



Planta de Hospitalización Obstétrica. HUB

Guía para prácticas.

Dra. MERCEDES FRACA PADILLA



INTRODUCCIÓN.

La docencia práctica en la sala de Hospitalización Obstétrica se lleva a cabo fundamentalmente en la 3ª planta del pabellón Iturrizar.

En esta área de Hospitalización están ingresadas las pacientes con dos procesos diferentes.

- Puerperio clínico Normal.
 - Parto vaginal eutócico.
 - Parto vaginal Instrumental.
 - Cesárea.
- Puerperio patológico.

Las pacientes con patología del primer trimestre del embarazo se encuentran ingresadas en la planta baja del pabellón Iturrizar.

Los responsables de esta práctica son la Dra. Mercedes Fraca y el Dr. Roberto González, aunque son varios los médicos que trabajan en esta unidad y serán los encargados de explicaros la actividad diaria y resolver las dudas que se planteen.

El inicio de vuestra rotación será a las 9:30 h de la mañana. El punto de encuentro tendrá lugar en la sala de control de enfermería de la 3ª planta del pabellón Iturrizar.

OBJETIVOS

El objetivo final de esta rotación es conseguir que los estudiantes adquieran el conocimiento práctico del manejo de las pacientes obstétricas en los tres procesos que se atienden.

Se deben adquirir unos conocimientos básicos sobre el manejo del puerperio del parto vaginal y de la cesárea, conocer la evolución normal del puerperio e identificar los factores de riesgo que nos pueden orientar hacia una evolución patológica (Involución



Uterina, Pérdida hemática, micción, alteraciones en las mamas, estado emocional materno, evolución de la herida quirúrgica)

A continuación explicaremos los aspectos fundamentales en el manejo de las pacientes obstétricas. Revisar estos aspectos antes del comienzo de la práctica os ayudará para sacar el máximo rendimiento.

PUERPERIO NORMAL

Tras el parto, la puérpera permanece 2 horas en el área de partos (Puerperio inmediato). Este periodo es fundamental para establecer un vínculo adecuado entre la madre y el recién nacido. Tras este periodo, en ausencia de complicaciones, la mujer es trasladada a la planta de Hospitalización donde se le prestarán los cuidados necesarios durante el tiempo que este ingresada (Puerperio clínico).

Para comprobar la evolución normal del puerperio valoramos diariamente durante la hospitalización los siguientes aspectos:

- Constantes vitales (Tensión arterial, T^a y Frecuencia Cardiaca)
- Sangrado vaginal
- Involución y contracción uterina correctas
- Normalidad en la micción
- Estado del Periné tras un parto vaginal y de la herida quirúrgica en la cesárea.
- Dolor
- Estado emocional de la madre y adaptación del recién nacido.
- Estado de las mamas.
- Lactancia materna.

Los cuidados puerperales están encaminados por un lado a descartar signos de alarma que nos alerten de una posible complicación del puerperio y por otro a fomentar el vínculo Madre-Recién Nacido y el bienestar psicoemocional de la madre



COMPLICACIONES PUERPERALES MÁS FRECUENTES.

1. Hemorragia Puerperal.

Definición: Hemorragia posparto precoz: Pérdida mayor de 500cc tras un parto vaginal o 1000cc después de una cesárea durante las primeras 24h.

La hemorragia posparto tardía se define como el sangrado abundante que ocurre entre las 24h y 6 semanas posparto y que se acompaña de repercusión hemodinámica.

1.1. Hemorragia posparto Precoz (Primeras 24 horas)

- a. Atonía Uterina.
- b. Retención de restos Placentarios.
- c. Lesiones del canal del parto.
- d. Alteraciones de la coagulación.

1.2. Hemorragia posparto tardía.(24 horas-6 semanas posparto)

- a. Retención de restos placentarios.
- b. Endometritis.
- c. Alteraciones de la coagulación.

2. Infección puerperal.

Definición: La fiebre puerperal se define como la presencia de una $T^a > 38^\circ$, tomada al menos en dos ocasiones entre los días 2º y 10 del puerperio.

