura correcta hasta que se aplica al usuario. La exposición de las vacunas a altas temperaturas, en ocasiones sucesivas, tiene un efecto acumulativo en la potencia de las vacunas, la cual una vez perdida, no puede recuperarse.

### Gamaglobulina anti D

Se basa en que la administración pasiva de un título alto de anticuerpos anti-Rh, en forma de plasma o de concentrado de gammaglobulina, previene casi sin excepción la inmunización de una mujer Rh (-).

- La gammaglobulina se utiliza solamente por vía intramuscular.
- La dosis estándar de inmunoglobulina Rh es de 300 ug, y esta cantidad neutraliza hasta 25-30 ml de sangre Rh (+) que pasa a la circulación materna.
- En partos que tienen riesgo de hemorragia feto materna mayor de 30 ml (placenta previa, desprendimiento prematuro placenta normo inserta, óbito fetal), debe indicarse el método de Kleihauer - Betke, que permitirá precisar qué dosis adicional debe administrarse para lograr la profilaxis buscada.
- Por cada 25 a 30 ml de sangre fetal en la circulación materna, deben administrarse 300 ug de inmunoglobulina

### Indicaciones

Se deben administrar 300 ug de gammaglobulina anti-D a toda mujer Rh (-) con Coombs indirecto negativo en los siguientes casos:

- Si tuvo parto de hijo Rh (+) con prueba de Coombs directa negativa, entre las 24 y 72 horas posparto.
- Si se omitió la administración de la gammaglobulina 24 a 72 horas posparto, puede aún administrarse hasta 4 semanas después del parto.
- Si presenta un aborto (> 8 semanas) o amenaza de aborto, un embarazo ectópico o mola hidatidiforme, excepto cuando el marido es Rh (-).

La incidencia de inmunización en madres Rh (-) tratadas en el posparto con gammaglobulina Rh inmune al tener un niño Rh (+) es de aproximadamente 2%.

## Referencias

1. ACIP. Diphtheria, tetanus and Pertussis: Recommendations for vaccine use and other preventive measures—recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). *MMWR* 1991; 40 (NºRR-10): 1-28.
2. Benenson Abraham, OPS/OMS manual para el control de las enfermedades transmisibles en el Hombre. Washington 1997. Publicación científica Nº 564.
3. Center for Disease Control and Prevention. Pertussis—United States, 1997–2000. *MMWR Morb. Mortal Wkly Rep*, 2002; 51 (4): 73-6.
4. Centers for Disease Control and Prevention. General Recommendations on immunization: recommendations of de Advisory Committee on Immunization Practices and the American Academy of Family Physicians *MMWR* 2002; 51 (No.RR-2):1-35.
5. Departamento de Inmunizaciones .División de Prevención y Control de Enfermedades. Estrategia de vacunación 2012 para el control del brote de coqueluche en la región metropolitana, Valparaíso, y O´ Higgins y extensión de la estrategia en la Región del Biobío. Circular 08. MINSAL 2012.
6. Departamento de Inmunizaciones. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Epidemiología. División de Planificación sanitaria. MINSAL:
7. Guías de protección específica. Ministerio de Salud de Colombia, segunda parte. 2006.
8. Heli Salgado Vélez. Manual Inmunización Humana ,2001.
9. Kim-Farley R, Brink E, Orenstein W, Bart K. Vaccination and breastfeeding (letter) *JAMA* 1982; 248:2451-2.
10. Patiño JA. Guías para la Vacunación según Programa Ampliado de Vacunaciones PAI.
11. Resumen Ejecutivo sobre la Situación Epidemiológica de Coqueluche Semana epidemiológica 1 a 23 (9-6-2012). 2012.
12. Tinnion ON, Hanlon M. Vacunas acelulares para prevenir la tos ferina en niños (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
13. WHO Immunizations Norms Standards: [http://www.who.int/inmunization\\_standards/en/](http://www.who.int/inmunization_standards/en/).

## 4. Glosario

**Acretismo:** Trastorno en la adhesión de la placenta al útero, generalmente diagnosticada durante el parto.

**Amniocentesis:** Extracción de cantidad de líquido que rodea al feto. Puede estudiarse para detectar algunos defectos congénitos, madurez o infección.

**Anemia:** Concentración de hemoglobina menor a 11 mg/dl en plasma.

**Antibioprofilaxis:** Antibiótico que se utiliza previo a cualquier procedimiento, con el fin de disminuir la flora bacteriana local y disminuir el riesgo de infección.

**Bacteremia:** Presencia de bacterias en la sangre.

**Bajo Peso al Nacer:** RN < 2500 grs, independiente de la edad gestacional.

**Calostro:** Secreción amarillenta, poco espesa, la cual tiene más proteínas (sobretudo inmunoglobulina A) y sales. Este líquido es secretado por las mamas hasta el tercero o cuarto día después del parto, luego es sustituido por la leche.

