

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO.

AUTOR: *Ana Elena Garrido Rivas*

CENTRO DE TRABAJO: *Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología del Centro de Salud de Calahorra*

## INTRODUCCIÓN

El embarazo o gestación se define como un período durante el que el embrión se desarrolla, madura y crece en el interior del cuerpo de la madre y cuya duración comprende desde la fecundación del óvulo hasta el momento del parto.

Amparándonos en la estrategia nacional de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del 2011, se reconocen los derechos reproductivos de la mujer. Asimismo la OMS percibe los derechos reproductivos de la mujer como derechos humanos, y se ratifica en convenciones y pactos de las Naciones Unidas.

En cuanto a las recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal dirigida a las embarazadas, su objetivo es complementar las directrices sobre la atención de determinadas complicaciones relacionadas con el embarazo. Su finalidad es responder a los problemas relacionados con la práctica y la prestación de la atención prenatal, así como priorizar la atención de la salud centrada en la persona y el bienestar, de conformidad a un enfoque basado en los derechos humanos. Según la OMS existe evidencia científica de los beneficios que reporta a la mujer el hecho de recibir atención continuada de enfermería durante el embarazo, parto y postparto.

A nivel nacional, entre las prioridades del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales

e Igualdad, se encuentra la atención a la salud de la mujer durante su gestación, parto y puerperio, basándose en investigaciones de rigor científico.

Por todo ello, es una necesidad profesional del personal de enfermería actualizar sus conocimientos en este ámbito de la salud obstétrica. Para ofrecer una calidad de cuidados a las gestantes, a las mujeres durante su parto y también durante la etapa puerperal.

## CONTENIDO

Introducción

Título 1. Anatomía del aparato reproductor femenino.

Título 2. Cambios o signos de gestación.

Título 3. Visitas y controles de enfermería recomendables durante el embarazo.

Título 4. El seguimiento del embarazo: pruebas de cribado y pruebas diagnósticas.

Título 5. Medidas higiénico-dietéticas relacionadas con el embarazo.

Título 6. Alteraciones de salud relacionadas con la gestación.

Título 7. Problemas más frecuentes durante la gestación.

Título 8. El parto.

Título 9. Valoración y cuidados de enfermería de la puérpera: cambios fisiológicos y psicológicos.

## TÍTULO 1. ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El aparato reproductor femenino tiene como funciones las siguientes: la reproducción de los gametos femeninos (los óvulos). También correspondería entre sus misiones la recepción de los espermatozoides para fertilizar a los óvulos y permitir la gestación. Asimismo, reúne las condiciones ambientales óptimas para facilitar la fecundación. Otro aspecto muy importante es el de facilitar el desarrollo fetal, así como la nutrición fetal y la expulsión del feto a término.

El aparato reproductor se divide en 3 partes:

Los genitales externos comprenden distintas partes. La vulva es el conjunto de órganos genitales externos femeninos. Entre sus partes incluye:

- Monte de Venus: es la parte superior de la vulva, que comprende una almohadilla de tejido graso, cubierta de vello.
- Labios mayores: son unos pliegues cutáneos que comprenden desde el monte de venus hasta la parte posterior, donde se fusionan.
- Labios menores o ninfas: pliegues cutáneos delgados, que están por dentro de los labios mayores.
- Clítorix: órgano eréctil, muy vascular y con abundantes terminaciones nerviosas. Es el equivalente del pene en el hombre.
- Vestíbulo: zona comprendida entre los labios menores
- Himen: membrana cutáneo-mucosa, muy fina y vascularizada que cierra parcialmente la parte inferior de la vagina. En el primer coito se produce la rotura del himen, conduciendo a la formación de las carúnculas himeneales o mirtiformes, producto de su desgarramiento durante el coito y el parto. La imperforación del himen es una causa de amenorrea primaria. Puede producir hematocolpos, que es el acúmulo de sangre en la primera menstruación por la imposibilidad de salir al exterior.

Las glándulas de Skene, paraeuretrales o vestibulares menores desembocan a los lados de la uretra. Y su función es la lubricación. También se localizan las glándulas vestibulares mayores o de Bartholino, situadas en el tercio exterior del labio menor y su función es también la lubricación.

Cuerpo perineal es la zona comprendida entre la horquilla del periné (unión de los labios menores) y el ano. Aquí se sitúa el músculo transverso del periné, que se puede desgarrar en los partos. Es una zona muy importante para el soporte del suelo pélvico.

Los genitales internos están compuestos por el útero, las trompas de Falopio y la vagina:

Los ovarios tienen la función de producción de óvulos o gametos y la secreción de hormonas (estrógenos, progestágenos y andrógenos). Están activos desde la menarquia (fecha de la primera regla) hasta la menopausia (fecha de la última menstruación). Son órganos intraperitoneales, no cubiertos de peritoneo. La producción de óvulos se produce a partir de los folículos ováricos maduros o de De Graaf.

Otra parte muy importante son las Trompas de Falopio. Van desde el ángulo superoexterno del útero hasta situarse por encima del ovario. Es decir, el óvulo es captado por las fimbrias de la trompa para ser conducido posteriormente al útero. Transportan el ovocito hasta la cavidad uterina tanto si ha sido fecundado como si no.

Porciones de la trompa de Falopio:

. Infundibular. Es el pabellón de la trompa. Es la porción que termina en las fimbrias y que pone en contacto la trompa con el ovario. Pone en contacto la cavidad uterina con la cavidad abdominal.

. Ampular o ístmica: Es el segmento que se encuentra entre la porción infundibular y la intersticial. La fecundación normalmente se produce en el tercio externo de la trompa o porción ampular de la trompa.

. Intersticial o intramural. También se le llama porción uterina porque atraviesa la musculatura del útero.

El útero es un órgano único, que está entre la vejiga y el recto. Está formado por tres capas: la serosa peritoneal, que tapiza la cara anterior y posterior del cuerpo uterino. El miometrio, que es el músculo uterino. Es un músculo liso. Y el endometrio, que es la capa interna del útero y se descama cada 28 días generalmente, debido a la deprivación hormonal del hipotálamo-hipofisario- ovárico, que da lugar a la menstruación.

El útero se divide fundamentalmente en tres partes, que son: El cuerpo del útero, que es la parte superior y la que representa mayor parte del órgano. El istmo, que comprende la porción intermedia entre el cuerpo y el cuello uterino. Y el cuello uterino, que es la parte inferior del útero, a este nivel se produce la unión de la vagina. Y las paredes de la vagina están separadas del cuello por los fondos de saco vaginales.

La vagina es cavidad virtual que comunica el cuello del útero con el exterior. Su longitud suele estar entre 8 y 12 cm. Tiene tres capas: Interna mucosa, media muscular y externa o fascia vaginal. El pH de la vagina es ácido (por debajo de 4,5) y esta característica es fundamental para evitar la aparición de infecciones. Dicho pH se mantiene por gérmenes saprofitos denominados bacilos de Döderlein, los cuales producen ácido láctico. La vagina tiene las siguientes misiones: actúa como órgano que permite la penetración del pene, también constituye la porción inferior del canal del parto, permite la expulsión de secreciones menstruales y de flujo vaginal.

Las mamas son glándulas sudoríparas apocrinas. Se sitúan en el tórax sobre los músculos pectorales. La función principal es la secreción láctea. Para que ésta se produzca son necesarias tres fases: mamogénesis (en la que crece y se desarrolla la mama), lactogénesis (en la que se produce la secreción láctea) y lactopoyesis (en la que se produce el mantenimiento y transporte activo de la leche).