- a. Endometritis
- b. Mastitis.
- c. Infección de la episiotomía.
- d. Infección de Herida quirúrgica tras la cesárea.
- e. Infección del tracto urinario.

3. Preeclampsia-Eclampsia Puerperal.

Definición. Preeclampsia $TA > 140/90$ acompañada de proteinuria. Eclampsia: Cuadro convulsivo secundario a una Preeclampsia.

- a. Preeclampsia sin signos de gravedad.



- b. Preeclampsia con signos de gravedad.
 - a. Plaquetopenia <100.000 .
 - b. Aumento de transaminasas.
 - c. Presencia de alteraciones visuales, dolor epigástrico o cefalea.

4. Enfermedad Tromboembólica.

- a. Trombosis Venosa Profunda.
- b. Trombosis de la Vena Ovárica.
- c. Tromboflebitis pélvica séptica.
- d. Tromboembolismo Pulmonar.



Cuidados habituales en la Hospitalización Puerperal.

1. Manejo del dolor tras el parto.
2. Cuidados postoperatorios tras la cesárea.
3. Retención Urinaria
4. Hemorragia puerperal.
5. Infección puerperal.
6. Preeclampsia- Eclampsia.
7. Complicaciones tromboembólicas.



1. Manejo del dolor tras el parto.

El manejo del dolor tras el parto tiene como objetivo el alivio del dolor secundario a la episiotomía o desgarro perineal, a las contracciones uterinas para una correcta involución uterina (Entuertos) o a la herida quirúrgica tras la cesárea. A la hora de elegir el tratamiento analgésico no podemos perder de vista la compatibilidad con la lactancia materna para evitar efectos adversos en el recién nacido.

ANALGESIA PARTO VAGINAL.

PARTO NORMAL.

- Ibuprofeno 600 mg/8h. Vía oral.
- Paracetamol 1g alterno/8h si precisa. Vía oral.

PARTO INSTRUMENTAL.

- Voltarén supositorios 100 mg. Vía rectal.1/12h (48 horas máximo)
- Paracetamol 1g/8h Vía oral.

ANALGESIA POSTOPERATORIA EN LA CESAREA.

Durante el postoperatorio de la cesárea el tratamiento analgésico se puede realizar bien mediante la administración IV de analgésicos tipo antiinflamatorios no esteroideos o mediante la administración de derivados de la morfina a través del catéter epidural.

Analgesia vía IV.

- Ketorolaco 30 mg IV/6 horas +Paracetamol 1g/6h alterno IV durante 24horas.
- Ibuprofeno 600mg/8h v.o. + Paracetamol 1g/8h alternando durante el puerperio clínico.
- Medicación de rescate si persiste el dolor.
 - Cloruro mórfico 10 mg/8h IV o Dolantina 50mg/8h. (IV)

Analgesia Epidural.

- M3/8horas vía epidural +paracetamol 1g iv/8h durante 24 horas.
 - Ibuprofeno 600mg/8h v.o. + Paracetamol 1g/8h v.o. 24h-Alta.



2. Cuidados postoperatorios tras la cesárea.

- **Tolerancia oral**, Si inicia la tolerancia oral 6 horas después de la intervención quirúrgica. La tolerancia oral se realiza con líquidos. Si la tolerancia es normal, se inicia de manera precoz una dieta normal.
- **Catéter epidural** Si la intervención se ha realizado mediante anestesia epidural el catéter se retira una vez que se ha comprobado la evolución normal durante el posparto inmediato. Si la analgesia durante el puerperio se va a administrar a través del catéter epidural, éste se mantiene el tiempo necesario para administrar la analgesia.
- **Sonda vesical:** Se retira a partir de las 12h de la intervención quirúrgica.
- **Movilización progresiva:** Es importante iniciar la movilización de la puérpera lo más precozmente posible. Siempre que su estado lo permita se iniciará la deambulación a partir de las 12 horas de la intervención.
- **Constantes:** Se tomarán las constantes por turno las primeras veinticuatro horas (TA, T^a, FC). A partir del primer día se tomará la TA /24horas y la T^a dos veces al día.
- **Cuidados de la herida quirúrgica.** Se valorará la herida quirúrgica una vez al día, realizando una cura en la que se utilizará Clorhexidina alcohólica como antiséptico. Si la paciente porta un drenaje en la herida quirúrgica (Poco habitual en las cesáreas), lo retiramos tras comprobar que el débito es < 50cc.
- **HRF:** Solicitamos una hematimetría de control a las pacientes a partir de las 24 de realización de una cesárea.



