

Mujer embarazada gestante.

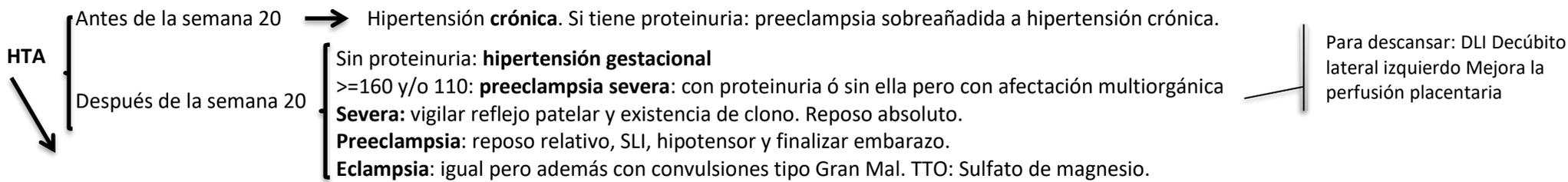
Útero: 60gr → 1000gr. 10cc → 5000 cc. Volumen plasmático: ↑ 30-40%. 1º y 2º TR: ↓TA. 11,5 a 16kg↑.

Embarazo: menos resistencia venosa periférica pero más presión venosa en EEII. Hipercoagulabilidad, hemodilución fisiológica y leucocitosis. Si < 11 g/dl: anemia. Más saliva con menos lisozimas: a veces caries. Hiperemia en encías. Normalmente ni proteinuria evidente ni hematuria. Glucosuria es posible. Articulaciones sacroilíacas se relajan y son más flexibles. Lavado genital: 1vez/día con jabón. No duchas vaginales. Tación bajo y ancho. Tomar de ½ a 1l. de leche al día.

Reblandecimiento cervical: **Goodell**. Istmo → **Hegar**. Coloración del cérvix → **Chadwick**. Red venosa de Haller: capilares visibles en mamas.

ECG → eje desviado a la izquierda. Hay alcalosis respiratoria. Endometrio: en embarazo → decidua. Tiene capacidad de síntesis de prostaglandinas.

Etapas: **preembionaria**. Hasta 2ª semana. De 2ª a 8ª semana: **embrionaria**: se forman órganos. **Fetal**: a partir de 9 semanas.



Si $\geq 140/90$ ó TAM ≥ 105 o 30/15 ó 20 + respecto a previa. Dieta normotodo (normoproteica, normosódica) + tto hipotensor.

Hidramnios: exceso de líquido amniótico, > 2000ml. ILA >22. Oligoamnios < 250.

Amniorrexis artificial: rotura artificial de la bolsa durante el parto

Síndrome de Pinard-Bandl-Frommel: s/s que preceden a la rotura uterina clásica: hiperdinamia, hipertonia sin relajación, signos de hipoxia fetal, dolor abdominal intenso con agitación y ansiedad, no sangrado.

Sd Hellp: hemólisis, enzimas hepáticas altas, plaquetas bajas.

Puerperio **inmediato**: 24 horas
Hemostasia uterina

Puerperio **precoz** o propiamente dicho: 2º a 10º día
Entuertos: contracciones uterinas para que se guarde el útero.

Puerperio **tardío**: hasta la regla y/o 6ª semana

Útero: 1ª hora entre ombligo y sínfisis. Luego sube (pesa 1kg), se contrae para evitar hemorragia y luego baja 1 cm/día, al final de la 1ª semana pesa 500gr, se palpa encima del pubis, 2ª semana 300gr, y fin de 6ª semana: 100gr.

APGAR: FC, coloración, respuesta a estímulos, tono muscular, respiración.

OXITOCINA: contracción de las células mioepiteliales → alveolos almacena la leche y sale por los senos galactóforos.

Mamogénesis → lactogénesis → galactogénesis.