En la zona externa central se encuentra la areola donde están los tubérculos de Morgani y que durante la lactancia se transformarán en los tubérculos de Montgomery. En el centro de la areola se encuentra el pezón, con unas pequeñas perforaciones donde desembocan los conductos galactóforos.

También es interesante comentar el concepto de pelvis blanda, definiéndose como la estructura formada por el conjunto de músculos y por el canal blando del parto. Los músculos forman el diafragma urogenital y pélvico. En esta estructura se identifican tres planos: superficial, medio y profundo. Asimismo, es fundamental hablar del canal blando del parto, formado por las siguientes estructuras blandas: el útero, la vagina y el periné.

Por otro lado, hay que explicar el concepto de pelvis ósea, la cual está formada por cuatro huesos: 2 coxales, el sacro y el coxis. Estos huesos se unen entre sí por ligamentos y por articulaciones, a nivel de la sínfisis púbica y las articulaciones sacroilíacas y sacrocoxígeas.

La pelvis es la estructura ósea a través de la cual debe ir descendiendo el feto durante el parto. Por ello es muy interesante poder valorar de forma objetiva la progresión fetal a lo largo de este recorrido. Los planos de Hodge sirven para conocer la relación entre la presentación fetal y la pelvis materna. Hay cuatro planos que conviene identificar, que irían desde el primer plano, que se sitúa en la parte superior de la pelvis, hasta el cuarto plano, que es cuando la presentación fetal se encuentra en la parte inferior de la pelvis materna.

. Primer plano: coincide con el estrecho superior de la pelvis. Pasa por el borde superior de la sínfisis del pubis.

. Segundo plano: pasa por el borde inferior de la sínfisis del pubis.

. Tercer plano: pasa por las espinas ciáticas.

. Cuarto plano pasa por la punta del coxis. Abombamiento de cabeza fetal.

La maduración de los órganos genitales y la aparición de los caracteres sexuales secundarios se produce en la pubertad. Aspectos que son valorados mediante los estadios de Tanner. En este periodo se producen fundamentalmente el desarrollo mamario, la aparición de vello sexual y la primera menstruación. Este periodo suele producirse entre los 8 y los 14 años y se establece como límite de normalidad los 16.

La menarquia se define como la aparición de la primera regla. Se suele producir entre los 10 y 16 años, y lo más frecuentes es que se produzca a los 12 o 13 años. Aparecerá debido a que el eje hipotálamo hipofisario actúa sobre la maduración de algunos folículos ovarios primordiales que darán lugar al desarrollo de un folículo de De Graaf, capaz de ovular. Como consecuencia de esta maduración aparecerá la producción de estrógenos y progestágenos.

La telarquia es definida como el desarrollo de las mamas. Se produce entre los 9 y 13 años. Y se ocasiona como consecuencia de la acción de estrógenos y progestágenos.

Mientras que la pubarquia es la aparición de vello en la zona del pubis y se suele producir entre los 9 y 13 años, ocasionándose como consecuencia de la aparición de andrógenos.

## TÍTULO 2. CAMBIOS O SIGNOS DE GESTACIÓN

Las mamas durante el embarazo se caracterizan por aumento de tamaño, tensión mamaria y mastalgia de leve a moderada. También se observa un aumento del pigmento areolar.

En cuanto a la vulva y a la vagina, su color se torna hacia una coloración azulada y se produce congestión de vulva y vagina, con aumento de la humedad vulvovaginal. Se produce una modificación del frotis vaginal y el moco vaginal se hace muy viscoso debido a cambios provocados por la progesterona. Asimismo, es característico que el cérvix se reblandezca.

En las primeras semanas de embarazo se puede palpar más blando y globuloso el útero. Y a partir de la semana 12 el útero rebasa la sínfisis púbica y se evidencia el aumento de volumen abdominal.

Es una característica fundamental el peloteo fetal, entre el cuarto y quinto mes al presionar lateralmente el útero, dando lugar a una sensación de peloteo debido al abundante líquido. También se hacen evidentes los movimientos fetales, que se han de entender como signo de bienestar fetal.

Otro cambio que se puede apreciar en las constantes vitales de la madre es el aumento de la temperatura basal materna.

En cuanto a la evidencia de gestación, la identificación de latido cardíaco fetal nos aporta información no solo de la existencia de gestación evolutiva, sino también podemos recabar información sobre el estado de salud del feto.

### **TÍTULO 3. VISITAS Y CONTROLES DE ENFERMERÍA RECOMENDABLES DURANTE EL EMBARAZO:**

El control del embarazo de bajo riesgo debe corresponder al obstetra en colaboración con la enfermera especialista obstétrico-ginecológica (matrona), pero es importante que enfermeras y técnicos de auxiliares de enfermería conozcan el plan de cuidados de la gestante y puedan colaborar en él con una participación activa y un papel relevante en el curso evolutivo del embarazo, el parto y el puerperio.

Mediante una anamnesis se recogen los datos más relevantes sobre el embarazo actual de la mujer. Entre los aspectos más importantes destacan los antecedentes personales, los antecedentes familiares, los antecedentes obstétricos y las características de la gestación actual. Entre los antecedentes personales más importantes hay que destacar alergias, enfermedades importantes que ha padecido, intervenciones quirúrgicas realizadas, medicamentos habituales, ... En cuanto a los antecedentes familiares hay que destacar enfermedades de especial relevancia como hipertensión, cáncer, diabetes, enfermedades hematológicas, enfermedades hereditarias, etc. Los antecedentes obstétricos se refieren al número de gestaciones anteriores, abortos, cómo evolucionaron esos embarazos (se debe dejar correctamente registrado si la mujer refiere alguna complicación tipo hipertensión gestacional, diabetes gestacional, hipotiroidismo, entre otras.). También es interesante dejar reflejado en su historia clínica la vía de parto de las gestaciones anteriores, es decir, si acabaron siendo parto eutócico, parto instrumentado o cesárea. Y para finalizar tenemos que preguntar a la mujer gestante cómo fue su puerperio, si hubo alguna complicación, y el tipo de lactancia llevada a cabo.

En la exploración general de la mujer embarazada, en un control normal de enfermería, debe registrarse el peso, con el fin de llevar un control de la ganancia ponderal a lo largo de la gestación tensión arterial, así como descartar descompensaciones nefróticas propias de la enfermedad toxémica con aumento de edemas. En alguna ocasión puntual puede ser necesario hacer determinaciones de glucosa en sangre o en orina.

La exploración obstétrica se basa fundamentalmente en valorar el estado de mamas y pezones, que pueden sufrir cambios y modificaciones con el fin de prepararse para lactar. La medición del crecimiento uterino se realizará mediante cinta métrica, registrándose dicha medición a partir de la semana 12. Como norma general, se estima que el útero crece 4 cm al mes y su medición se hace desde el borde superior de la sínfisis púbica hasta el fondo del útero.

Las Maniobras de Leopold son una serie de maniobras que se pueden realizar a partir de la semana 28. Hay cuatro maniobras:

La primera maniobra consiste en la palpación del polo fetal que se encuentra en el fondo uterino.

En la segunda maniobra se determina el dorso fetal y las partes pequeñas, en las caras laterales del útero.

La tercera maniobra consiste en la determinación del polo fetal situado en el estrecho superior de la pelvis o determinación de la presentación fetal.

Y finalmente la cuarta maniobra radica en la determinación del grado de penetración de la presentación, de la altura y la movilidad fetal en la pelvis.