**Complicación:** es el daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del usuario.

**Compromiso Biopsicosocial:** Se refiere a la presencia de problemas asociados al consumo de drogas en los ámbitos biológico, psicológico y social. Determinan un plan terapéutico y un pronóstico individualizado, según sea el nivel de severidad del compromiso. En la medida que exista mayor severidad de problemas asociados, ya sea por frecuencia o intensidad de ellos, la complejidad de la situación requerirá de un tratamiento de mayor contención

**Contención emocional:** Procedimiento que tiene como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, la que puede derivar en conductas perturbadoras. Preferentemente la realiza un profesional especializado y puede ser la acción precedente y/o simplificar la contención farmacológica.

**Craving:** Apetencia por la droga, que con el tiempo se convierte en un deseo imperioso, urgente. Se acompaña de ansiedad, intranquilidad motriz, alteración de la capacidad de concentración, irritabilidad, insomnio y otras alteraciones del dormir.

**Dehiscencia:** Abertura espontánea de una zona suturada de una herida quirúrgica, quedando de nuevo los bordes de dicha herida separados, sin cumplirse el propósito de la sutura.

**Dipoplía:** Visión doble.

**Distocia:** Parto o alumbramiento que procede de manera anormal o difícil. Puede ser el resultado de contracciones uterinas incoordinadas, de una posición anormal del feto, de una desproporción cefalopélvica relativa o absoluta o por anormalidades que afectan el canal blando del parto.

**Distocia de hombros:** Es un caso específico de distocia, en que la porción anterior de los hombros no logra pasar por debajo de la sínfisis púbica o requiere una considerable manipulación para hacerlo.

**Eclampsia:** Crisis convulsiva y/o coma durante el embarazo, parto o puerperio en el contexto de un Síndrome Hipertensivo del Embarazo.

**Edad Gestacional:** Gestación se mide desde el 1º día del último periodo menstrual normal, se expresa en días o semanas completos (280–286 días o 40 semanas)

**Entrevista motivacional:** Método de asesoramiento dirigido y centrado en la usuaria, que se utiliza para incrementar la motivación y facilitar el cambio. Es el tipo de entrevista clínica centrada en la usuaria, que ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludable, aporta herramientas para afrontar situaciones no resueltas por las estrategias habituales empleadas en promover cambio de conducta en las usuarias, y permite al profesional aumentar la motivación de la usuaria, teniendo en cuenta su nivel de motivación basal y respetando siempre sus últimas decisiones.

**Episiotomía:** Corte quirúrgico realizado en la vagina. Ensancha el orificio del canal blando del parto para que salga el feto.

**Etapas del trabajo de parto:**

**1º etapa:** Dilatación

**2º etapa:** Expulsivo

**3º etapa:** Alumbramiento

**Evento adverso:** Es una situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por la usuaria que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad.

Los eventos adversos pueden estar asociados a procesos asistenciales, tales como procedimientos quirúrgicos, infecciones y asociados a la atención y cuidados de usuarias.

**Evento adverso prevenible:** Acción u omisión que podría haber dañado la usuaria, pero no la dañó como consecuencia del azar, la prevención o la mitigación de la misma. Se podría decir que un incidente es indistinguible de un evento adverso, en todo excepto en el resultado, es decir, en la presencia de lesiones en la usuaria producto de la atención sanitaria

**Evento adverso no prevenible:** Es un resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

**Evento centinela:** Es un suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas en la usuaria, o el riesgo potencial de que esto ocurra.

**Factor de Riesgo:** Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

**Fibrinógeno:** Factor I de la coagulación.

**Fonofobia:** Intolerancia a los ruidos.

**Fotofobia:** Intolerancia a la luz.

**Galactagogo:** Fármaco que aumenta la producción de leche.

**Granuloma:** Tejido atípico formado por células inmunes, que se forma cuando el sistema inmunológico intenta aislar sustancias extrañas que han sido incapaces de eliminar.

**HELLP:** Síndrome clínico caracterizado por Hemólisis (H), ascenso de enzimas hepáticas (EL) y descenso de plaquetas (LP).

**Heparina:** Es un anticoagulante que actúa como cofactor de la antitrombina III, que es el inhibidor natural de la trombina. Es un glucosaminoglucano formado por la unión de ácido-D-glucorónico o ácido L-idurónico más N-acetil-D-glucosamina. Inhibe la acción de varios factores de la coagulación (IXa, Xa, XIa, XIIa), además de tener cierta acción sobre las plaquetas y el sistema fibrinolítico.

