

Relación entre el alta clínica de matrona en partos de bajo riesgo y el número de mujeres que acuden a las urgencias de obstetricia por complicaciones puerperales

Eva Pérez Martínez

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid.
evpema5@hotmail.com

Tutor

Ramón del Gallego Lastra

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid.
rgallego@enf.ucm.es

Resumen: el presente trabajo se planteó a partir de la implementación de un proyecto piloto de pase de visita y alta clínica de matronas en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF) para partos de bajo riesgo, cuyo objetivo fue mejorar la calidad de la atención que recibe la mujer en el puerperio a través de la educación para la salud. Una vez finalizado el pilotaje, se proyectó un estudio comparativo de dos muestras de puerperas, unas atendidas en exclusiva por ginecólogos y otras por matronas (tanto en el pase de visita como al alta), para poner en relación la atención exclusiva de matrona con la disminución de las urgencias por complicaciones puerperales.

Palabras clave: Matronas. Puerperio - Cuidados. Educación maternal.

Abstract: the present work arose from the implementation of a pilot study of midwives round and clinical discharge in Fuenlabrada University Hospital (HUF) for low-risk births, which aim was to improve the quality of care received by women during postnatal period through health education. Once the pilot was finished a comparative study of two samples of postnatal women, some attended exclusively by gynaecologist and other by midwives (in doctors round and discharge), for relating the exclusive attention of a midwife to decrease hospital visits for postnatal complications.

Keywords: Midwives. Puerperium - Care. Motherly education.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad en España, las matronas han quedado relegadas casi en exclusiva a los paritorios de los hospitales, tanto grandes como pequeños y a las consultas (en los casos y localidades en que las hay) de los centros de atención primaria. Si preguntamos a la población si conoce la labor de la matrona de su centro o la del hospital, o si sabe que la matrona está capacitada para atender a las mujeres menopáusicas, a las adolescentes, a las que han parido recientemente, que puede y debe vigilar la salud sexual, el control de la natalidad y la planificación familiar⁽¹⁾, etc., probablemente nos encontremos con una rotunda negativa. Esto se ha debido en parte al bajo número de profesionales formados en nuestro país y a la escasa difusión de su trabajo. Actualmente no es así; el número de especialistas vuelve a ser suficiente para que se ocupen de nuevo los puestos de trabajo para los que están capacitados y para que se hagan avances en investigación y se difundan adecuadamente para que la población los conozca y sienta la necesidad de disponer de matronas en su entorno de salud.

La matrona es una profesional reconocida internacionalmente en todos los sistemas sanitarios en los que se considera una figura esencial que incide en un ámbito social tan importante como el de la maternidad y la atención integral durante el ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad. Según la International Confederation of Midwives (ICM)⁽²⁾, matrona se define como:

“Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia, etc”.

Esta definición también ha sido aceptada por la Asociación Europea de Matronas (EMA) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME).

El Hospital Universitario de Fuenlabrada, consciente del cambio necesario en la profesión y de las ventajas que supondría para el binomio madre-hijo que la matrona asumiera nuevas competencias, puso en marcha en el último trimestre de 2009 la elaboración de un protocolo de gestación, parto y puerperio de bajo riesgo, proyecto aprobado por el Ministerio de Sanidad para las Estrategias del Sistema Nacional de

Salud en el año 2009. R.D 924/2009 de 29 de mayo. B.O.E 16/06/2009, en el cual se planteó como uno de sus objetivos, diseñar las bases y requerimientos para desarrollar las competencias profesionales de la matrona en el puerperio normal o fisiológico.

El protocolo fue desarrollado por un grupo multidisciplinar para poder llevar a cabo tanto el pase de visita a las puérperas de bajo riesgo, como para emitir un informe clínico de alta como competencia delegada del facultativo a cargo del servicio. El objetivo de mi proyecto fue relacionar las complicaciones puerperales por las que acuden a urgencias las mujeres atendidas en la Unidad de Hospitalización Obstétrica, con la atención exclusiva otorgada por parte de las matronas. Mediante este estudio se valorará el número de consultas a urgencias de pacientes con asistencia exclusiva de matronas y se comparará con las que fueron atendidas por ginecólogos; de este modo, evidenciaremos si la educación para la salud que las matronas dan en las unidades de hospitalización obstétrica durante el pase de visita modifica el número de consultas a urgencias por complicaciones puerperales.

Inicialmente, se realizó una exhaustiva revisión de la legislación española, así como diferentes consultas a expertos, para tener la seguridad de que la matrona, sin la necesidad de la rúbrica o firma médica, puede emitir informes de alta en el puerperio fisiológico. Teniendo en cuenta que el marco legal vigente, donde se desarrollan las actividades de todos los profesionales de la salud, y por lo tanto, donde se desarrollan las funciones de los médicos especialistas en ginecología y obstetricia, conjuntamente con las matronas, es la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS)⁽³⁾, así como las competencias que capacitan a la enfermera especialista en obstétrico-ginecológica (matrona)⁽¹⁾, para el desarrollo de su profesión, podemos afirmar que la matrona podría emitir y elaborar el informe de alta en el puerperio fisiológico o de bajo riesgo, sin necesidad de la firma y número de colegiado médico, siempre en un régimen de “delegación de competencias”, previamente establecido y tras la aprobación de un protocolo de práctica clínica por el centro y servicio de trabajo.

Además, para la elaboración de los documentos clínicos de trabajo, se realizó una revisión bibliográfica, utilizando Bases de Datos Nacionales (IME y Cochrane) e Internacionales (Medline), Organizaciones (American College of Obstetricians and Gynecologist, ACOG)⁽⁴⁾, y Asociaciones de interés científico (Asociación Española de Ginecología y Obstetricia, SEGO)^(5,6) reconocidas en el tema de estudio, teniendo en cuenta la calidad científica y metodológica de los artículos revisados⁽⁷⁾.

Por otra parte, se revisaron definiciones clásicas que permitieron describir el estudio. Deberíamos destacar que el **puerperio** es un proceso fisiológico que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. La definición clásica de puerperio incluye el período transcurrido desde la finalización del parto hasta cuarenta días después del mismo. Es una etapa en la que se producen grandes cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer. Físicamente, la mujer tras el parto vuelve gradualmente al estado no grávido, y se prepara para establecer la

lactancia materna. Psicológicamente, se desarrollan conductas para la adaptación a los cambios mencionados y a la creación de los lazos afectivos con el neonato⁽⁸⁾.

Su duración aproximada es de 40 días o 6 semanas, que se dividen según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en: **puerperio inmediato**, que comprende las primeras 24 horas, y **puerperio clínico**, que va desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario. La duración aproximada es de 2 a 4 días habitualmente. Finalmente, el puerperio tardío, cuyo final coincide con la aparición de la primera menstruación^(5,6).

En la práctica habitual y en nuestra práctica clínica, en particular, el periodo de puerperio se divide en dos etapas: **puerperio inmediato precoz**, que comprende las primeras 2 horas tras el alumbramiento y se lleva a cabo en el servicio de paritorio. Y **puerperio inmediato tardío**, que abarca el periodo desde la finalización del puerperio inmediato precoz hasta el momento del alta clínica, habitualmente a las 48 horas posparto. Este periodo se realiza en el servicio de hospitalización obstétrico-ginecológico. En nuestro ámbito de trabajo (HUF), alrededor del 80% de los partos son vaginales, de los cuales aproximadamente, un 70-75% son partos eutócicos (Selene 2009), que desarrollan en su mayoría un puerperio fisiológico o sin complicaciones. Todas las actividades de control y seguimiento del puerperio, fueron realizadas por el personal de enfermería y matronas, bajo la supervisión del equipo médico.