Hematoma superficial de Cicatriz de cesárea.



Hematoma profundo con dehiscencias laterales.



3. Retención Urinaria

La causa más frecuente de retención urinaria posparto es la falta de relajación del suelo pélvico, secundario al traumatismo del parto. Es más frecuente en los casos de episiotomía dolorosa y en los partos instrumentales.

Es fundamental un buen protocolo de analgesia, ya que el dolor es uno de los mecanismos desencadenantes principales de la retención urinaria posparto.

MECANISMO DE ACTUACIÓN

-Después de parto vaginal

- Ningún tipo de *anestesia*: puede levantarse a orinar a las 2 -3 h del parto.
- Parto con *anestesia epidural*: puede levantarse a orinar a las 4 h.
- Si a las 6 h no consigue orinar realizaremos sondaje evacuador y comprobaremos la cantidad que orina cada 3-4 h. Si no puede seguiremos la **pauta de cateterismo intermitente**.

- Después de cesárea con anestesia espinal o raquídea:

- Podemos retirar la sonda urinaria a partir de las 12 h de la cesárea. Le aconsejaremos que orine cada 3-4 h y si no lo consigue a las 6 h realizaremos **pauta de cateterismo intermitente**.

- Si la paciente tiene clínica de retención urinaria (globo vesical) :

- Efectuaremos un sondaje evacuador y comprobaremos la cantidad que orina cada 3-4 h; si no lo consigue haremos la **pauta de cateterismo intermitente**.

PAUTA DE CATETERISMO INTERMITENTE

Siempre valorar/medir lo que orina la paciente espontáneamente. Intentaremos no dejar sonda uretral permanente y respetaremos el descanso nocturno

>500 ml	sondaje	evacuador	cada	4-5 h.
400-500	"	"	"	6 h.
300-400	"	"	"	8 h.
200-300	"	"	"	12h.
100-200	"	"	"	24h.

< 100 ml es normal (suspender el cateterismo).

Si con esta pauta no conseguimos vaciado adecuado citamos en consulta de enfermería de urología para instrucciones de autosondaje en su domicilio



Sonda de Foley



4. Hemorragia puerperal.

Los **signos de alarma** de que nos alertan de un puerperio complicado con una hemorragia puerperal son:

- a. Hipotensión.
- b. Taquicardia.
- c. Mareo con pérdida de conocimiento.
- d. Sangrado vaginal excesivo.

Los **factores de riesgo** de la Hemorragia Posparto son:

- a. Partos prolongados.
- b. Cesárea.
- c. Patología de la placenta (Placenta Previa o Desprendimiento de placenta)
- d. RN con peso > de 4kg.

Ante la presencia de Una hemorragia posparto realizaremos una **exploración** valorando:

- a. Involución Uterina:

Tras el parto el fondo uterino se palpa a nivel del Ombligo (0-0), los días posteriores se palpa la altura uterina por debajo del ombligo de manera progresiva. Si el fondo uterino se halla más de dos traveses por encima del Ombligo (0+2), sospecharemos una atonía Uterina. Además de la altura del fondo uterino, valoraremos el tono del útero (Estado contráctil del miometrio) mediante palpación a través de la pared abdominal.