**Hipertermia:** Aumento de la temperatura por encima del valor hipotalámico normal por falla de los sistemas de evacuación de calor.

**Hipotensión:** Es definido como una tensión arterial sistólica de <90 mm Hg o una reducción de >40 mm Hg del basal, en ausencia de otras causas de caída de la presión arterial.

**Histerorrafia:** Sutura quirúrgica de las laceraciones del útero, incluida la histerorrafia por cesárea.

**Histerotomía:** Incisión quirúrgica del útero, por lo general asociada a una laparotomía abdominal, si bien la intervención también puede ser a través de la vagina.

**Incidencia:** Proporción de individuos sanos que desarrollan la enfermedad a lo largo de un período determinado.

**Infección de herida operatoria:** Presencia de secreción purulenta en el sitio de incisión quirúrgica con o sin cultivos positivos, incluido el sitio de salida de drenajes, que se presenta dentro de los primeros 30 días posterior a la cirugía, y en caso de implantes se considera la infección que se presenta hasta 1 año después de la intervención.

**Inmunoglobulina anti- D:** Solución de IgG anti-D (anti-Rh D). Anticuerpos que suprimen el sistema inmunológico de la mujer de atacar los glóbulos Rh positivos que han entrado en la corriente de la sangre materna desde la circulación fetal.

**Intervención en Crisis:** Un proceso interactivo, generalmente verbal, que en forma consciente y planificada busca modificar trastornos conductuales o estados de sufrimiento psíquico.

**Legrado:** Procedimiento que consiste en el uso de una legra o cureta para eliminar tejido del útero mediante raspado.

**Lochia alba:** Loquio que comienza cuando el flujo se vuelve blanquecino o amarillento claro. Típicamente dura hasta la tercera o sexta semana después del parto.

**Lochia rubra:** Es el primer flujo después del parto, de color rojizo por la presencia de sangre y, por lo general, no dura más de 3 a 5 días después del alumbramiento.

**Lochia serosa:** Flujo que continúa a la lochia rubra, es menos espesa y cambia a un color pardo, marrón claro o rosado. Esta etapa continúa hasta el décimo día después del parto.

**Loquios:** Secreción hemática que se elimina por vagina, proveniente de la cavidad uterina después del alumbramiento, que contiene sangre, moco y restos de tejido placentario. Se dividen en lochia rubra, serosa y alba.

**Mortalidad materna:** Número de mujeres que fallecen durante el estado grávido puerperal, desde que el embarazo se inicia, hasta la sexta semana después del parto. Desde el punto de vista bioestadístico, se expresa indicando el número de muertes por 100 000 nacidos vivos.

**Mortalidad neonatal** se divide en:

- Neonatal precoz (nacimiento -1º semana), se relaciona con control prenatal, atención del parto y del RN
- Neonatal tardía (1º- 4º semanas de vida), se relaciona con las condiciones ambientales y de atención infantil.

**Mortalidad perinatal:** Indica el número de muertes fetales a partir de las 22 semanas de gestación y neonatales hasta los 7 días. Se expresa por el número de muertes por mil nacidos vivos.

**Mortinato:** Situación en la que un feto muere dentro del útero con un peso mayor de 500 gramos y/o con un desarrollo gestacional mayor de 22 semanas.

**Mortineonato:** Muerte del recién nacido desde el nacimiento hasta los 28 días.

**Muerte fetal:** Muerte anterior a la expulsión o extracción del feto, independiente de la duración del embarazo. El feto no demuestra evidencias de vida. Se clasifica en:

- Muerte fetal temprana : < 22 semanas
- Muerte fetal intermedia : 22-27+6
- Muerte fetal tardía : 28-parto

Se expresan por 1000 RN vivos

**Muerte materna:** La muerte materna se define como la muerte de una mujer mientras está en embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por, el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

**Muy bajo peso:** recién nacidos con pesos <1500 grs.

**Nacido vivo:** Expulsión completa o extracción de su madre del feto, independiente de la duración del embarazo, el cual después de la separación respira o muestra cualquier evidencia de vida (latidos, pulsación umbilical, independiente de si se ha cortado o no el cordón o la placenta permanezca unida).

**Natalidad:** Número de nacimientos en un año. Se expresa como tasa por 1000 habitantes.

**Nistagmus:** movimiento involuntario e incontrolable de los ojos. Usualmente es de lado a lado, pero a veces es de arriba abajo o en forma circular. El movimiento varía entre lento y rápido y usualmente involucra ambos ojos. En el lactante tiende a desarrollarse entre las seis semanas y los tres meses de edad.

**Niveles de atención:** Clasificación de los grados de complejidad de los hospitales y/o centros asistenciales, de acuerdo con la tecnología y el personal responsable de cada actividad, intervención o procedimiento de salud. Los grados de complejidad son bajo, mediano y alto.