Puesto que, en el puerperio fisiológico estas actividades representan una elevada carga asistencial dentro de los servicios y se realizaron fundamentalmente cuidados de enfermería como control de signos-síntomas de involución, control de constantes, educación en técnicas de alimentación, apoyo a la lactancia materna (LM), cuidados de las mamas y periné, educación para la salud en cuidados del puerperio, etc., el equipo de Obstetricia y Ginecología del HUF se planteó la posibilidad de elaborar y emitir el informe de alta por matronas, en el puerperio fisiológico o de bajo riesgo, de tal manera que, las gestantes de bajo riesgo con parto eutócico y con la evolución de un puerperio dentro de la normalidad, pudieran beneficiarse del seguimiento y cuidado del mismo profesional, la matrona.

Con esto, se pretendió además optimizar los recursos humanos y materiales limitados del sistema público de salud, utilizando al profesional competente y capacitado⁽¹⁾ para el seguimiento y control del puerperio fisiológico, consiguiendo la máxima adecuación de los medios disponibles y el máximo coste-beneficio.

Para centrar la investigación se analizaron las principales causas por las que las mujeres acudieron a la urgencia de obstetricia durante el periodo puerperal. En los siguientes 40 días tras el alta clínica se englobaron en tres grandes bloques (Selene HUF):

COMPLICACIONES PERINEALES	COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA LACTANCIA MATERNA	COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> ● Dehiscencias, infecciones ● Episiotomías complicadas ● Desgarros complicados ● Otros 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mastitis ● Ingurgitación mamaria ● Abscesos ● Otros 	<ul style="list-style-type: none"> ● Temores ● Ansiedad ● Mala adaptación al puerperio domiciliario. ● Otros

Siendo las más frecuentes las relacionadas con la lactancia materna y problemas mamarios. Estas urgencias se asistieron por matronas y ginecólogos del servicio de urgencias del HUF.

Por ello, la labor de la matrona en la unidad de hospitalización (debidamente protocolizada a través del trabajo anteriormente mencionado) tendría como objetivo tratar de disminuir a través de la educación sanitaria proporcionada durante el pase de visita y al alta de la mujer y pareja, la afluencia a la urgencia por complicaciones puerperales en los siguientes 40 días post-alta. Además aumentaría el bienestar y la confianza de la mujer al ser atendida por un mismo profesional durante todo el proceso.

El pase de visita matrona supondría una de las herramientas básicas para guiar la práctica asistencial de las matronas en la planta de hospitalización (puerperio), ya que establecería y orientaría la observación, entrevista y exploración de las puérperas incluidas en el protocolo.

La estandarización del pase de visita disminuiría la variabilidad en la práctica clínica y con ello, mejoraría la calidad asistencial del proceso, así como facilitaría la incorporación de nuevos profesionales a la planta de hospitalización en caso necesario. Los evolutivos estandarizados además, cumplen con el artículo 15. Ley 41/2002, respecto al contenido de la historia clínica de cada paciente⁽⁹⁾, ya que incorporan información trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales.

La diferencia fundamental de la atención que proporcionarían las matronas se basa en la educación para la salud durante su visita y cuando la mujer es dada de alta (Anexo I), de manera que les informaríamos de todo aquello que necesitan para lograr un correcto autocuidado al volver al domicilio. Esta educación se basaría en facilitar las herramientas adecuadas para que sean capaces de instaurar la lactancia materna de forma adecuada, de cuidar el periné y evitar complicaciones, de establecer un vínculo adecuado con el recién nacido y con la pareja (nuevos roles), de detectar precozmente signos y síntomas de alarma por los que deberán acudir a urgencias, y para que sean

capaces de manejar de manera adecuada el entorno familiar que a veces tanta ansiedad crea. La educación para la salud proporcionaría a la mujer y familia seguridad y un aumento de la capacidad de autocuidado a través de la adquisición de conocimientos.

Por tanto, después de aprobar y poner en marcha el mencionado protocolo, se realizarían mediciones de las puérperas que acudieron a urgencias por complicaciones durante los 5 meses anteriores a la implantación del mismo, cuyo puerperio fue supervisado por ginecólogos. Tras ello, y después de los 5 primeros meses de implantación, se realizarían mediciones (durante otros 5 meses) de las puérperas que acudieron a urgencias por complicaciones, tras haber sido atendidas en exclusiva por matronas y se compararían los resultados.

Debemos tener en cuenta que nos podemos encontrar con barreras, tanto a nivel del colectivo (matronas que no desean asumir nuevas responsabilidades), como a nivel de relación interprofesional (ginecólogos que no deseen delegar competencias tan arraigadas hasta la fecha). En este sentido, se realizó un sondeo desde la Comisión de Atención Especializada de Matronas de Madrid en todos los servicios de Obstetricia de los Hospitales madrileños (diciembre 2009), del que se pudo extraer la favorable disposición general de las matronas en activo, a asumir por completo las competencias para las que están formadas.

No se encontraron antecedentes en España, de ahí la importancia de la puesta en marcha de dicho proyecto y su posterior evaluación a través del trabajo que aquí se plantea. Tampoco el equipo de investigación tenía experiencia previa en las competencias laborales mencionadas, pero sí fue amplia en el campo investigador. Se pretenderá evidenciar, a través de un estudio cuasi experimental, si se modifica la afluencia de puérperas complicadas al servicio de urgencias tras la inclusión de matronas en el área de hospitalización obstétrica (donde hasta ahora sólo había médicos especialistas y personal de enfermería no especializado), y que realizan una completa labor de educación para la salud materno-infantil. El impacto esperado en la profesión tiene un enorme calibre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). BOE 28 de mayo de 2009.
2. Confederación Internacional de Matronas Reunión. Reemplaza la "Definición de ICM de la Matrona" 1972 y sus enmiendas de 1990 Brisbane (Australia): La Confederación; 2005.

3. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Título I. Del ejercicio de las profesiones sanitarias. BOE 22 de Noviembre 2003.
4. American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). Postpartum depression. Women's health care physicians. 2009. Disponible en: <http://www.acog.org/>.
5. Bajo Arenas JM, González A de, Vero R. Cambios fisiológicos de la mujer durante el puerperio. En: Fabre E, editor Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Zaragoza: INO Reproducciones; 1996. p. 367-380.
6. Sánchez Ramos J, Bedoya C, Bartha JL. Patología del alumbramiento del postparto inmediato. En: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: SEGO; 2007
7. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Atención por comadronas versus otros modelos de atención para las mujeres durante el parto (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 4 Art no. CD004667. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. Usandizaga JA, Fuente P de la. Tratado de obstetricia y ginecología. 2ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2008.
9. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, 15-1-2002; nº 274.

HIPÓTESIS

El alta clínica de matrona en atención especializada en partos de bajo riesgo está relacionada con la disminución del nº de mujeres que acuden a las urgencias de obstetricia por complicaciones puerperales.

OBJETIVOS

Objetivo general

Comparar el número de mujeres que acuden a urgencias de obstetricia del HUF por complicaciones puerperales tras haber sido atendidas en exclusiva por matronas frente a las que acuden tras haber recibido atención exclusiva de ginecólogos.