Calostro: hasta 3^o-4^o día
Proteínas, minerales, IgA
Vitaminas liposolubles



Leche de transición
+ lactosa y grasa, - proteínas
+ vitaminas



Leche madura: a partir de 15-20 días: más *grasa* que la de vaca, más fácil de digerir
menos *proteína* pero más albúmina (poco alérgica), más *HdeC* (+ lactosa)
Amamantar hasta dos años o más.

Contraindicaciones **absolutas** lactancia materna: infecciones graves como VIH, tuberculosis, psicosis grave, enfermedades malignas, galactosemia, intolerancia a lactosa, mala-absorción glucosa-galactosa, fenilcetonuria. Compresas calientes antes de la toma y frías entre tomas.

Loquios **rojos**/hemáticos
Días: 2-3, loquios rubra
Sangre y coágulos



loquios **rosados**, serosa
4^o a 14^o día
Exudado, leucos, decidua



Loquios **blancos**, alba: hasta 5^a semana.
más leucos y moco, son cremosos.

Los loquios no deben oler mal.

Hipotálamo

GnRH

Hipófisis

LH, FSH

Ovario

Estrógenos, progesterona (andrógenos)

Endometrio uterino.

Hemorragias

1^o trimestre

1^o aborto espontáneo (+ frecuente). Precoz > 12 semanas. Feto ≤ 500 gr o ≤ 22 semanas.
2^o embarazo ectópico

3^o trimestre

1^o Placenta previa: sangre roja, indoloro, NO tacto vaginal. **Parcial** (ocluye todo OCI: orificio cervical interno), **total** o **marginal**.
2^o desprendimiento de placenta normo-inserta. + 22 semanas: TRIADA: dolor, hipertoniá uterina, hemorragia. Vaginal en casos leves, sino cesárea.

Fiebre puerperal:

38°C ó más entre 2^o y 10^o día. 2 veces.
38,5°C ó más desde 1^o día.

1^o **endometritis postparto:** el más común, es polimicrobiana. Estreptococo .B
2^o infección de HQ cesárea
Infección de episiotomía., es poco frecuente.

Ingurgitación mamaria
(bilateral, a los 2 días, dura 24h, fiebre < de 39°C) VS

Mastitis (tras más de 2 semanas, malestar general) Fiebre de >39°C,
unilateral, dolor, calor, edema, tumefacción. Antibiótico pero seguir con lactancia. Staphylococo Aureus.

OCI: Orificio Cervical Interno: de cuello uterino se cierra en dos semanas. El externo en 4.

Carúnculas mirtiformes: nódulos fibrosos de mucosa que forman el himen al cicatrizar en la vagina tras el parto. En el parto se pierden 5 kg y en puerperio 4. 500 ml y 1000 si cesárea. Hay reticulocitosis y leucocitosis.

Coombs indirecto: 1ª consulta, si – y padre + repetir a las 24-28 semanas, y si negativo anti-D300 mcg IM 28 semanas. Si hemorragia, pruebas invasivas, traumatismo abdominal, embarazo ectópico, aborto... repetir dosis. **EHP**: enfermedad hemolítica perinatal. Si RN + en Coombs directo: otra dosis en primeras 72h.

Sensibilización → respuesta inmune de la madre.

HEMORRAGIA PUERPERAL

>1000 cc es patológico.
Precoz: primeras 24h.
Luego tardío.

H. AL ALUMBRAMIENTO

EMERGENCIA!
2 vías, O₂, Oxitócicos, sonda vesical + masaje uterino

H. DEL POSTPARTO TARDÍO.

- 1.- **Retención placentaria** : desprendida pero retenida ó no desprendida: según penetración de las vellosidades coriales en tejido materno:
 - * **Accreta**: + frecuente, llega al miometrio sin invadirlo.
 - * **Increta**: invade el miometrio
 - * **Percreta**: perfora el miometrio y llega a serosa y/o estructuras vecinas.
- 2.- **Atonía uterina**: (50% de las hemorragias): el útero no se contrae (está blando), y sangra por donde estaba insertada la placenta.
- 3.- **Desgarros uterinos**: hemorragia roja con útero contraído, revisar el desgarro y suturar.
- 4.- **Retención de restos placentarios**: hemorragia no abundante, continua y **no cede a oxitócicos**.