**Parto postérmino:** Embarazo de 42 o más sem o 294 días o más.

**Parto prematuro:** Parto antes de las 37 semanas o 259 días.

**Parto término:** Embarazo entre 37-42 sem o 259-293 días completos.

**Patogenia:** Secuencia de sucesos fisiopatológicos que ocurren desde el contacto inicial con un agente etiológico, hasta la expresión final de la enfermedad.

**Patología dual:** La comorbilidad o diagnóstico dual se define como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico. Se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo problemático de sustancias. Una persona con diagnóstico dual, es una persona, a quién se ha diagnosticado un problema por el consumo abusivo de alcohol o drogas además de otro tipo de diagnóstico, normalmente de carácter psiquiátrico, por ejemplo, trastornos anímicos o esquizofrenia.

**Peso al nacer:** Primer peso del feto o RN obtenido después del nacimiento, preferentemente medido la 1ª hora de vida, antes de la pérdida sensible postnatal de peso (expresada en grs).

**Prevalencia:** Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

**Puerperio:** Periodo que comprende desde el alumbramiento hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, que aproximadamente ocurre a las 6 semanas (42 días).

**Recién nacido previable:** Recién nacido anterior a las 24 semanas de gestación.

**Recién nacido viable:** Recién nacido con edad mínima para que pueda sobrevivir. Posterior a las 24 semanas.

**Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**Seguridad del paciente:** Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas, que propendan por minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos, en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**SENAME:** Servicio Nacional de Menores.

**Seroma:** Acumulación de grasa líquida, suero y linfa en un área del cuerpo en donde se ha producido un traumatismo o se ha practicado una cirugía. Usualmente se forma debajo de una herida quirúrgica reciente.

**Sepsis:** Es la respuesta sistémica a la infección

**Sepsis severa:** Sepsis es considerada severa cuando está asociada con disfunción orgánica, hipoperfusión, o hipotensión. Las manifestaciones de hipoperfusión se pueden incluir pero no están limitadas a acidosis láctica, oliguria, o alteración aguda en el estado mental.

**Shock séptico:** Es sepsis con hipotensión, a pesar del adecuado aporte de fluidos. Esto incluye trastornos de la perfusión como la acidosis láctica, oliguria, o alteración aguda en el estado mental. Las usuarias que se encuentran recibiendo agentes inotrópicos o vasopresores pueden no tener hipotensión en el momento que las anomalías de perfusión son medidas.

**Síndrome de disfunción multiorgánica:** El síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO), se refiere a la presencia de función orgánica alterada en una mujer agudamente enferma, en el que la homeostasis no puede ser mantenida sin intervención. El síndrome de disfunción multiorgánica es clasificado como primario o secundario.

**Síndrome de Privación o Abstinencia:** Conjunto de síntomas de varios niveles de gravedad, que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

**Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS):** Es una respuesta inflamatoria generalizada de una variedad de injurias clínicas severas. Este síndrome es reconocido clínicamente por la presencia de 2 o más de los siguientes:

- Temperatura  $>38^{\circ}\text{C}$  o  $<36^{\circ}\text{C}$ .
- Frecuencia cardíaca  $>90$  latidos/min.
- Frecuencia respiratoria  $>20$  respiraciones/min o  $\text{PaCO}_2 <32$  mm Hg.
- Recuento de glóbulos blancos  $>12.000$  células/ $\text{mm}^3$ ,  $<4000$  células/ $\text{mm}^3$ , o  $>10$  % de formas inmaduras (en banda).



**Sistema de gestión del Evento Adverso:** Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas, para identificar y analizar la progresión de una falla en la producción de daño a la usuaria, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

**Trastornos psiquiátricos severos:** Se puede definir el trastorno psiquiátrico grave, como aquel trastorno mental de duración prolongada y que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social. Tipos: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores graves recurrentes, trastorno obsesivo-compulsivo grave y trastornos de la personalidad severos.

**Trimestres:**

- Primer trimestre - hasta la semana 14 de gestación.
- Segundo trimestre - de la semana 14 a las 28 de gestación.
- Tercer trimestre - de la semana 28 de gestación hasta el alumbramiento.

**Trombocitopenia (Plaquetopenia):** Recuento plaquetario menor a 150.000.

**Vigilancia activa:** Sistema de pesquisa de eventos adversos directa en los servicios o unidades de las usuarias con riesgo de sufrir un evento adverso, a través de visitas permanentes, programadas y espontáneas de un profesional de la unidad de Calidad y Seguridad del paciente.

**Vigilancia pasiva** Sistema de pesquisa de eventos adversos a través de reportes espontáneos y voluntario realizados por los funcionarios, a través de los sistema de notificación instaurados en los servicios.