Objetivos específicos

- Vigilar y controlar todos los signos y síntomas de involución fisiológica.
- Detectar precozmente signos y síntomas de complicaciones en el puerperio.
- Informar y colaborar con la mujer para el amamantamiento y técnicas de alimentación (educación para la salud).
- Educar a la mujer-familia en esta fase de adaptación.
- Promover el establecimiento del vínculo madre-hijo-familia.
- Educar a la mujer para que sepa reconocer los signos y síntomas por los que debe acudir a urgencias.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se realizará un estudio comparativo en el HUF en el periodo comprendido entre Junio de 2010 y Diciembre de 2011, en el que se medirán las puérperas que acudieron a urgencias por complicaciones tras haber sido atendidas y dadas de alta por ginecólogos, se implantará el nuevo protocolo de atención y después se repetirá la medición en puérperas atendidas y dadas de alta por matronas. Se pondrá de manifiesto si la educación para la salud dada por matronas en esta etapa disminuye, aumenta o no modifica el nº de mujeres que visitan la urgencia de obstetricia por complicaciones puerperales en los 40 días post alta.

La educación para la salud se proporcionará de manera individualizada durante el pase de visita diario y el día del alta en forma de folleto en el que se recogen las recomendaciones de autocuidado necesarias para la vuelta al domicilio, así como otros aspectos relacionados con la salud de la mujer y familia (Anexo II).

Se recogerán datos de las mujeres que precisaron asistencia en la urgencia por puerperio complicado con atención exclusiva de ginecólogo durante el último semestre de 2010 y se compararán con los datos que se obtengan (último semestre de 2011) de mujeres que precisen asistencia en la urgencia tras haber recibido atención exclusiva de matrona en el puerperio y haber recibido educación para la salud.

El estudio estará sujeto en todo momento a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298. 14-12-1999). Se garantizará la anonimización de datos a través del establecimiento de claves para la explotación de los mismos.

Población a estudio

Puérperas atendidas en el HUF, procedentes de partos eutócicos cuyo puerperio clínico se haya desarrollado dentro de los límites fisiológicos o de normalidad y que cumplan los criterios de inclusión establecidos en el protocolo vigente.

Muestras

- **Muestra "a"**

Puérperas del HUF con parto eutócico y puerperio fisiológico atendidas en exclusiva por matrona, y que han recibido educación para la salud, que acuden a urgencias por complicaciones puerperales.

- **Muestra "b"**

Puérperas del HUF con parto eutócico y puerperio fisiológico atendidas en exclusiva por ginecólogo, que acuden a urgencias por complicaciones puerperales.

Las puérperas del grupo "a", recibirán educación para la salud diaria e individualizada de forma oral durante el pase de visita y por escrito al alta.

Criterios de inclusión

- Puérperas con hospital de referencia HUF.
- Puérperas mayores de 18 años.
- Seguimiento clínico y alta por parte de matrona.
- Puérperas no procedentes de parto distócico.
- Puérperas no procedentes de partos eutócicos que presenten CIR, oligohidramnios y/o polihidramnios.
- Puérperas con recién nacidos que no presentan malformaciones mayores-menores y/o malos resultados obstétricos (ph arteria umbilical menor 7,10).
- Puérperas no procedentes de gestaciones con patología obstétrica (EHE, DMG insulinizada, isoimmunización, HELLP, Colestasis, alteraciones dermatológicas graves del embarazo, etc.).
- Puérperas no procedentes de gestaciones con patología médica grave (serología HIV+, serología Hepatitis B+ activa o no controlada, serología Hepatitis C+ activa o no controlada, serología sífilis + sin tratamiento, Herpes genital, HTA crónica, DM pregestacional, patología tumoral, patología cardiaca y respiratoria, epilepsia, esquizofrenia, trastornos personalidad (...), enfermedad renal, etc.
- Puérperas que no presentan patología ginecológica que precise seguimiento y/o tratamiento (SIL alto grado, tumoraciones, miomas de gran tamaño (...)).
- Puérperas sin hábitos tóxicos.

Tamaño muestral

Para calcular el tamaño de las muestras se tuvieron en cuenta los siguientes datos: en el HUF se atienden una media de 7,9 partos/día (datos procedentes de la base de datos Selene para el año 2009), y a su vez, el 70% de ellos son eutócicos, lo que supondrían 5,53 partos eutócicos/día y 165,9 partos eutócicos al mes, de manera que, en 5 meses, deberíamos disponer de 829,5 mujeres en cada grupo.

Media partos día	7,90
Eutócicos	70%
Eutócicos/día	5,53
Eutócicos/mes	165,90
Eutócicos /5 meses	829,50

Debido a que la estimación (según datos de Selene HUF) de las mujeres que vuelven a consultar en la urgencia por puerperios complicados se aproxima al 10%, se consideró oportuno trabajar con la totalidad de la población para aumentar la validez externa y para ajustarse al tiempo estimado de recogida de datos. Por lo tanto no se realizaron cálculos de tamaños muestrales.

Variables a estudio

- **Variable independiente:** haber sido visitada y dada de alta tras puerperio de bajo riesgo en la unidad de hospitalización obstétrica del HUF (alta matrona=1, alta ginecólogo=2). Variable cualitativa dicotómica.
- **Variable dependiente:** visita al servicio de urgencias del HUF en los 40 días posteriores al alta clínica tras parto y puerperio de bajo riesgo tras alta de matrona. Variable cuantitativa discreta.
- **Factores de confusión:** barrera idiomática, nº de hijos, experiencias previas.

La variable dependiente se expresará en términos de frecuencias absolutas y relativas, siguiendo una distribución normal. En caso de que no sea así, utilizaremos el test de U-Mann-Whitney. Se realizará una t de student para el análisis de las variables por grupos (puérperas dadas de alta por matronas-puérperas dadas de alta por ginecólogos y su asistencia o no a urgencias de obstetricia por complicaciones, expresada en nº de visitas).

La significación estadística vendrá determinada por una $p < 0,05$ y un IC del 95%.

El análisis de las variables extrañas se realizará por el modelo matemático multivariado de regresión lineal o logística.

Almacenamiento de la información

Se utilizará Selene como software informático para almacenamiento y recuperación de datos (disponible en HUF).

Se recuperarán datos del año 2010 (muestra “b”) y datos partir de la implementación de la VI en 2011 (muestra “a”). Se almacenarán en formato Excel y los estadísticos del HUF se encargarán de su posterior análisis utilizando el paquete SPSS 17.0 para Windows.

Fase de Formación

Programada en julio de 2010.

Para la formación de los especialistas, se han establecido un número limitado de 3 a 5 sesiones clínicas, con el objetivo de informar sobre la implementación definitiva del proyecto así como, resolver dudas y dificultades.

Las sesiones clínicas se imparten en las aulas de docencia del Hospital Universitario de Fuenlabrada, en horario de mañana y tarde, destinadas a todo el personal del servicio. Además, como parte del material de apoyo y docente, se elaboraron 2 guías de consulta: manejo Selene para los formularios hospitalización obstétrica y ginecológica, informes de pase de visita y de alta, recomendaciones (Anexo I) y puerperio fisiológico VS puerperio patológico (Anexo II), todas de libre acceso desde cualquier ordenador del servicio de obstetricia.

Consultas individuales necesarias al equipo de ginecólogos durante o después de las rotaciones autorizadas.

Cronograma

Junio 2010	Presentación del proyecto en la comisión de investigación y selección de los colaboradores.
Julio 2010	Formación del personal colaborador.
Agosto-diciembre 2010	Recogida datos puérperas que acudieron a urgencias a los 40 días posparto por complicaciones puerperales tras haber sido visitadas y dadas de alta por ginecólogos del HUF. Almacenamiento en Selene.
Enero-mayo 2011	Implementación y puesta en marcha del pase de visita y alta de matronas.
Junio-octubre 2011	Recogida datos puérperas que acuden a las urgencias a los 40 días posparto por complicaciones puerperales tras haber sido visitadas y dadas de alta por matronas del HUF. Almacenamiento en Selene
Noviembre-diciembre 2011	Análisis de datos y elaboración de la memoria para su posterior publicación y difusión.