- b. Constantes Vitales: TA y Frecuencia cardiaca.
- c. Exploración del canal del parto.
- d. Ecografía Pélvica para descartar la retención de restos placentarios tras el parto.
- e. Solicitaremos hemograma.

Si diagnosticamos una hemorragia posparto, el **Tratamiento** de elección:

- a. Masaje uterino y vaciado vesical para potenciar la contractilidad del miometrio.
- b. Canalizar vía venosa e infusión de Suero.
- c. Tratamiento Uterotónico (Fármacos que estimulan la contracción miometrial).

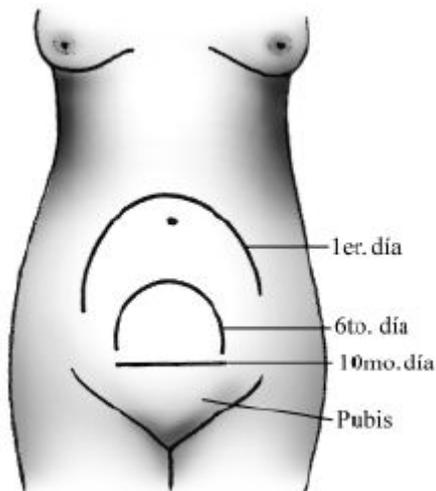


- Oxitocina: 10-20 UI en dilución vía intravenosa.
- Metil-Ergometrina 0,20 mg IM
- Carboprost: 250 µg IM

Si a pesar el tratamiento uterotónico, la hemorragia persiste trasladaremos a la paciente a quirófano de manera urgente para realizar un tratamiento quirúrgico.



*Ecografía con
restos placentarios
puerperales.*



*Involución Uterina
Puerperal*



5. Infección puerperal.

La infección Puerperal es un proceso inflamatorio séptico, localizado o generalizado que se produce en el puerperio.

Los **Signos de Alarma** que nos alertan sobre una infección puerperal son:

- a. Fiebre.
- b. Taquicardia.
- c. Loquios Malolientes.

La infección puerperal más frecuente es la **endometritis** que se caracteriza por fiebre, mal estado general, dolor o sensibilidad a la palpación uterina y loquios malolientes.

Los **factores de riesgo** que predisponen a la infección Puerperal son:

1. Factores Generales.
 - a. Anemia.
 - b. Diabetes.
 - c. Obesidad.
2. Factores relacionados con el parto.
 - a. Rotura de membranas > 24h.
 - b. Exploraciones vaginales repetidas.
 - c. Partos prolongados.
 - d. Desgarros del canal del parto.
 - e. Hemorragias.
3. Operaciones Obstétricas.
 - a. Cesárea (es el factor de riesgo más importante)
 - b. Fórceps.
 - c. Extracción manual de placenta.

Ante Una sospecha de Endometritis realizaremos una **exploración** valorando:

1. Involución Uterina.
2. Sensibilidad Uterina.
3. Características de los loquios.



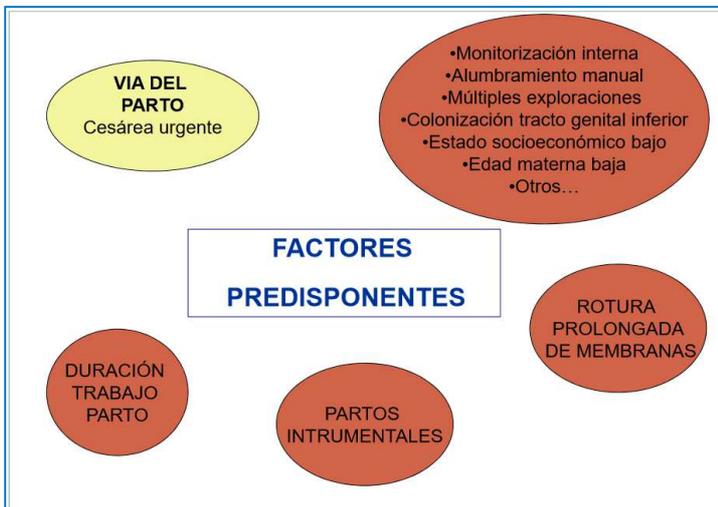
4. Solicitaremos Analítica para valorar parámetros infecciosos.