La auscultación del feto consistiría en la captación del latido cardiaco fetal a través del abdomen materno. Puede realizarse con estetoscopio de Pinard (que es una especie de trompetilla) a partir de la semana 20, o también se puede realizar con aparatos electrónicos de ultrasonidos. Como por ejemplo el sonicaid, con el que se puede escuchar el latido fetal a partir de semana 10 de gestación.

La exploración mediante el tacto vaginal, es decir, la exploración obstétrica manual a través de vagina, podemos valorar estructuras óseas del canal del parto, alteraciones cervicales y al final de la gestación permite valorar la madurez del cuello ( grado de borramiento, reblandecimiento, así como centímetros de dilatación) y el grado de encajamiento de cara al parto vaginal.

Hay una serie de métodos de evaluación fetal, que son muy interesantes para valorar el bienestar del feto a lo largo de la gestación:

La amnioscopia consiste en la observación de la coloración de líquido amniótico a través de las membranas ovulares con un amnioscopio a través del cérvix. Se realiza a partir de la semana 37 de gestación por el posible riesgo de rotura de membranas. Está contraindicada en infección vulvovaginal, inserción baja de la placenta e hidramnios. Su resultado es normal cuando es claro y la cantidad normal. Mientras que si es verde (meconio), sanguinolento (puede indicar muerte fetal) o amarillo (presencia de bilirrubina), es patológico.

El test basal, la monitorización fetal no estresante o registro cardiotocográfico suele realizarse a partir de la semana 28. Se valoran los siguientes parámetros: la frecuencia cardiaca fetal, que suele oscilar entre 120 y 160 latidos por minuto. Por ello se entiende como taquicardia del feto a partir de 160 latidos por minuto (moderada) y a partir de 180 (grave). El motivo más frecuente de la taquicardia suele ser la infección o fiebre materna. La bradicardia se sitúa por debajo de 120 latidos por minuto (moderada) y por debajo de 100 latidos por minuto (severa). Una frecuencia cardíaca fetal de 70- 80 latidos por minuto es un signo de sufrimiento fetal grave.

La microtoma de sangre fetal es la técnica mediante la que se realiza la extracción de sangre capilar de calota fetal por punción a través de la vagina durante el parto. Está indicada ante sospecha de sufrimiento fetal. pH normal: 7.25-7.45 pH prepatológico:7.20-7.25. En este caso se repite en 30 minutos. pH patológico: menor de 7.20. Implica extracción inmediata fetal.

La pulsioximetría puede medir la saturación de O<sub>2</sub> en sangre mediante un sensor en contacto con la piel fetal. Se necesita una dilatación de 2-3 centímetros del cuello para introducir el sensor. La saturación de O<sub>2</sub> normal oscila entre 30- 60%. Por debajo de estos valores relaciona con acidosis fetal.

El perfil biofísico fetal valora el bienestar fetal. Se va a realizar un test basal y una ecografía, en la que se analizan los movimientos fetales, los movimientos respiratorios, el tono fetal y el volumen de líquido amniótico.

La estimulación vibroacústica fetal es la estimulación en el abdomen materno mediante un laringófono, provocando una contracción y midiendo la respuesta fetal ante dicho estímulo. La evaluación se realiza por RCTG o ECO. La respuesta normal sería un aumento de los movimientos fetales y un aumento de aceleraciones transitorias. Este método actualmente está en desuso por el estrés que puede ocasionar al feto.



## TÍTULO 4. EL Seguimiento del embarazo: PRUEBAS DE CRIBADO Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

La extracción de sangre para determinación de serología de gestación se realiza de la siguiente manera: En primer trimestre: VIH, rubeola, toxoplasma, sífilis y hepatitis B. En el segundo trimestre: VIH si factores de riesgo. En el tercer trimestre: Hepatitis B a todas. VIH y sífilis sólo si factores de riesgo.

Se va a realizar una analítica general en cada trimestre. En el último se solicitará la coagulación para la analgesia epidural.

El cribado de diabetes gestacional se realiza mediante el test de O'Sullivan, que es el screening de la diabetes gestacional. Se realiza entre las 24-28 semanas. Si hay factores de riesgo (antecedentes de diabetes, obesidad, macrosomías,) se realiza en el primer trimestre también. Se realiza con una sobrecarga de 50 gramos de glucosa vía oral. Si en 1 hora la glucemia en sangre es igual o mayor a 140mg/dl será positivo.

Si test de O'Sullivan es positivo, se debe realizar la prueba diagnóstica de diabetes gestacional, que es la SOG (sobrecarga oral de glucosa) de 100 gr y se realizan 4 determinaciones: basal, a la hora, a las 2h y a las 3h. Los valores límites respectivamente son: 95/180/155/140. Un valor alterado indica intolerancia a la glucosa. Dos valores iguales o superiores a los de referencia indican diabetes gestacional y habrá que repetir SOG en 3 semanas. Ante diabetes gestacional, se realiza después del puerperio una sobrecarga de 2 horas con 75 gramos.

El cribado de incompatibilidad Rh se produce cuando la mujer es Rh (-) y el padre Rh (+) y ocurre si el feto es Rh(+). Se realiza en el primer trimestre la determinación del grupo ABO, factor Rh y test de Coombs indirecto. Cuando hay isoimmunización Rh, la madre crea anticuerpos anti Rh en respuesta al antígeno presente en el feto. Si hay posteriores embarazos, los anticuerpos han atravesado la barrera transplacentaria y van a producir hemólisis fetal.

Se administra inmunoglobulina anti D mujeres con Rh(-) con test de Coombs indirecto negativo, si la pareja es Rh (+) o desconocido en la semana 28 de gestación. Tras el nacimiento, sí el recién nacido es Rh(+), se administrará nueva dosis en las primeras 72 h posparto.

Asimismo se administra una dosis de inmunoglobulina anti D: Tras aborto, embarazo ectópico, amniocentesis, ...

La citología cervicovaginal (Papanicolau) se va a realizar en el primer trimestre si no se realizó durante el último año previo a la gestación.

El urocultivo se realiza a todas las embarazadas entre semana 12-16, para detectar infecciones asintomáticas, y se repite en la semana 28. Infecciones de tracto urinario en las mujeres embarazadas pueden desencadenar contracciones y por ello es importante detectarlas de forma precoz y tratarlas siempre con antibioterapia.

Las ecografías recomendadas son una ecografía por trimestre en gestaciones normales. La ecografía del primer trimestre se realiza entre la 8-14 semanas. Sirve para confirmar la gestación intraútero, número de fetos, presencia de LCF, datación de edad gestacional mediante la medición de la longitud cráneo raquídea fetal (CRL). Se mide la translucencia nucal o pliegue nucal, que sirve para detectar cromosomopatía fetal. La ecografía del segundo trimestre, o también llamada ecografía morfológica, se realiza en semana 20. Sirve para valoración de morfología fetal, colocación de la placenta, líquido amniótico y medición fetal. La ecografía del tercer trimestre valora el crecimiento fetal y la cantidad de líquido amniótico fundamentalmente.

El diagnóstico prenatal de cromosomopatías fetales se realiza mediante un screening a todas las embarazadas para detectar el riesgo de cromosomopatías fetales. Este estudio combina parámetros bioquímicos hormonales, edad materna y parámetros ecográficos (fundamentalmente el pliegue nucal).