Fiabilidad y validez

En cuanto a la validez interna del proyecto, se conseguirá utilizando únicamente profesionales expertos (matronas) debidamente formados con anterioridad a través de sesiones clínicas y tutorizaciones por parte de obstetras del servicio, que conocerán con detalle la finalidad de la investigación y la población a estudio. Habrán utilizado además con anterioridad el software informático para la recopilación y el almacenamiento de los datos.

La población estará estrictamente definida en base a los criterios de inclusión.

La validez externa podría verse amenazada por los sesgos individuales (edad, experiencias previas, temor, ansiedad, etc.) pero se vería compensado por la homogeneidad de la población seleccionada, que reduciría la amenaza de la selección diferencial de los sujetos, y por el hecho de utilizar para el estudio la totalidad de la misma. También habrá que tener en cuenta que la validez queda circunscrita a la población del área 9 a la que pertenece el HUF.

Fase de difusión

Los resultados de la investigación serán expuestos a Comisión de Investigación del HUF, a la gerencia y dirección del área a la que pertenece el hospital y publicados en revistas científicas de interés y difusión profesional.

Se espera que tras la difusión de datos, se puedan poner en marcha estudios multicéntricos que afiancen los resultados definitivos y sirvan para el avance de la profesión enfermera.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

1. Fernández Idiago M. Impacto de los programas de educación maternal. Análisis del uso del servicio hospitalario de urgencias obstétricas. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Trabajos fin de Máster. 2009(2):383-399.
2. Fontes de Gracia S, García Gallego C, Garriga Trillo AJ, Pérez-LLantada Rueda C, Sarriá Sánchez E. Diseños de Investigación en Psicología. Madrid: UNED; 2001.
3. Lawrie TA, Herxheimer A, Dalton K. Estrógenos y progestágenos para la prevención y el tratamiento de la depresión puerperal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

4. Magee L, Sadeghi S. Prevención y tratamiento de la hipertensión posparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. Pagano, RR. Estadística para las ciencias del comportamiento. 5ª ed. Barcelona: Thompson; 1999.
6. Rubio Romero Jorge A, Gaitán Duarte H, Rodríguez Malagón N. Concordancia entre la estimación visual y la medición del volumen recolectado en una bolsa del sangrado intraparto en mujeres con parto normal. Rev Colomb Obstret Ginecol. 2008;59(2):92-102.
7. Sánchez Ramos J, Bedoya C, Bartha JL. Patología del alumbramiento del postparto inmediato. En: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: SEGO; 2007.
8. Usandizaga JA, Fuente P de la, directores. Tratado de obstetricia y ginecología. 2ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.

ANEXO I

Recomendaciones al alta

Recuerde pedir cita en su centro de salud; con su enfermera para la realización de la segunda prueba del talón entre los **5-10 días del nacimiento del bebé, con 2 horas de ayunas**, y solicitar cita con su **matrona para la revisión posparto antes de 10 después del parto**.

Cuidados de la herida

- Ducha diaria, para mantener la herida limpia y seca.
- Evitar la utilización de cremas, pomadas y antisépticos.
- Los puntos del periné se caen solos en el plazo de 15 días aproximadamente. En el caso de cesárea las grapas, deben retirárselas en su centro de salud en el plazo de 7-10 días posparto.
- Debe usar ropa cómoda que evite el roce y la presión en zonas de cicatriz.
- Evitar baños de asiento y uso de tampones higiénicos

Cuidados de las mamas

- La higiene de las mamas se realizará con la ducha diaria, no hace falta lavarse los pezones en cada toma.
- Después de cada toma, aplicar la propia leche sobre la areola y pezón, dejarlo al aire.
- Se pueden utilizar discos de lactancia de forma esporádica y cambiándolos cuando estén húmedos.
- Utilizar sujetadores apropiados para la lactancia, las mamas deben estar bien sujetas, no utilizar sujetadores con aro.
- Si tiene dudas sobre lactancia materna, ver las recomendaciones del cuidado del recién nacido y/o consultar:
 - ✓ Asociación Liga de la Leche: www.ligadelaleche.org.
 - ✓ Teléfono de consulta matronas urgencias del Hospital de Fuenlabrada: 91 600 62 69.
 - ✓ Cita en consulta matrona del centro de salud que corresponda.

Evolución normal del sangrado vaginal (loquios)

Las secreciones vaginales varían a lo largo del puerperio. Primero serán de sangre roja, cantidad similar a una regla abundante, posteriormente serán marrón-rosado y por último serán blancos cremosos. Alrededor de la 6ª semana cesa la expulsión de los loquios. Los loquios tienen un olor peculiar, pero no son fétidos.

Alimentación

- Dieta variada y rica en fibra (verduras, frutas frescas, legumbres, pan integral, etc.).
- Tomar abundantes líquidos (salvo que esté contraindicado por su médico) y medio litro diario de leche o derivados lácteos (yogurt, queso fresco, etc.).
- No existen alimentos prohibidos, aunque algunos alimentos como las coles, ajos o picantes pueden producir cambios en el sabor de la leche materna si no se tomaban durante el embarazo.
- No tomar drogas, alcohol ni tabaco.

Cambios de peso

La pérdida gradual de peso se produce normalmente durante los primeros 6 meses de posparto.

No se deben hacer dietas restrictivas o de adelgazamiento durante la lactancia materna.

Actividad-ejercicio

Los ejercicios irán encaminados a reforzar los músculos más afectados como consecuencia del embarazo, el parto y la lactancia (pectorales, espalda, periné y abdomen).

Se procurará evitar un aumento de la presión intraabdominal (levantar peso, subir y bajar escaleras, estreñimiento) hasta que se haya cicatrizado y caído los puntos.

El paseo es recomendable ya que contribuye a que el organismo del niño se tonifique y a que se vuelva más resistente a infecciones.

Ejercicios perineales o de Kegel

Si el parto ha sido normal se puede comenzar con estos ejercicios a las 24 horas, ha sido cesárea deberás de iniciarlos a los 7 días.

Debes adoptar una posición estirada boca arriba y con las piernas flexionadas.

- Comienza apretando el periné (vagina) contando hasta tres y descansa-relaja contando hasta seis. Realízelo 5 veces y repita este ejercicio 4 veces al día.
- En la misma posición soltar el aire contrayendo el vientre, las nalgas y genitales, después, inspira relajando la zona contraída. Este ejercicio se repetirá 20 veces.
- Estirada, boca arriba, sentada y de pie repetir veinte veces: expirar contrayendo abdomen y periné, mantener contando hasta cinco e inspirar relajando.

Descanso-sueño

Es fundamental descansar mínimo de 8 horas diarias, compensando las frecuentes interrupciones del sueño nocturno, con siestas u otros descansos durante el día.

Se debe aprender a priorizar, delegar, pedir y disponer de ayuda.

Cambios psicológicos

Es normal que durante los dos o tres días después del parto, puedan aparecer cambios de humor, irritabilidad, ansiedad, disminución de la concentración, insomnio y llanto.

Estos síntomas suelen ser más llamativos en el quinto día después del parto y deben desaparecer en dos semanas.

Estos cambios psicológicos son debidos, en su mayoría, a cambios hormonales en el parto y posparto. Aunque todas las mujeres experimentan cambios hormonales después del parto, algunas mujeres pueden ser más sensibles a estos cambios que otras, por lo que si este estado de tristeza, irritabilidad, llanto, etc., se mantiene más de dos semanas, debe consultar con su médico y/o matrona.