5. Ecografía pélvica para descartar la presencia de restos de placenta y Abscesos pélvicos.

El Pilar del **tratamiento** de la Endometritis es la administración de **antibióticos** de amplio espectro, ya que se trata de una infección de origen polimicrobiano con participación de la flora habitual de la vagina (Gram+, Gram – y Anaerobios)

Clindamicina 600mg/6h + Gentamicina 240 mg /24h

Además del tratamiento antibiótico, son necesarias las **medidas generales**: Reposo, Hidratación IV y antipiréticos.





6. Preeclampsia- Eclampsia.

Se define la Preeclampsia como la presencia de una TA > 140/90 asociada a la presencia de proteinuria en Orina. La Preeclampsia es más frecuente durante el tercer trimestre del embarazo, pero también puede aparecer en un pequeño porcentaje durante las primeras 48 h del puerperio.

Los **signos de alarma** que nos alertan de una posible Preeclampsia son:

- a. TA > 140/90. Se debe confirmar la medición y repetir la toma de TA entre 4 y 6 horas más tarde. Ante dos cifras elevadas de TA, debemos sospechar una Preeclampsia puerperal.
- b. Cefalea.
- c. Dolor epigástrico, asociado a HTA.

Ante la sospecha de una Preeclampsia realizaremos la siguiente **exploración**:

- a. Analítica elemental para valorar la presencia de proteinuria.
- b. Analítica completa para valorar Plaquetas, transaminasas, coagulación.

Ante el diagnóstico de una Preeclampsia puerperal iniciaremos **tratamiento** antihipertensivo, el fármaco de elección es el Labetalol.

Además realizaremos un tratamiento profiláctico de la eclampsia mediante la administración de Sulfato de Magnesio IV como Neuroprotector.

Ante la presencia de una Convulsión ecláptica iniciaremos tratamiento de Soporte vital y administraremos Valium 40 mg IV. La paciente se trasladará a la Unidad de reanimación para recibir tratamiento de cuidados Intensivos.



7. Complicaciones tromboembólicas.

La enfermedad tromboembólica (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP), el tromboembolismo pulmonar (TEP) y la tromboflebitis pélvica séptica.

Las complicaciones tromboembólicas son una de las causas más importantes de mortalidad materna en el primer mundo.

Es importante valorar el riesgo de manera individual para indicar trombopprofilaxis a aquellas pacientes que tienen un aumento del riesgo.

MANEJO DE GESTANTES SIN TEV PREVIO NI TROMBOFILIA

Tabla 2

Factores Riesgo Existentes	Score
Comorbilidad: cáncer, LES, enfermedad inflamatoria intestinal, Sde Nefrótico, Drepanocitosis, Cardiopatía, Paraplejía.	3
Edad (> 35 años)	1
Obesidad (IMC >30 / >40)	1 / 2
Paridad (> 3)	1
Tabaquismo (>10 cig/día)	1
Sde varicoso severo (sintomática, asociado a flebitis, edema, cambios cutáneos)	1

Factores Riesgo Obstétrico	Score
Preeclampsia en gestación actual	1
Gestación múltiple	1
Parto instrumental (Instrumento rotador, nivel medio canal del parto)	1
Trabajo parto prolongado (>24h)	1
Cesárea programada	1
Cesárea Urgente	2
Hemorragia postparto (>1U Transfusión)	1
Feto muerto en gestación actual	1

*TRA (si el tratamiento se ha iniciado desde la Unidad de Reproducción: mantener hasta s.12)

Factores de Riesgo Transitorio	Score
Cirugía mayor durante embarazo o puerperio	3
Infección sistémica severa	1
Síndrome de Hiperestimulación Severa	3
Hipertermia severa/ Deshidratación	3
Inmovilidad (> 3 días)	1
Viaje de larga duración (>8h)	1

*Los riesgos transitorios indican Trombopprofilaxis **sólo** durante el periodo en el que el factor está presente.