Se pueden realizar tres pruebas diagnósticas: Biopsia corial (se obtienen vellosidades coriales entre las 8-12 semanas); amniocentesis (se obtiene líquido amniótico sobre la semana 16); y funiculocentesis o cordocentesis (se obtiene de muestras sanguíneas tras pinchar directamente el cordón umbilical, a partir de la semana 18).

Los síndromes más comunes que causan anomalías cromosómicas son: síndrome de Down (T21), síndrome de Turner (monosomía 45 X0) y síndrome de Klinefelter (47XXY), además de síndrome de Patau (T13) y síndrome de Edwards (T18).

## TÍTULO 5. MEDIDAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO

La dieta de la embarazada es una dieta equilibrada rica en calcio y fibra. El aumento de peso será en total de 9-11 kg. Las calorías deben repartirse entre HC (50-55%), proteínas (10-15%) y lípidos (30-35%). En general, se recomienda: disminuir los lípidos, en especial las grasas saturadas; disminuir los HC de absorción rápida; y aumentar las vitaminas y minerales. Las necesidades proteicas en la gestante son 70-80 gr/día. Se debe incrementar hasta 300 Kcal/día durante todo el embarazo, hay que decir a la embarazada que debe comer alimentos de mayor calidad y variedad. Durante la lactancia materna hay más desgaste y a dieta debe ser aumentada en 500 Kcal/día.

La profilaxis con Ácido fólico se realiza para la prevención de los defectos del tubo neural. Toda mujer con deseos de gestación desde un mes previo a la concepción debe tomar 0,4 mg/día hasta un mínimo de 12 semanas, aunque se suele aconsejar toda la gestación. En mujeres de alto riesgo de defectos de tubo neural (por ejemplo, hijos previos con espina bífida) estarían indicados 4mg/día.

Los suplementos con Yodo se deben aportar desde el período preconcepcional hasta fin de la lactancia. Recomendación de 200 mcg/día.

La gestante debe abandonar los hábitos tóxicos, tales como el alcohol o el tabaco. Se han identificado trastornos específicos asociados a estos tóxicos. En cuanto al alcohol, éste puede dar lugar a crecimiento retardado del feto, cuadros de abstinencia en el recién nacido o microcefalia con posible compromiso del desarrollo neurológico. En relación al tabaquismo, se han detectado alteraciones en la perfusión de la placenta, se han detectado crecimientos intrauterinos retardados de los fetos, cuadros de abstinencia a la nicotina, trastornos respiratorios en los lactantes y en la edad infantil, entre otros muchos.

El ejercicio físico es recomendable un ejercicio teniendo siempre en cuenta las características físicas previas de la embarazada. En principio siempre es deseable una actividad moderada, que no sea de impacto ni de carácter hipopresivo. Son muy recomendables los deportes tipo yoga, pilates, danza, marcha, ...

En cuanto a las relaciones sexuales no se contraindican en embarazo si no existen problemas obstétricos identificados, tales como amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, placenta previa oclusiva o rotura prematura de membranas, entre otros.

A nivel laboral, se debe valorar los posibles riesgos de exposición de la gestante en su puesto de trabajo. Como norma general, puede continuar con el trabajo si no supone grandes esfuerzos, posturas inadecuadas o contacto con tóxicos o radiaciones.

La higiene de la mujer embarazada debe ser adecuada, ya que debido a los cambios hormonales puede existir más olor corporal debido a la sudoración. Se recomienda una ducha diaria, así como insistir en la higiene bucal.

Hay que comunicar a la mujer que debe evitar situaciones de ansiedad y estrés. Estas condiciones mantenidas a lo largo del embarazo pueden ocasionar secuelas importantes en los recién nacidos a nivel neurológico.

Será importantísimo también la identificación de gestación de riesgo. Es decir, gestantes con malformaciones fetales, incompetencia cervical, placenta previa, CIR, rotura prematura de membranas, HTA materna,... para poder controlarlas desde un primer momento y prestar los cuidados más apropiados, así como prevenir complicaciones graves.

La profilaxis con hierro supone dar suplementos de hierro si la hemoglobina es menor de 11 g/L y hematocrito menor de 33%. Por ello, se van realizando analíticas con estas determinaciones a lo largo de todo el embarazo.

Hay que saber que hay ciertas vacunas que deben actualizarse durante el embarazo. Como es la actualización de la vacuna antitetánica, también es recomendable la vacuna antigripal y vacuna de tétanos y difteria. La vacuna antigripal se puede administrar durante todo el embarazo. La vacuna antidiftérica se puede administrar entre la 28-36 SG. Las vacunas de gérmenes vivos, en general, están contraindicadas en la gestación: triple vírica, rubeola, fiebre tifoidea oral, varicela, TBC y polio oral.

El cribado de estreptococo B supone la determinación de esta bacteria mediante frotis de exudado vaginal. La infección neonatal por estreptococo B puede producir patología fetal grave, como sepsis neonatal precoz o meningitis neonatal. Se realiza cultivo de exudado vagino-rectal a todas las mujeres embarazadas en la semana 35-37. La prevención de la sepsis neonatal consiste en administrar intraparto antibioterapia intravenosa. Como norma general se administra ampicilina endovenosa.

La profilaxis se realiza en aquellas mujeres con cultivo positivo o desconocido y ante factores de riesgo, tales como rotura de membranas >18 horas, fiebre, urocultivo positivo para estreptococo B o antecedentes de infección en hijos anteriores.

## TÍTULO 6. ALTERACIONES DE LA SALUD RELACIONADAS CON LA GESTACIÓN.

### Cardíacas:

Las varices se producen por la dificultad del retorno venoso y el aumento de la presión venosa en las piernas y pelvis menor por compresión del útero gestante. Pueden aparecer en piernas y varices vulvares. Recomendaciones: pasear, descansar con las piernas en alto, uso de medias de compresión. Para dormir descansar en DLI, para evitar compresión de la vena cava por el útero gestante.

Los edemas de pies y tobillos: se producen por la dificultad del retorno venoso. Recomendaciones: descansar con los pies en alto.

La hipotensión postural: se produce al final de la gestación por compresión de la vena cava lado está la posición de decúbito supino. Recomendaciones: Descansar en DLI, piernas en alto evitar cambios posturales bruscos.

Los mareos y lipotimias: se producen por vasodilatación: evitar cambios posturales bruscos, realizar respiraciones pausadas y profundas.

Las hemorroides: se producen como consecuencia del retorno venoso. Recomendaciones: alimentación rica en fibra para evitar estreñimiento, ingesta de agua adecuada, baños de asiento, descansar en decúbito lateral izquierdo,...

El desplazamiento cardíaco hacia la izquierda y hacia delante, y se horizontaliza.

El aumento de la volemia da lugar a hemodilución y anemia fisiológica.

### Cutáneas:

El cloasma se define como manchas de color café en la cara, por estímulo de los melanocitos. Recomendaciones: utilizar cremas de protección solar total e informar que pueden suelen desaparecer después del parto.

La línea alba es la pigmentación de la línea que va del ombligo al pubis y que suele desaparecer después del parto.

Las estrías cutáneas son una solución por la rotura de fibras de colágeno de la piel. Suelen aparecer en mamas, glúteos y zona abdominal y persisten después del parto. Son características de gestantes adolescentes. Recomendaciones: aplicar cremas hidratantes desde el primer trimestre.

La caída del cabello parece que tiene una causa hormonal. No existe prevención y tratamiento. Suelen recuperar el cabello de forma espontánea tras el puerperio.

### Digestivas:

La gingivitis es la inflamación de las encías. Se pueden recomendar colutorios de sustancias naturales con propiedades antiinflamatorias.