Sexualidad-reproducción

Se puede disfrutar de las diversas modalidades de la sexualidad adecuada, sin que ésta se ciña exclusivamente al coito. La contraindicación del coito no tiene un período de tiempo definido, clásicamente se establece en 6 semanas.

Una vez pasado el parto, es aconsejable esperar, un mínimo de un año para conseguir un nuevo embarazo.

El método de anticoncepción que debe utilizarse después de un parto depende de si la mujer está amamantando, de las preferencias, de los antecedentes personales, etc., por lo que debe consultarlo con su médico y/o matrona.

Si no hay lactancia materna, la menstruación aparece a las 6-8 semanas del parto.

Si hay lactancia materna no suele aparecer la menstruación en los 6-9 primeros meses. Una vez suspendida la lactancia, aparece la menstruación en casi todos los casos en un plazo máximo de 4 a 8 semanas.

La lactancia materna no es un método anticonceptivo seguro.

Aspectos legales

En el caso de mujer trabajadora, la baja laboral es tramitada por su médico del centro de salud, adjuntando el informe de alta del parto, allí le notificarán los trámites a seguir para percibir las prestaciones por maternidad correspondientes.

La baja por maternidad es de 16 semanas y en parto múltiple es de 18 semanas.

La baja paternal se puede solicitar con el informe de alta del parto en el INS.

Asegúrese que antes del alta a recibido el Registro civil.

Acuda a su centro de salud o urgencias si el sangrado vaginal es abundante mayor que una menstruación, mamas enrojecidas y con bultos dolorosos, hinchazón, dolor fuerte y enrojecimiento de una pierna, fiebre de mas de 38°, loquios (flujo) maloliente, tensiones arteriales superiores a160/90.

ANEXO II

DOCUMENTO DE CONSULTA: PUERPERIO FISIOLÓGICO VS PATOLÓGICO

INTRODUCCIÓN

La siguiente guía tiene como propósito, ser un documento de consulta para garantizar que el puerperio se está desarrollando de manera fisiológica o poder detectar precozmente signos-síntomas de complicaciones o puerperio patológico.

Se ha elaborado por un equipo de trabajo multidisciplinar en el que han participado médicos obstetras, matronas y enfermeras del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

La metodología de trabajo para el desarrollo de su contenido, ha sido a través de la revisión bibliográfica, utilizando Bases de Datos Nacionales e Internacionales, Organizaciones, Asociaciones e Instituciones reconocidas para el tema de estudio, teniendo en cuenta la calidad científica y metodológica de los artículos revisados.

PUERPERIO

Definición

La definición clásica de puerperio incluye el período transcurrido desde la finalización del parto hasta cuarenta días después del mismo. El puerperio es un proceso fisiológico que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación.

En la etapa de puerperio se producen grandes cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer. Físicamente, la mujer tras el parto vuelve gradualmente al estado no grávido, y se prepara para establecer la lactancia materna. Psicológicamente, se desarrollan conductas para la adaptación a los cambios mencionados y a la creación de los lazos afectivos con el neonato.

Su duración aproximada es de 40 días (6 semanas), que se dividen según SEGO en:

- **Puerperio inmediato:** comprende las primeras 24 horas.
- **Puerperio clínico:** es el período que va desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario. La duración aproximada es de 2 a 4 días habitualmente.

- Puerperio tardío: su final coincide con la aparición de la primera menstruación.

En la práctica clínica habitual, el periodo de puerperio se divide en:

- **Puerperio inmediato precoz:** comprende las primeras 2 horas tras el alumbramiento.
- **Puerperio inmediato tardío:** abarca el periodo tras las dos horas hasta la alta clínica, habitualmente a las 48 horas posparto.

CAMBIOS PSICO-FISIOLÓGICOS DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

Involución uterina

El útero puerperal debe tener una adecuada contractilidad, con disminución progresiva de tamaño. Inmediatamente después del alumbramiento, el útero es un órgano abdominal que llega a la mitad de la distancia entre el ombligo y la sínfisis del pubis, pero en las horas sucesivas, y seguramente por la presencia de coágulos intracavitarios, así como por los cambios en el sistema ligamentario de sostén, el fondo uterino asciende y alcanza el nivel del ombligo, aproximadamente como una gestación de 20 semanas. El control del fondo uterino debe ser el primer día a nivel del ombligo y va descendiendo a 2cm/día en los siguientes 10 días.

Regeneración del endometrio

Entre el 2ª y 3ª día después del parto, la decidua se divide en dos capas:

- Una capa superficial, necrótica, que se descama progresivamente, formando parte de los loquios.
- Una capa profunda, situada en contacto con el miometrio, que contiene esbozos de glándulas endometriales, cuya proliferación dará lugar al nuevo endometrio.

Loquios: son la secreción postparto que proviene de la cavidad endometrial. Deberán presentar una evolución adecuada, desde un componente en principio predominantemente hemático (lochia rubra), hasta un aclaramiento de los mismos con disminución progresiva de la cantidad (lochia serosa, lochia alba).

El control de la evolución de los loquios rojos, debe ser durante los 2 a 3 días posteriores al parto, contienen sangre casi exclusivamente, con pequeños fragmentos de membranas y restos fetales como lanugo, vérmix y meconio. En cantidad igual o menor que menstruación. Y durante el resto de la 1ª semana y durante la 2ª aparecen los loquios rosados, que contienen menos sangre y más exudado, leucocitos y decidua

en estado de degeneración grasa. A medida que aumenta el número de leucocitos, junto con el moco y microorganismos, los loquios se convierten en cremosos y se denominan loquios blancos. Alrededor del 5ª semana después del parto debe haber cesado la expulsión de los loquios.

Los loquios tiene un olor peculiar, pero la fetidez indicaría infección.

Cuello uterino

Tras el parto aparece blando, colgante, edematoso, con múltiples laceraciones; caben fácilmente a su través 2 dedos y tiene 1 cm de espesor. En las primeras 24 horas después del parto, se acorta con rapidez, y se hace más firme y grueso. Hacia la 6ª semana postparto, asume el característico aspecto en “hocico de tenca”. El orificio cervical externo se convierte en una cisura transversal.

Vagina

Inmediatamente después del parto la vagina es blanda, flexible y fácilmente distensible. La mucosa es edematosa. El introito vaginal es laxo y está abierto, con poco tono muscular, y muestra pequeños y múltiples desgarros himeneales. La vagina volverá a su forma y tamaño inicial en tres semanas, aunque en la mujer lactante amenorreica, la falta de estrógenos puede inducir una cierta atrofia de la mucosa. Se revisará el proceso de cicatrización de la episiotomía y desgarros valorando la posible presencia de dehiscencias, hematomas y signos de infección.

Mamas

Las mamas requerirán especial atención por el riesgo de mastitis. Se evaluará la turgencia, presencia de grietas y signos inflamatorios, y características del pezón.

Las mamas pueden estar voluminosas, con una marcada congestión de las venas superficiales (red de Haller) y las areolas aumentadas de tamaño y pigmentación.

No deben existir zonas de enrojecimiento, zonas calientes, con aspecto de piel de naranja, localización de una masa dura palpable, quiste o galactocele, y ganglios axilares palpables.

El estímulo de succión del pezón facilita la ingurgitación mamaria entre el segundo y cuarto día posparto, lo que puede provocar un aumento transitorio y fisiológico de la temperatura corporal, que no excede de los 38°C y cuya duración habitual es de 4-16 horas, nunca supera las 24 horas de duración.