Si el **Score total** supone:

- 4: Considerar Trombopprofilaxis desde el diagnóstico
- 3: considerar Trombopprofilaxis a partir de la semana 28
- > 2: Trombopprofilaxis postparto (5-7 días)

Los **signos de alerta** de la enfermedad tromboembólica son.

- a. Dolor y tumefacción en EEII. (TVP)
- b. Inquietud, disnea y taquipnea (TEP)
- c. Dolor en FID, asociado a fiebre (Trombosis de la vena ovárica)

Ante la sospecha de una enfermedad tromboembólica realizaremos la siguiente **exploración:**

- Exploración clínica.
- Auscultación pulmonar.
- Angio-TAC.
- Eco-Doppler.

El **tratamiento** de elección ante el diagnóstico de una complicación tromboembólica es la Heparina de Bajo Peso Molecular:

HBPM	Dosis profiláctica	Dosis de alto riesgo	Dosis terapéutica
Enoxaparina <i>(Clexane)</i>	(50-90kg) 40mg/24h (90-130kg): 60mg/24h (130-170kg): 90mg/24h	(50-90kg) 60mg/24h	1mg/kg/12h
Tinzaparina* <i>(Innohep)</i>	3500 UI/día 4500UI/día (>80kg) <i>Innohep Sol. Iny de 10.000 UI anti-Xa/ml con jeringas de 0.35ml ó 0.45ml</i>	175 UI/kg/24h <i>Innohep Sol. Iny de 20.000 UI anti- Xa/ml con jeringas de 0.5, 0.7, 0.9 ml</i>	175 UI/kg/24h <i>Innohep Sol. Iny de 20.000 UI anti-Xa/ml con jeringas de 0.5, 0.7, 0.9 ml</i>



ELABORACION DEL INFORME DE ALTA

De cara al alta de la paciente se debe elaborar un informe de alta que contenga la información necesaria y suficiente para el control evolutivo posterior durante el puerperio. El informe de alta constará de los antecedentes personales de la paciente, datos del parto y del Recién Nacido, Evolutivo del puerperio y recomendaciones al alta de la paciente. El control posterior del puerperio se realizará bien en atención primaria o en la consulta especializada en función de la patología que presente la paciente.

Modelo de informe de alta puerperio.



BILBAO - BASURTO
ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA
BILBAO - BASURTO

ANTECEDENTES PERSONALES
Mujer de años
- NAMC
- AMQ: Sin Interés
No tratamiento habitual
No hábitos tóxicos
Grupo sanguíneo materno:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS
G P

EMBARAZO ACTUAL
Gestación de semanas.
Control: ambulatorio
Evolución normal
Vacunación: **Boostrix**.

RESUMEN PARTO
Día: Hora:
Inicio: Espontáneo
Finalización: Eutócico
Alumbramiento: Dirigido
Episiotomía: no Desgarro grado
Analgésia: Epidural
Factores de riesgo Intraparto: SGB, fiebre Intraparto
Postparto Inmediato: normal.

RECIÉN NACIDO
Sexo: Peso: Apgar:
Grupo-Rh:

PUERPERIO
Evolución favorable. Constantes normales.
Lactancia materna / Lactancia con fórmula (inhibición con **Dostinex**)
Análisis postparto: HRF: Hb g/dl bto %
Tratamiento durante el ingreso: Fe oral/ Fe Iv, Clexane 40mg/24h, Gamma antiD, Triple vírica.

INSTRUCCIONES AL ALTA
o Fe oral 24h durante 1 mes.
o Yodo 1/día mientras lactancia materna exclusiva.
o Clexane 40 mg/24h hasta el día/ Medias de compresión durante al menos 2 semanas postparto.
- Control según pauta establecida por su matrona de área.
- Revisión por su tocólogo ambulatorio dentro de 6 semanas.

 (Ctrl) ▾