El épulis consiste en la tumoración de la encía de la gestante por aumento de estrógenos, déficit de folatos y presencia de HCG en la saliva. Recomendaciones: visita preconcepcional al dentista o al inicio de la gestación. Desaparece después del parto.

Las náuseas y vómitos son de causa variada, aunque se suelen relacionar con el aumento de beta-HCG y tienen un componente nervioso. Suelen aparecer por la mañana y principalmente en el primer trimestre. Recomendaciones: comer algo sólido antes de levantarse de la cama como pueden ser un par de galletas, evitar los olores fuertes de las comidas, aumento del número de comidas pero con menos cantidad, evitar grasas y tomar alimentos fríos y semisólidos. Si los vómitos son persistentes y se producen alteraciones hidroelectrolíticas, deshidratación y pérdida de peso, se denomina hiperémesis gravídica, que requiere control médico y a veces hospitalario.

La pirosis es el reflujo de secreciones gástricas que dan sensación de ardor retroesternal. Común en el tercer trimestre y debido a la presión mecánica del volumen del útero sobre el estómago. Recomendaciones: cinco o seis comidas al día, de poca cantidad, evitar fritos y grasas y comidas especiadas, reposar en posición semisentada y no tumbarse hasta que hayan pasado al menos 2 horas en la cena y dormir semiincorporada.

El estreñimiento se produce por el aumento de la progesterona, la cual produce relajación de la musculatura intestinal y ralentiza el tránsito intestinal.

El ptialismo o hipersialorrea parece causado por la acción de los estrógenos. Se recomiendan enjuagues astringentes con limón y masticar chicle.

#### Musculoesqueléticos:

Las lumbalgias y molestias pélvicas se deben al aumento de la lordosis, por la modificación del centro de gravedad debido al aumento del útero. Recomendaciones: utilizar calzado cómodo, esferodinamia para hacer ejercicios de pelvis y ejercicios que favorezcan la musculatura paravertebral. Buena higiene corporal y calor local.

Los calambres se producen por insuficiencia de la circulación periférica y alteración de los niveles de fósforo y calcio. Recomendación aumentar alimentos ricos en calcio, utilizar calzado cómodo, con poco tacón y realizar ejercicios circulatorios.

Ocasionalmente puede aparecer síndrome de túnel carpiano debido a la compresión del nervio mediano por cambios en tejido conectivo. Suele ser transitorio y desaparecer después del parto. Recomendaciones: dormir con la mano elevada, férulas inmovilizadoras de la mano e infiltraciones con corticoides.

#### Urinarios:

Se produce un aumento del volumen renal, que consiste en un aumento del tamaño de los riñones y dilatación pieloureteral.

Se retrasa la eliminación urinaria. Por ello se favorece la aparición de infecciones urinarias.

Aumenta el flujo plasmático renal estado globular: se elimina mayor proporción de sustancias como urea y creatinina.

Polaquiuria: se produce por la compresión del útero sobre la vejiga, que disminuye su capacidad. Recomendaciones: comunicar a la gestante que se trata de un trastorno transitorio, principalmente en el primer trimestre y el último. Si se acompaña de disuria o cualquier otro síntoma hay que descartar una infección urinaria.

## TÍTULO 7. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DURANTE LA GESTACIÓN

### Aborto:

Es la expulsión de un embrión o feto de menos de 500 gramos o 22 semanas de gestación.

TIPO DE ABORTO	DESCRIPCIÓN	CUIDADOS
Amenaza de aborto	Cuello uterino cerrado, metrorragia escasa y dolor en hipogastrio.	Exploración ginecológica, test de embarazo y si hay actividad fetal, reposo.
Aborto en curso	Similar al anterior pero con orificio cervical abierto.	Ingreso, legrado si precisa y estudio anatomopatológico
Aborto incompleto	Hemorragia, dolor en hipogastrio, dilatación cervical con expulsión de contenido embrionario.	Analgesia y valorar si necesita tratamiento farmacológico o legrado.
Aborto completo	Hemorragia, dolor el hipogastrio, dilatación cervical y expulsión de todo el contenido embrionario.	
Aborto diferido, retenido o fallido:	Existe embrión o feto muerto pero sin que se haya de la expulsión y con OCI cerrado.	Evacuar contenido fetal mediante tratamiento médico o legrado. Valorar presencia de fiebre.

El embarazo ectópico es gestación que se ha implantado fuera de la cavidad endometrial uterina. Su localización más frecuente es la tubárica, en la porción ampular, aunque también se produce la cavidad abdominal, en el cérvix, en el ovario,... Diagnóstico: determinación de beta HCG en sangre y no presencia de embrión dentro del útero. Síntomas: Dolor abdominal y pequeño sangrado oscuro (si no se rompe la trompa). La hemorragia aguda se produce por la rotura de la trompa generalmente y puede provocar shock hipovolémico. Hay que tener en cuenta que esta gestación no es viable. Tratamiento: Médico (con metrotexate) o quirúrgico.

La enfermedad trofoblástica (enfermedad molar): es el conjunto de patología proliferativa que afecta al tejido trofoblástico. La más común es la mola hidatiforme: degeneración de las vellosidades coriales que se transforman en una masa de vesículas y se asemejan a racimos de uva. Inicialmente no debe considerarse invasiva ni neoplásica, pero puede degenerar a coriocarcinoma (tumor maligno). Conducta: legrado uterino y medición de beta HCG hasta su negativización y se contraindica gestación durante un año.

La placenta previa: inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. Se puede diferenciar entre inserción baja (borde placentario no llega a OCI), placenta previa marginal (borde placentario toca a OCI, pero sin rebasarlo) y placenta previa oclusiva (la placenta ocluye total o parcialmente a OCI). La placenta previa se caracteriza por hemorragia no dolorosa, de sangre roja y en cantidad moderada. Si es placenta oclusiva, la vía de parto será la cesárea.

El abrupcio placentae o DPPNI (desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta): separación total o parcial de la placenta de reinserción normal en la pared uterina después de la semana 22 de gestación. Se asocia a hipertensión arterial, traumatismos abdominales,... Síntomas: dolor abdominal intenso y brusco, sangrado vaginal oscuro y escaso o inexistente, sufrimiento fetal,... Es característico el útero de Couvelaire, útero con hipertonia intensa o tetania. Produce dolor intenso y brusco en la madre. Tratamiento: se finaliza gestación de forma inmediata.

La rotura uterina es más frecuente en los úteros con cicatrices previas debidas generalmente a cesáreas anteriores y a hiperdinamias en el trabajo de parto. El tratamiento consiste la cesárea urgente y la reparación de la dehiscencia.

La rotura de vasa previas se produce cuando los vasos fetales cruzan por delante de la placenta y después se introducen en el cordón. La clínica que presenta es la aparición de sangre abundante tras la amniorraxis y sufrimiento fetal. La mortalidad fetal es muy elevada y requiere cesárea urgente.

#### Estados hipertensivos en el embarazo:

La hipertensión crónica: hipertensión arterial presente antes del inicio del embarazo, antes de la semana 20 gestación. Hipertensión gestacional es aquella que se presenta TAS > o igual a 140 y/o TAD > o igual a 90mmHg, después de la semana 20 de gestación.

Preeclampsia: Hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria (>300 mg en orina de 24 horas).

Eclampsia: es la aparición de convulsiones tónico clónicas en una gestante con preeclampsia.