Sistema músculo-esquelético

Después del parto, los músculos y ligamentos de la pelvis recuperan su posición previa hacia las 4-6 semanas.

Las paredes abdominales permanecen flácidas las dos primeras semanas postparto. Se recuperan lentamente y vuelven a tener tono en las 6 primeras semanas (en función de la práctica o no de ejercicios específicos).

Los rectos anteriores, pueden permanecer separados en la línea media provocando Diástasis de rectos.

Tegumento

Desaparecen las alteraciones cutáneas como petequias, hemorragias capilares, las estrías palidecen con el tiempo.

La "línea nigra" del abdomen, el cloasma gravídico y la pigmentación oscura de los pezones disminuyen y luego desaparecen pero es un proceso variable y lento.

Sistema urinario

En el postparto inmediato, la mucosa vesical presenta un grado variable de edema e hiperemia como consecuencia del traumatismo del parto. La tasa de filtración glomerular persiste alta durante la 1ª semana y esto, junto con el mayor volumen de sangre circulante, explica el incremento de la diuresis, de hasta 3 litros al día durante los primeros 4-5 días tras el parto. La glucosuria fisiológica del embarazo se encuentra en el 20% de los casos en la primera semana después del parto, para desaparecer después. Casi el 50% de las mujeres tendrán una proteinuria residual durante 1 ó 2 días tras el parto.

La púérpera deberá realizar el primer vaciado vesical después del parto en un plazo no superior a las 6-8 horas, pasadas las cuales, si dicho vaciamiento no se ha producido espontáneamente, se procederá al sondaje vesical.

Evacuación intestinal

La disminución del peristaltismo intestinal secundario a la progesterona, la posibilidad de vaciamiento intestinal realizado en el parto, el dolor hemorroidal o relacionado con la sutura, impide que la púérpera haga fuerza para defecar, y la readaptación abdominal del postparto, condicionan un situación de pseudoestreñimiento, habitual en los primeros días del puerperio. Salvo indicaciones específicas (desgarros perineales, etc.), si la púérpera no ha presentado defecación, ésta no se provocará artificialmente (laxantes, enemas) antes del segundo o tercer día.

Cambios metabólicos

Los niveles séricos del colesterol y triglicéridos descienden significativamente en las primeras 24 horas del puerperio, y esto ocurre en todas las fracciones de lipoproteínas, alcanzando las concentraciones similares a las que existían antes del embarazo a la 7ª u 8ª semanas del parto. La lactancia no influye en los niveles de lípidos. La glucemia basal y postprandial disminuye en el postparto, principalmente en los tres primeros días de puerperio, hecho que disminuye los requerimientos de insulina de las pacientes diabéticas.

Cambios cardiovasculares y hematológicos

Inmediatamente después del alumbramiento, se produce un descenso brusco del número de plaquetas en sangre, para aumentar días después junto con un incremento de la adherencia plaquetaria. El fibrinógeno, el factor VIII y el plasminógeno descienden rápidamente tras el parto, pero entre el 4º y 6º día del puerperio se produce un aumento hasta alcanzar los niveles preparto, protegiendo a la púerpera frente a la hemorragia.

Dado que el puerperio es una etapa con riesgo tromboembólico, se valorarán factores que puedan predisponer a dichos procesos. Debe evaluarse, fundamentalmente, la presencia de síndrome varicoso con especial atención a extremidades inferiores, y los posibles antecedentes. En condiciones normales, debe iniciarse la movilización en las ocho a doce primeras horas postparto. Cuando existan factores de riesgo asociados, puede ser necesaria la administración de heparinas de bajo peso molecular.

El estrés del parto produce una leucocitosis importante puerperio, que se añade a la leucocitosis relativa del embarazo, y que puede alcanzar los 25.000 leucocitos por μL , con granulocitosis, linfopenia relativa y marcada eosinopenia.

La eritropoyesis estará aumentada por la pérdida hemática durante el parto, causa en el puerperio una reticulocitosis por aumento de la producción de formas jóvenes de eritrocitos que tiene su pico en el cuarto día postparto.

El gasto cardiaco se reduce rápidamente tras el parto. La bradicardia (menos de 60lpm) puede estar presente en los primeros días. La taquicardia (más de 110lpm) sería indicativa de pérdida hemática importante o de elevación térmica, en cuanto a la tensión arteria (TA), se produce un ligero incremento en el postparto inmediato, es más elevada entre el tercer y el sexto día después del parto, cuando la mayoría de las mujeres han sido dadas de alta.

Aparato respiratorio

Los cambios en la función pulmonar durante el puerperio son muy rápidos, al modificarse el contenido abdominal y la capacidad del tórax. Durante las primeras semanas postparto persiste un aumento de la ventilación en reposo y del consumo de oxígeno, así como una respuesta menos eficaz a la actividad física.

Los cambios en el equilibrio ácido-base evolucionan simultáneamente con los cambios respiratorios. Durante el parto existe una hipocapnia, un aumento del lactato y un descenso del pH en sangre materna, que se prolonga durante el puerperio inmediato. En los días siguientes se produce un aumento hacia la normalidad de la PCO₂, del exceso de bases y del pH, alcanzándose los valores normales alrededor de la 3ª semana postparto.

Cambios psicológicos

El puerperio es un periodo en el cual se producen importantes transformaciones psicológicas, como el establecimiento y consolidación del vínculo emocional precoz madre-hijo, la creación del nuevo rol social o estatus de madre, familia, etc. además de la multitud de transformaciones físicas antes mencionadas. Una de las transformaciones físicas más importantes a nivel cerebral y endocrino que parece incidir en el estado anímico son las concentraciones de estrógenos y progesterona. La concentración de la progesterona en la sangre desciende precipitadamente, aproximadamente 1000 veces, en los días siguientes al parto; también desciende el estrógeno, pero en menor grado. La progesterona, los progestágenos sintéticos y el estrógeno tienen propiedades psicoactivas y se ha demostrado que modulan los receptores serotoninérgicos en el cerebro, por consiguiente, el estrógeno y los progestágenos pueden influir en la función de los neurotransmisores cerebrales y, en consecuencia, en el comportamiento y los síntomas.

Se han descrito tres tipos distintos de reacciones depresivas en el postparto; melancolía del puerperio, la depresión puerperal y la psicosis puerperal. Aproximadamente, un 70 a 80% de las madres presentan melancolía, tristeza puerperal o "baby blues post-partum", "third day blues" y "maternity blues". Se la define como una depresión leve y transitoria que se produce a los pocos días del parto. A los 2 ó 3 días después de dar a luz comienzan a sentirse deprimidas, ansiosas y angustiadas. Sin ningún motivo evidente, sienten enfado con el nuevo bebé, con sus parejas o con los otros hijos. También pueden llorar sin ningún motivo obvio, tener dificultad para dormir, comer y tomar decisiones, casi siempre cuestionan si pueden cuidar de un bebé. Estos sentimientos pueden y deben desaparecer en los primeros 7 a 10 días postparto, sin tratamiento farmacológico, sólo con apoyo emocional y seguimiento para que no progrese.

La depresión postparto ha sido descrita como una depresión atípica aparecida después del nacimiento de un hijo, con decaimiento, desconsuelo, sentimientos de

inadecuación e incapacidad para cuidar al recién nacido. Aparece en el 10-15% de las puérperas. Se manifiesta después de la segunda semana postparto, pero no alcanza morbilidad clínica hasta el cuarto o quinto mes. En estos casos la madre manifiesta y presenta, cansancio físico-psíquico excesivo, alteraciones del sueño, pérdida de interés, déficit de autoestima, anorexia, llanto, sentimientos de culpa excesivos, desamparo y pensamientos recurrentes de muerte. La detección y el tratamiento de la depresión puerperal debe ser precoz, por lo que se debe valorar la esfera psicológica en todas las puérperas, y advertir que es normal la presencia de tristeza puerperal, durante los primeros días del postparto, pero estos sentimientos deben desaparecer por completo, sino se debe buscar ayuda inmediatamente.