- * **Retención de restos placentarios**: cuando se muestra tardío se muestra como endometriosis (infección) y hemorragia más leve.
- * **Subinvolución del lecho placentario**: deficiente involución de zona de inserción de placenta: arterias espirales permanecen abiertas y son la causa.

Si amenaza de parto prematuro antes de semana 37 → Ritrodine. Control que TA no ↓ 90/50 y FC no ↑ 120 (maternas). Fc fetal < 180.

Prolapso de cordón: rompe bolsa, se interrumpe la circulación funicular → emergencia! Cesárea urgente, llenado de vejiga, trendelemburg.

PROGESTERONA

Frena la producción de leche

- Acción relajante sobre musculatura lisa: sist. Gastrointestinal: estreñimiento, náuseas, pirosis (por relajación del cardias)
- Vejiga y uréteres: estasis, reflujo vesico-ureteral (infección). **Vesícula biliar**: doble volumen residual: hay estasis biliar.
- Aparato respiratorio alto: edematización de la mucosa, aumento de secreciones: da ronquera y congestión nasal. Descansar DLI

EMBARAZO

FSH, LH y GH están inhibidas
ACTH aumenta ligeramente
Prolactina va aumentando
Tiroides funciona normal. ↑ HCG, estrógenos y progesterona.
Cortisol plasmático aumenta. NORA y ADRENA están igual.

← **Menos esto, casi todo sube!**
salen de la hipófisis

ALUMBRAMIENTO

↓
Estrógenos y progesterona
Lactógeno placentario y beta-HCG desaparece.
FSH y LH
Oxitocina es liberada en el parto
Aumenta la prolactina y es mantenida hasta el destete

Secreción láctea:
disminución brusca de estrógenos y progesterona y ↑ prolactina.

Bishop: valoración en posibilidad de parto prematuro.

RUBIN: etapas de puerperio: dependiente, transición, independiente. Maternity Blues VS depresión post-parto (10%).

La hipófisis anterior libera prolactina para que se produzca la leche en las células glandulares epiteliales que la vierten y se almacena en alveolo. Para que de este alveolo salga al exterior, las células mioepiteliales que lo rodean lo aprietan. Estas células mioepiteliales son estimuladas por la oxitocina liberada por la hipófisis posterior que hace que se contraigan para que la leche salga. Sale por los senos galactóforos, vaciados por la presión rítmica de la lengua del RN.

Rotura uterina { NO cicatricial: dolor en puñalada en contracción, hemorragia, choque.  **Síndrome de Pinard-Bandl-Frommel:**
Cicatricial: dolor + hemorragia vaginal. hipoxia fetal, dolor, hiperdinamia, hipertonia

Teratógenos: **A**: no riesgo para el feto. **B**: no riesgo para especie humana. **C**: no se puede descargar riesgo. **D**: pruebas de riesgo. **X**: Contraindicado en embarazo.

Organogénesis: 1º trimestre: hay + riesgo de fármacos. Virus vivos atenuados NO!

Página 38 leer diagnósticos

DM

- Pregestacional.** 6-8 semanas postparto: prueba.
- Gestacional:** 24-28 semanas. O 'Sullivan: 50gr (no ayunas). Si ≥ 140 TTOG de 100gr en ayunas. Valores máximos aceptados: 105, 190, 165, 145.
2 mal DG, 1 mal IG \rightarrow repetir 3 semanas.
- Intraparto:** 70 a 90. No > 120 . Perfusión de insulina hasta parir: fin de hormonas de placenta, SG hasta comer.
- Lactógeno placentario: aumenta la resistencia a la insulina, moviliza los lípidos, lipólisis, para la madre y así + glucosa para el RN.