Síndrome de HELLP: es una complicación grave de la preeclampsia que se caracteriza por hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y plaquetopenia.

Tratamiento de los estados hipertensivos del embarazo: Reposo relativo, control periódico de la tensión arterial y bienestar fetal, dieta normocalórica, normoproteica y normosódica. Tratamiento farmacológico: Labetalol, hidralazina y metildopa. (IECAs, atenolol y bloqueantes de la angiotensina están contraindicados). Valorar finalizar la gestación según maduración pulmonar. Se mantiene tratamiento hipertensivo 48 ó 72 horas post parto, puesto que también es un periodo de riesgo. Medición de la tensión arterial en la gestante: en embarazadas se recomienda medir la tensión arterial con la gestante sentada y el brazo a la altura del corazón, tras un reposo de unos 10 minutos.



### Diabetes gestacional:

Cuando las mujeres que están diagnosticadas de diabetes mellitus previamente a la gestación se clasifican como diabetes pregestacional. Se asocia abortos espontáneos, hemorragias postparto, hidramnios, preeclampsia, infecciones (ITUs, candidiasis, corioamnionitis,...), cesáreas, progresión de retinopatía, nefropatía, miocardiopatía,...

En el periodo embrionario pueden aparecer malformaciones o abortos. Y en el período fetal puede alterarse la madurez pulmonar, lo que puede producir distrés respiratorio en el recién nacido. También aumenta la incidencia de muerte fetal intraútero y alteraciones de crecimiento, tanto por exceso (macrosomía), como por defecto(CIR). Los fetos macrosómicos tienen dificultades en el parto, como es la distocia de hombros.

En el recién nacido aparece hipoglucemia, que es la complicación más frecuente en el hijo de madre diabética. También puede aparecer hipocalcemia, hiperbilirrubinemia o policitemia.

La diabetes en el embarazo se considera gestación de alto riesgo. Inicialmente se realizará educación sanitaria para la realización de autocontroles de glucemia, ejercicio físico y dieta. Si no se consigue control glucémico con la dieta, habrá que recurrir al tratamiento con insulina. Nunca usaremos antidiabéticos orales en el embarazo ya que pueden producir malformaciones en el feto.

### Parto pretérmino:

Es aquel que se produce antes de la semana 37 de gestación. Clínica: aparición de contracciones uterinas y modificaciones cervicales (acortamiento cervical). Causas: factores socioeconómicos, carencias nutricionales, infecciones, antecedentes de parto pretérmino, ansiedad, estrés,... Tratamiento: consiste en inhibir las contracciones uterinas mediante fármacos tocolíticos y medidas de apoyo, como la hidratación, sedación o reposo. Otro objetivo fundamental es la maduración fetal con corticoides vía intramuscular dos dosis separadas 24 horas. Se descartarán infecciones de tracto urinario, ya que frecuentemente producen contracciones embarazada.

### Rotura prematura de membranas:

Solución de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio del parto. Etiología desconocida, aunque destacan diferentes factores: aumento de la presión intraamniótica, presencia de corioamnionitis, alteraciones en las propiedades químicas de las membranas,... Se produce la objetivación de salida de líquido amniótico vía vaginal, o lo que es lo mismo, la visualización de líquido amniótico a través de vagina. Mediante test cualitativos para la determinación de líquido amniótico en la vagina (proteínas procedentes de líquido amniótico en vagina) o la determinación de un ILA bajo mediante ecografía se puede determinar este trastorno obstétrico.

Embarazo cronológicamente prolongado es la gestación que se prolonga más allá de las 42 semanas. También se llama gestación posttérmino. Entre las complicaciones más frecuentes está la aparición de meconio, el síndrome de post madurez fetal (por insuficiencia placentaria para la nutrición fetal), mayor morbilidad perinatal, aumento de cesáreas. Se indicará finalizar gestación mediante inducción directa con oxitocina o si las condiciones son desfavorables se indicará la maduración con prostaglandinas vía vaginal.

#### Crecimiento intrauterino retardado:

Se produce cuando el crecimiento del feto no es acorde a su edad gestacional, sino que es menor. Suele producirse por insuficiencia placentaria al final de la gestación. No eno. RCIU simétrico, precoz o tipo I : aquel que se produce en las primeras etapas de desarrollo fetal. Existe un desarrollo menor de todos sus diámetros. Causas: cromosomopatías, infecciones intraútero durante el primer trimestre,... Peor pronóstico de crecimiento.

RCIU asimétrico o tipo II o tardío: es homogéneo, sino que afecta fundamentalmente al tamaño de perímetro abdominal y cefálico. Las causas suelen ser: HTA, ansiedad materna, tabaquismo,... Su pronóstico es mejor, ya que suelen recuperar la altura genética en breve espacio de tiempo tras el nacimiento. Tras el diagnóstico de CIR, se harán controles ecográficos frecuentes de crecimiento y de flujos placentarios y cerebrales. Se recomendará reposo en decúbito lateral izquierdo, dieta saludable, evitar estrés y tóxicos.

## TÍTULO 8. EL PARTO

Es el proceso mediante el cual se expulsa el feto (vivo o muerto) y de los anejos fetales fuera de la madre a través de la vía vaginal o canal del parto. La embarazada a partir de la mitad de la gestación presenta contracciones irregulares, ligeras y no dolorosas, que se llaman contracciones de Braxton Hicks.

Pródromos de parto: Es el periodo previo al parto en el que se suceden contracciones dolorosas pero aún irregulares. Durante este periodo se suele producir la expulsión del tapón mucoso y mejora las condiciones del cuello del útero, tales como el reblandecimiento, la apertura y el acortamiento.

Parto: se inicia el trabajo de parto o se dice que una mujer está de parto cuando presenta dinámica uterina regular, borramiento cervical >50% y una dilatación de 3-4 cm.

### Fases del parto:

Fase de dilatación es la etapa del parto que transcurre desde su inicio hasta que se alcanza dilatación cervical de 10 cm o completa. La progresión en la dilatación se valorará a través de la exploración vaginal o tacto vaginal. Mediante dicha exploración tanto la apertura cervical como su consistencia, posición y su porcentaje de borramiento.

Fase de expulsivo: se inicia cuando se produce dilatación cervical completa y acaba con la expulsión fetal.

Fase de alumbramiento: se inicia desde la expulsión fetal y finaliza con la expulsión de las membranas ovulares y la placenta.

### Puerperio:

Es el periodo posterior al parto. Dura desde la finalización del alumbramiento hasta aproximadamente 6 semanas después o 40 días.

### Tipos de parto:

Normal o eutócico: Es aquel que se inicia de forma espontánea, el feto está en presentación cefálica y finaliza de forma espontánea.

Parto distócico: Es aquel en el que son necesarias maniobras o intervenciones con instrumental obstétrico para finalizar el parto. También denominado parto instrumental. Puede utilizarse los siguientes elementos: ventosa, fórceps o espátulas.

Parto espontáneo: Aquel que se inicia y que evoluciona de forma natural sin necesidad de medicamentos.

Cesárea: Es la extracción fetal a través de incisiones realizadas en la pared abdominal y uterina. Los cuidados de enfermería son los de un post quirúrgico más los de un post parto.

#### Tipos de analgesia farmacológica durante el parto:

Analgesia epidural/intradural: inyección de anestésicos locales para bloquear un grupo de nervios. La contraindicación más importante es la hipotensión grave, otras contraindicaciones serían los trastornos de coagulación y las infecciones.