Algunas madres de recién nacidos sufren una enfermedad mental más grave que se denomina psicosis después del parto. Sin embargo, esta enfermedad ocurre rara vez. Las mujeres con una mayor tendencia a presentarla han tenido la enfermedad maniaco-depresiva (trastorno bipolar) o esquizofrenia o los miembros de su familia las han padecido.

Finalmente, la psicosis puerperal, clásicamente se ha mantenido que es de inicio súbito, actualmente, no está claro si existe una fase prodrómica, con inestabilidad emocional, inseguridad, indecisión, aturdimiento, etc.

En la psicosis postparto pueden encontrarse una amplia variedad de síntomas esquizofrénicos típicos, como son: desorientación temporo-espacial, alucinaciones auditivas y visuales, delirios, y episodios maníacos caracterizados por exaltación, inestabilidad de carácter, fuga de ideas, distracciones, euforia y exceso de actividad, comienzan después de una reducción en el sueño y cambios en el ánimo. Con frecuencia, la paciente siente estar dotada de poderes especiales. Esta situación, como resulta evidente requiere de tratamiento farmacológico, psicológico y hospitalización.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Puerperio fisiológico vs puerperio patológico

En el puerperio se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer, debido a la multitud de los procesos involutivos y en el breve tiempo en el que se producen, pueden aparecer complicaciones y/o urgencias puerperales, que pueden incluso causar la muerte materna. Por este motivo la matrona durante el puerperio inmediato precoz y en la unidad de hospitalización debe identificar los signos y síntomas de las complicaciones más frecuentes, además de avisar y derivar al equipo de tocología para su diagnóstico y seguimiento, ya que se trata del desarrollo de un puerperio patológico.

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer producida durante el embarazo o dentro de los 42 primeros días después del alumbramiento. La

mayor parte de las muertes maternas en España, se deben a la preclampsia y las embolias obstétricas (pulmonar, del líquido amniótico, etc.).

A continuación vamos a desarrollar las complicaciones que por su elevada mortalidad materna, se deben identificar precozmente como son las hemorragias puerperales, preclampsia y infecciones puerperales, otras complicaciones menores en nuestro medio, que no son causa de mortalidad materna pero por su elevada frecuencia durante el puerperio se deben detectar, como son la fiebre puerperal, el hematoma puerperal, patología de la lactancia, y enfermedad tromboembólica.

Hemorragias puerperales

Las hemorragias postparto son aquellas que se producen después de la salida completa del feto y mientras dura el puerperio.

La pérdida de volumen vascular por la hemorragia postparto es compensada por la disminución del árbol vascular placentario. En los primeros días, la movilización del líquido extracelular puede provocar una hemodilución, pero la volemia debe volver al nivel pregestacional alrededor de la tercera semana después del parto. La cantidad de sangre que se pierde durante el parto, determina la volemia y el hematocrito durante el puerperio. La cuantía normal de la hemorragia en el parto vaginal normal es de alrededor de 500 ml, mientras que en el curso de una cesárea aumenta hasta 1.000 ml.

De forma clásica se define a la hemorragia postparto como una pérdida sanguínea calculada mayor de 500 ml después del parto, clasificándose en:

- Hemorragias del postparto precoz (inmediato) a las que ocurren en las primeras 24 horas después del parto.
- Hemorragias del postparto tardío a las que ocurren entre el 1º día y la 6ª semana del puerperio.

Las causas de las hemorragias postparto son numerosas pero las más frecuentes son debidas a la atonía uterina, de los desgarros obstétricos y de la retención de fragmentos placentarios.

El término atonía uterina es responsable del 50% de las hemorragias post alumbramiento. Ocurre cuando el útero no se contrae después del parto, lo que origina una pérdida de sangre continua desde el lugar donde estaba implantada la placenta. Desde el punto de vista clínico se debe sospechar cuando existe una hemorragia uterina junto con la palpación de un útero de consistencia blanda. Aunque puede ocurrir sin factores predisponentes es más frecuente cuando existe sobredistensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía), parto prolongado o precipitado, administración excesiva de oxitocina (inducción o conducción del parto), paridad elevada (> 5), corioamnionitis, utilización de fármacos

relajantes uterinos (betamiméticos, sulfato de magnesio, agentes anestésicos halogenados, nitroglicerina, etc.).

Otra de las causas, es la excesiva pérdida de sangre desde la episiotomía y/o desgarros del canal blando del parto (20%). Los desgarros pueden tener su origen en la vulva, vagina o cuello uterino; generalmente están relacionados con un parto precipitado, con la expulsión no controlada del feto o con un parto instrumental, aunque pueden ocurrir después de cualquier parto. La existencia de una hemorragia persistente, de color rojo brillante, con un útero bien contraído sugiere que el cuadro se debe a un desgarro obstétrico. La revisión del canal blando del parto permite identificar la lesión origen de la hemorragia.

La retención de tejidos placentarios y de las membranas después de la expulsión de la placenta es la causa del 5-10% de las hemorragias del postparto. La revisión de la placenta después del alumbramiento suele evidenciar la ausencia de un fragmento de la placenta. Clínicamente la existencia de una hemorragia, no muy abundante pero persistente, que procede de la cavidad uterina y que no responde a la administración de oxitócicos sugiere la existencia de una retención de fragmentos.

Finalmente, existen estudios que demuestran el nivel de concordancia entre la estimación visual de pérdidas hemáticas durante el parto y las cifras de hemoglobina y hematocrito durante el puerperio. En general estos estudios demuestran que para volúmenes pequeños de pérdidas hemáticas existen buena concordancia, pero cuando el volumen de pérdidas hemáticas es mayor, se produce una subestimación de las pérdidas. El pulso, la valoración de la mucosa conjuntival, y la tolerancia al ortostatismo pueden ser buenos indicadores clínicos para ayudarnos a estimar la pérdida hemática. Siempre prestar atención a causas (regla 4T: trauma, desgarros o inversión uterina; tejidos, restos de tejido placentario; trombopatías, alteraciones de coagulación; tono, atonía uterina).

Preclampsia

Se produce un ligero incremento de la tensión arterial (TA) en el postparto inmediato; es más elevada entre el tercer y el sexto día después del parto, cuando la mayoría de las mujeres han sido dadas de alta. Las cifras de TA durante el puerperio inmediato no deben superar 140/90 mmHg. Se cree que este patrón de TA es el resultado de la movilización, del espacio extravascular al intravascular, de los seis a ocho litros de agua total del organismo y de los 950 mEq de sodio (natriuresis) total acumulados durante el embarazo.

Las cifras de 140/90mmHg durante antes de la semana 20 de gestación y/o 6 semanas posparto se clasifican y denomina hipertensión crónica.

Si se detectan cifras tensionales elevadas o límites se debe avisar y derivar al equipo de tocología para su diagnóstico y seguimiento posterior.

Enfermedad tromboembólica

Se entiende por enfermedad tromboembólica a la presencia de un trombo en cualquier parte de la economía corporal. El puerperio es una etapa en la que se dan las condiciones para que esto ocurra, ya que existe un enlentecimiento de la circulación, una hipercoagulabilidad mediada por estrógenos, posibles traumatismos de las venas por el proceso del parto.