Óxido Nitroso: inhalación de este gas durante el trabajo de parto produce analgesia leve. Efectos secundarios: náuseas, vómitos y alteración del nivel de consciencia.

#### Métodos no farmacológicos de alivio del dolor:

Musicoterapia, esferodinamia, ducha de agua caliente, saco de semillas en zona lumbar, inyección de agua destilada en zona sacra, movilidad libre de la pelvis materna, regulación de la intensidad lumínica ambiental,...

#### Presentación fetal:

Corresponde a la parte del feto que está en relación con la pelvis materna, es decir, la que se presenta a la pelvis. Puede ser: Presentación cefálica: Según el grado de flexión de la cabeza, puede presentar el occipucio (lo más frecuente), el sincipucio, la frente o la cara. Presentación podálica o de nalgas: Se puede presentar sólo las nalgas, las nalgas y los dos pies o las nalgas y uno de los pies. En este tipo de partos se propone versión cefálica externa si las condiciones lo permiten y si no rota, en la mayoría de los hospitales de España se realiza cesárea.

#### Cuidados de la mujer y del feto durante la dilatación:

El control de bienestar fetal se realiza mediante la valoración de la frecuencia cardíaca fetal, ya sea continua o en ventana. Si es necesario se realiza pH o microtoma de calota fetal para valorar equilibrio ácido base, como bien hemos explicado antes. El control de la dinámica uterina, consiste en el registro de las contracciones uterinas mediante registro cardiotocográfico externo o interno y por palpación abdominal.

Para poder valorar la dilatación cervical, se realizarán los tactos vaginales que sean necesarios a lo largo de la dilatación. En condiciones normales no se deberían realizar antes de que hayan pasado 3 horas desde la anterior exploración vaginal. Y siempre que el registro o la clínica nos haga sospechar de alguna alteración, también debemos explorar a la gestante.

El control de constantes maternas es fundamental. Debemos tomar la TA, la temperatura corporal y la frecuencia cardíaca materna. También es muy interesante realizar un balance hídrico durante el parto, registrando fluidoterapia, ingesta de líquidos y eliminación mediante micción.

La valoración del color del líquido amniótico es muy importante. Valoraremos si la bolsa amniótica está rota mediante visualización directa del líquido que fluye a través de vagina. Si está íntegra, se puede valorar mediante amnioscopia.

#### Cuidados de la mujer y el feto durante el expulsivo:

El control de la dinámica uterina, es decir, de las contracciones durante el expulsivo es muy interesante porque nos da idea de la evolución del parto. Durante el periodo expulsivo las contracciones generalmente son más fuertes y duraderas.

El control de la dilatación cervical para diagnosticar el inicio de esta nueva etapa del parto, ya que la misma se inicia cuando se produce la dilatación completa.

El control del descenso de la presentación fetal, de la cabeza, se realiza mediante valoración de los planos de Hodge hasta abombamiento en periné.

La valoración del bienestar fetal se realiza mediante registro FCF (frecuencia cardiaca fetal).

Y la valoración materna se va a realizar mediante el control materno: TA,FC, posición, pujos, vaciado de vejiga,...

La episiotomía es la incisión quirúrgica del periné para aumentar la apertura vaginal en el momento de la salida fetal. No se hace de forma rutinaria, aunque en los partos instrumentados es más frecuente. Y en los partos normales se valorará su necesidad según las condiciones de la madre como son la distensión del periné, la cual depende de la edad materna, la cantidad de colágeno, la realización de masajes perineales, la paridad,...

El rasurado sistemático de vello púbico se ha desechado, ya que no tiene evidencia científica que sea una práctica que mejore los resultados obstétricos en la cicatrización de episiotomías y desgarros perineales.

#### Cuidados de la mujer en el alumbramiento:

La matrona realizará la inspección de la placenta y membranas ovulares. Por lo tanto, se valorará la integridad de membranas y que la placenta haya sido expulsada completamente. Tras expulsión se debe hacer una valoración exhaustiva del canal del parto para descartar desgarros, hematomas, puntos sangrantes,...Y considerar su reparación mediante suturas. Otro punto importante es la valoración de la involución uterina, es decir, cómo el útero retorna poco a poco a su posición originaria, descartando atonías uterinas. El control materno: TA, pulso, sondaje y valoración del color de la orina, control de pérdidas y tacto rectal.

#### Valoración del recién nacido en la sala de partos:

Se valorará el bienestar del recién nacido y la adaptación a la vida extrauterina mediante el test de Apgar. Este test mide 5 parámetros. Se realiza en el primer minuto de vida, a los 5 minutos y a los 10 minutos. La puntuación es de 0, 1 y 2 para cada uno de los cinco parámetros. Cuanto menor puntuación en este test, más intensamente deprimido estará el recién nacido.

Cuanta más puntuación, el neonato tendrá mejor adaptación extrauterina.

Parámetros	0	1	2
E S F U E R Z O RESPIRATORIO	ausente	Lento, irregular	Bueno, llanto
R E F L E J O S (irritabilidad refleja)	Sin respuesta	mueca	Presenta reflejos: tos, estornudo,...
F R E C U E N C I A CARDÍACA	ausente	Menos de 100	Más de 100
TONO MUSCULAR	débil	Ligera flexión de extremidades	Movimientos activos
COLOR	Azul, pálido	Cuerpo sonrosado, e x t r e m i d a d e s cianóticas	T o t a l m e n t e sonrosado.

#### Exploración general del recién nacido:

Con inspección de la cabeza, valorando fontanelas (si están hundidas sería signo de deshidratación), valorar aparición de caput succedaneum o tumor de parto (presión prolongada en el lugar de la presentación fetal). Se valora el cordón umbilical, en el cual hay que hallar 2 arterias y una vena, ya que la presencia de arteria única se podría asociar a malformaciones. Se realiza la auscultación cardiaca y auscultación pulmonar por parte del personal de pediatría.

## TÍTULO 9. VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LA PUÉRPERA: CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS.

Durante este periodo se producen una serie de cambios fisiológicos en la mujer para volver gradualmente al estado no grávido, es decir, al previo al embarazo.

Existen tres fases diferenciadas en el puerperio: Inmediato (primeras 24 horas post parto); clínico (hasta séptimo día post parto); y tardío (desde el octavo día hasta la sexta semana post parto). Cada periodo tendrá unos cuidados de enfermería específicos que debemos identificar.

La enfermera y la TCAE durante el puerperio inmediato (primeras 24 horas) debe:

Tomar constantes vitales, especialmente las dos primeras horas posparto; comprobar altura uterina y contracción adecuada del útero (el útero tiene que tener cierto tono muscular); valorar existencia de hemorroides o edema vulvar (para lo cual será interesante la aplicación de frío local). En caso de analgesia epidural, valorar movilidad y sensibilidad de extremidades inferiores. También debemos realizar un control de la posible retención urinaria o presencia de globo vesical, puesto que aumenta el riesgo de sangrado e impide la involución uterina. La primera micción espontánea tras el parto debe producirse antes de las 6 u 8 horas posparto. Si el parto ha sido eutócico y sin analgesia obstétrica no suele haber dificultades miccionales. Ante retención urinaria se realizará sondaje vesical. Asimismo, ante un parto normal, se debe indicar la higiene del periné con agua preferentemente fría y jabón y recomendar el cambio frecuente de compresa de algodón o celulosa.

### Durante el puerperio clínico (hasta séptimo día):

Se debe valorar estado general de la puérpera, a nivel físico y psicológico. El control de constantes vitales: TA, FC y temperatura es importante. Valorar pérdida hemática: Cantidad, coloración, olor,... Se debe valorar nuevamente la involución uterina. La cicatrización de episiotomía o desgarro mediante la valoración de dehiscencias, signos de infección, hematomas,... Y valorar el correcto estado de las suturas. En esta etapa son característicos los entuertos, que son más intensos en multíparas y que suelen requerir tratamiento analgésico. Se debe realizar una valoración de extremidades inferiores, comprobando reabsorción de edemas y sobre todo el estado de las varices. Hay que descartar varices trombosadas y potenciar la deambulación precoz de las puérperas, ya que éste es un periodo muy trombogénico. Si la movilidad es reducida, se debe valorar pauta de anticoagulantes tipo heparina subcutánea. Ante la persistencia de hemorroides se debe recomendar frío local, baños de asiento, antihemorroidales tópicos,... En cuanto al estreñimiento pertinaz se debe insistir en la hidratación, movilidad, dieta rica en fibra y prescripción de laxantes suaves, si es necesario. También hay que valorar la ingurgitación mamaria, aparición de grietas,... Se debe administrar la profilaxis anti D a la madre Rh negativa con recién nacido Rh positivo o desconocido. También es un buen momento para la administración de vacuna de rubeola, si no estaba inmunizada. Aunque algunos protocolos indican preferiblemente la vacunación frente a la rubeola en la visita de la cuarentena.

Dieta variada y equilibrada, rica en fibra. Aporte de suplemento calórico de 500 kilocalorías/día si lactancia materna.

#### Puerperio tardío (8º día- 6ªsemana):

La higiene perineal es fundamental para una correcta cicatrización, evitar infecciones y recuperación del periné. Se recomiendan duchas diarias y evitar baños de inmersión.

El ejercicio debe ser suave y progresivo, evitando deportes de impacto.

Los ejercicios de periné se puede comenzar una vez cicatrice el desgarro o la episiotomía. Fundamentalmente se basan en ejercicios de Kegel de forma progresiva, programándolos para su realización diaria. La suplementación con yodo durante la lactancia sigue siendo fundamental y el aporte de Fe durante los 2 ó 3 primeros meses tras el parto dependerá de la analítica tras el parto.

En caso de disfunción o incontinencia de orina se adoptarán medidas de educación vesical durante y si persiste se derivará a fisioterapia (rehabilitación del suelo pélvico).

#### CAMBIOS FISIOLÓGICOS:

Loquios: Es que la pérdida hemática vía vaginal que se inicia después del alumbramiento. Los 4 primeros días la secreción es roja, 4º -10º día color rosáceo o serohemático (contienen menos sangre y más exudado); del 10º día hasta las 3 semanas postparto es amarilla, blanquecina o marronácea (contienen más leucocitos).

La secreción nunca debe ser maloliente, si es así, se descartará endometritis.

Involución uterina: Se inicia al expulsar la placenta y finaliza alrededor del 10º día. Tras el alumbramiento el útero se sitúa a la mitad de la distancia entre ombligo y sínfisis del pubis. Tras la primera semana el útero se palpa por encima del pubis. Y al final de la segunda semana es un órgano totalmente intrapélvico.

Entuertos: Son contracciones del útero que aparecen en el puerperio con el fin de que el útero vuelva a colocarse en el lugar previo a la concepción. Suelen ser más o menos dolorosas y son más frecuentes en múltiparas. Se relacionan con la liberación de oxitocina por el estímulo del pezón.

Cérvix uterino: El orificio cervical interno se cierra a los 10-12 días de parto.

Vagina: Inmediatamente después del parto la vagina es laxa y flexible, la mucosa aparece edematosa y el introito vaginal está abierto. La vagina volverá a su forma y tamaño inicial en 3 semanas.

Si en la vagina hay episiotomía o desgarro, se suele cicatrizar en 2 semanas.



**Musculatura pélvica:** En condiciones normales los músculos de la pelvis y del abdomen vuelven gradualmente a su tono inicial.

**Sistema urinario:** Se produce un aumento del filtrado de orina en los primeros días. Puede haber distensión de la vejiga y en consecuencia, incontinencia por rebosamiento con vaciado incompleto de vejiga, lo que favorece ITUs.

**Sistema cardiovascular:** Se normaliza su funcionamiento aproximadamente en 2 semanas.

El gasto cardíaco disminuye y la tensión arterial aumenta ligeramente debido a la pérdida del territorio vascular de baja resistencia que implicaban el útero y la placenta.

El fibrinógeno disminuyen el puerperio por el consumo de factores de coagulación, por lo que el riesgo trombótico es 5 veces mayor en el posparto que en el embarazo.

**Aparato digestivo:** El tono y la motilidad intestinal se restablecen aproximadamente en la segunda semana post parto. También dificultan la defecación las molestias provocadas por la episiotomía y los desgarros, así como las hemorroides.

**Peso:** Pérdida de peso suele ser de unos 5 kg. tras el parto ( entre feto, líquido amniótico, anejos,...) y 4 kg durante el puerperio, que suele deberse principalmente a la eliminación de líquido acumulado a lo largo del embarazo.

La mujer tiene aproxima su peso corporal previo a la gestación al cabo de 6 meses posparto. Si la mujer da lactancia materna, su peso no lo recuperará hasta finalizar la lactancia.

**Cambios endocrinos:** Las hormonas placentarias descienden rápidamente después del alumbramiento. Los niveles de FSH y LH están muy disminuidos durante los primeros días del puerperio. Gradualmente los niveles ascenderán hasta alcanzar los característicos de la fase folicular. En la mujer que lacta las gonadotropinas se encuentran muy disminuidas por la inhibición de la secreción de GnRH (población de la prolactina). La menstruación generalmente se restablece antes que la ovulación, es decir, los primeros ciclos son anovulatorios.

**Cambios psicológicos:** Es muy importante valorar tras el parto el estado de ánimo de la mujer, así como los recursos de afrontamiento que ésta tiene.

Se pueden manifestar trastornos adaptativos de la mujer al nuevo rol de madre. El Maternity Blues o tristeza puerperal es un trastorno transitorio, adaptativo, en el que la mujer se siente sobrepasada por la nueva situación. Se siente incomprendida, presenta labilidad emocional, poca seguridad en sí misma, crisis de ansiedad o llanto, etc. Este cuadro se presenta en un alto porcentaje de púerperas, sobre todo en mujeres tras su primer parto.

La depresión postparto es un trastorno del estado de ánimo que requiere asistencia especializada por Salud Mental. Se ha visto que hay un infradiagnóstico de la depresión postparto, y que es importante incidir en la detección de casos y su derivación en el momento oportuno. Porque cuanto más tarde se realice el diagnóstico, más posibilidades tiene de cronificarse y complicarse.

También pueden aparecer cuadros de psicosis puerperal, que es un trastorno psiquiátrico grave que requiere ingreso hospitalario para su estabilización.

Como conclusión, hay que señalar que las alteraciones psicológicas tras el parto deben ser valoradas y tenidas en cuenta, ya que son fundamentales para establecer un buen vínculo y apego del recién nacido con su madre y pueden repercutir gravemente en la salud materna.

## BIBLIOGRAFÍA

- Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa parto normal: documento de consenso [monografía en internet]. Barcelona: Federación de matronas de España; 2007 [acceso 11 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.federación-matronas.org/ipn>
- Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra, 1996.
- Junta de Andalucía. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado, 2ªed. Sevilla: Consejería de Salud, 2005.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, 2014.