Dentro de la enfermedad tromboembólica podemos distinguir dos situaciones o variedades:

- **Trombosis venosa superficial (tvs) de los miembros inferiores (mm.ii)**

Afecta a las venas superficiales del sistema safeno. No suele dar excesiva sintomatología o clínica, normalmente existe dolor espontáneo y a la palpación de los MM.II, eritema en el tracto venoso superficial con cordón palpable y aumento de la temperatura local. En muchas ocasiones, la paciente refiere sensación de entumecimiento o pesadez en la pantorrilla y una leve impotencia funcional.

- **Trombosis venosa profunda (tvp) de los miembros inferiores (mm.ii)**

Afecta al sistema venoso profundo desde el pie hasta la región iliofemoral. Los síntomas característicos son; dolor, edema, aumento del diámetro de la extremidad afectada, presencia del signo de Homans positivo en un tercio de los casos, en algunas ocasiones existe espasmo arterial por lo que se puede observar palidez y frialdad en esa extremidad y disminución de los pulsos periféricos, puede haber fiebre y leucocitosis.

En el 95% de los casos de embolismo pulmonar (EP), el trombo proviene de TVP de los MM.II. El cuadro clínico del EP, a veces, es inespecífico. El síntoma más común es la disnea (70% casos), seguido de dolor pleurítico (66%), tos (40%) y hemoptisis, es frecuente la sensación de angustia. El signo clínico más importante es la taquipnea, seguido de crepitantes y taquicardia.

Fiebre puerperal

Existe un puerperio febril en el 1-8% de todos los partos, siendo la frecuencia mayor en los partos por cesárea que en aquellos por vía vaginal. La fiebre puerperal fue definida por el Joint Committee on Maternal Welfare como: temperatura de 38°C (100,4°F) o superior, que se presenta en 2 ocasiones de los primeros 10 días posteriores al parto, salvo las primeras 24 horas, tomada por vía oral mediante una técnica estándar, incluidas las primeras 24 horas si la fiebre es superior a 38,4°C.

Cuando se planteó la definición, se excluyeron las primeras 24 horas porque la respuesta febril frente a la mayoría de las infecciones originadas durante el parto aparecen después del primer día, mientras que la fiebre del primer día sugiere infección previa al parto. Pero esto no es siempre así, por lo que toda púérpera febril, incluso en el primer día, requiere una valoración cuidadosa para detectar la presencia de cualquier foco infeccioso. Los picos febriles en los 2 primeros días tras el parto suelen ser autolimitados y debidos a la subida de la leche. Pero temperatura de 38 °C durante 2 días entre los días 2º al 10º tras el parto, no forma parte del puerperio fisiológico, por lo que se debe avisar y derivar al equipo de tocología.

Durante el puerperio, la fuente más frecuente de aumento de temperatura es la infección del aparato genital, además la púérpera presenta polaquiuria, disuria y/o tenesmo vesical, dolor zona lumbar con puñopercusión positiva. Sin embargo, un 5-10% de las púerperas con fiebre no tienen ningún proceso infeccioso o lo presentan en una localización diferente al tracto genital.

Las infecciones pélvicas (como endometritis, fascitis necronizante, etc) son las complicaciones graves del puerperio. Las infecciones del endometrio suelen ser polimicrobianas. La endometritis se origina como infección ascendente, a partir de microorganismos que constituyen la flora vaginal normal. Cuando hay fiebre elevada durante las primeras 24 a 48 horas del puerperio se ha de tener en mente la bacteriemia por estreptococos del grupo B. La Chlamydia trachomatis puede ser el agente causal de endometritis tardías (entre 3 días a 6 semanas postparto).

La endometritis suele manifestarse entre 3º y 5º día posparto, con mal estado general, temperatura de al menos 38°C, taquicardia materna, leucocitosis, dolor hipogástrico, hipersensibilidad uterina (dolor a la palpación en fondo uterino y a la movilización) con subinvolución del útero que es blando a la palpación, y loquios achocolatados, purulentos y/o malolientes.

Hematomas puerperales

Se deben a hemorragias surgidas durante el parto o después del alumbramiento y que no encuentran salida hacia el exterior. La incidencia de hematomas puerperales es de alrededor de 1 cada 500 partos, pero los grandes hematomas se dan en 1 de cada 4.000 partos aproximadamente.

Clasificación de los hematomas puerperales, existen dos tipos:

- **Hematomas vulvovaginales:** son los hematomas situados por debajo del elevador del ano. Son más frecuentes si el parto ha sido vaginal. La hemorragia se extiende hacia la vulva, la vagina y la fosa isquiorrectal e incluso hacia el ano. El hematoma está limitado hacia arriba por el elevador del ano y hacia abajo por la aponeurosis de Colles y la Fascia lata. El núcleo tendinoso del periné impide la propagación hacia el lado contrario. Aparece como una tumoración

de color rojo vinoso bajo la piel y/o un abombamiento de la pared vaginal. Produce dolor local, molestias en la micción e incluso retención urinaria.

- **Hematomas pelviabdominales:** son los hematomas situados por encima del elevador del ano. Se extiende en el espacio rectovaginal y vesicovaginal, en la zona del ligamento redondo, y pueden distenderse el ligamento ancho. Se forma un tumor fluctuante que rechaza el útero, queda desplazado lateralmente con posible abombamiento del fondo de saco lateral correspondiente. Puede abrirse en la cavidad peritoneal y provocar un hemoperitoneo.

Patología de la lactancia

La patología de la lactancia es muy amplia y variada, por lo que sólo se va a desarrollar la sintomatología de las situaciones y complicaciones más frecuentes:

- Ingurgitación mamaria: este cuadro se presenta en el segundo o tercer día del puerperio. Suele ser bilateral y las mamas están tensas, calientes y dolorosas.
- Grietas en los pezones: aparición de grietas, lesiones en pezones, acompañadas de dolor con la succión con o sin sangrado.
- Mastitis: con frecuencia es unilateral, aunque puede ser bilateral. Se suele presentar en la primera semana postparto aunque también hay un pico en la 3ª-4ª semana. Etiología: flora bacteriana nasal-oral del recién nacido, o flora cutánea materna. Se suele presentar con fiebre y dolor mamario. A la exploración física: eritema, dolor a la palpación, induración y fluctuación si se ha desarrollado un absceso, y linfangitis mamaria con infarto o no de ganglios regionales.
- Infección micótica-candidiasis del pezón: se suele presentar con 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).

BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). Postpartum depression. Women's health care physicians . 2009. Disponible en: <http://www.acog.org/>.

2. Bajo Arenas JM, González de Agüero Laborda R. Cambios fisiológicos de la mujer durante el puerperio. En: Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Tomo I. SEGO: Madrid 2007.
3. Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Puerperal pathology. An Sist Sanit Navar. 2009; 32(Suppl 1):169-75.
4. Lawrie TA, Herxheimer A, Dalton K. Estrógenos y progestágenos para la prevención y el tratamiento de la depresión puerperal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. Magee L, Sadeghi S. Prevención y tratamiento de la hipertensión posparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Rubio Romero JA, Gaitán Duarte H, Rodríguez Malagón N. Concordancia entre la estimación visual y la medición del volumen recolectado en una bolsa del sangrado intraparto en mujeres con parto normal. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 2008; 59(2):92-102.
7. Usandizaga JA, Fuente P de la, directores. Tratado de obstetricia y ginecología. 2ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.
8. Sánchez Ramos J, Bedoya C, Bartha JL. Patología del alumbramiento del postparto inmediato. En: Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Madrid: SEGO; 2007.

Recibido: 5 noviembre 2010.

Aceptado: 7 noviembre 2010.