

URGENCIAS EN OBSTETRICIA

Dra. Elena de la Fuente Díez. Dra. Luz Mira Ferrer
Médicas adjuntas del Servicio de Ginecología y Obstetricia

VIROSIS E INFECCIONES EN EL EMBARAZO: ACTITUD EN URGENCIAS

Las embarazadas son más sensibles y vulnerables a la mayoría de las virosis, especialmente en el 1º trimestre. Se hará especial referencia a las infecciones de transmisión vertical. La valoración en urgencias, en general, debe ser igual que en la mujer no gestante. **Se habla de leucocitosis en el embarazo por encima de 15000 células / mm³.**

CITOMEGALOVIRUS

Hasta un 40% de las embarazadas carece de inmunidad frente a CMV. Si es infección primaria presenta un riesgo de transmisión vertical del 40% antes de las 20 semanas.

- **Diagnóstico:**
 - Analítico: detección de Ig G e Ig M: Ig G del CMV con un incremento apreciable en el nivel basal, con o sin aparición de Ig M.
 - Ecográfico: ventriculomegalia, hidrocefalia, microcefalia, calcificaciones intracraneales, hepatoesplenomegalia, intestino hiperrefringente e hidropesía fetal.
- **Tratamiento:** sintomático materno. No existe profilaxis ni terapéutica específica. Existe la posibilidad legal de acogerse a la interrupción legal.

VIRUS DE EPSTEIN BARR

No se ha demostrado realmente la afectación fetal del VEB. Si no presenta complicaciones, se tranquiliza a la paciente enviándola a domicilio con reposo y analgesia. Se suele utilizar paracetamol.

GRIPE

Requiere especial atención al riesgo neumónico y sobreinfecciones bacterianas, que pueden precisar ingreso hospitalario.

HEPATITIS

No existe contraindicación formal para la lactancia materna. En etapas próximas al parto, se deben tener en cuenta las posibles repercusiones hemorrágicas.

- **Hepatitis A:**
 - Diagnóstico: detección de Ig M anti-VHA en sangre.
 - Profilaxis:
 - Gammaglobulina: su efectividad es del 80% cuando se administra durante las 2 semanas postexposición.
 - Vacuna: vacuna recombinante.
 - Tratamiento: Sintomático.
- **Hepatitis B:**
 - La mayoría de los contagios por transmisión vertical ocurren durante el parto, debido al contacto del feto con las secreciones vaginales.
 - Diagnóstico: una infección aguda se detecta mediante la determinación de (Ig M anti-HBc). Ante una gestante con HBsAg (+) debe solicitarse Ig M anti-HBc, HBeAg y ADN del VHB.
 - Tratamiento: no hay específico.
 - Profilaxis: vacuna.
- **Hepatitis C:**
 - Diagnóstico: detección de Ac anti-VHC (+). Ante la positividad debe pedirse Western-Blot, y si éste es positivo se solicita el ARN y el genotipo.
 - Tratamiento: sintomático.

No está demostrado que la cesárea disminuya el riesgo de infección perinatal, si bien parece relacionarse con la duración del parto. La lactancia materna no está contraindicada.

PAROTIDITIS

Solo se asocia a una mayor incidencia de abortos. Tratamiento sintomático.

PARVOVIRUS B 19

Riesgo de transmisión vertical es de 33%. Riesgo de pérdida fetal es de 1.6-6.5%, siendo algo mayor por debajo de las 20 semanas. El éxito fetal suele producirse entre 3 y 6 semanas tras la infección. Si la infección se produce en la 1ª mitad del embarazo, la anemia, junto a la miocarditis y afectación del endotelio, puede desencadenar un aborto. Si es posterior, puede dar lugar a una hidropesía no inmune por insuficiencia cardíaca 2ª a la anemia fetal.

- **Diagnóstico:** determinación de Ig G e Ig M específicos. Pero el diagnóstico fetal se basa en la determinación del ADN vírico mediante PCR del líquido amniótico o sangre fetal. En muchas ocasiones se realiza el diagnóstico por la aparición ecográfica de hidropesía o ascitis fetal.
- **Tratamiento:** una actitud conservadora. La transfusión fetal puede plantearse con Hb ≤ 8 g/dl. No se han detectado secuelas ni alteraciones del desarrollo a los fetos que han sobrevivido a la infección independiente del tratamiento administrado.

POLIOMIELITIS

Puede provocar en el feto ciertas parálisis y retrasos de crecimiento.

SARAMPION

Aumento de aborto y partos pretérmino. El neonato puede estar afectado de lesiones exantemáticas. La vacuna está contraindicada en el embarazo.

- **Actitud:** Tratamiento sintomático. Si consulta por contacto, ante una exposición sin antecedentes de enfermedad o vacunación se recomienda el uso de inmunoglobulina específica dentro de los 6 primeros días del contacto; para mejorar la clínica materna pero no reduce el riesgo fetal.

RUBEOLA

Se recomienda un cribado previo al deseo gestacional. Tratamiento sintomático e información de IVE.

VARICELA

Riesgo de varicela congénita aumenta cuanto más cerca se encuentre del parto. Tratamiento sintomático y se debe prestar atención a la neumonía varicelosa, que suele precisar ingreso. Retrasar el parto hasta 5 días tras el exantema materno, para dar tiempo al paso de Ig G de la madre al feto. Cuando acude a urgencias por contacto con VVZ, sin antecedentes de enfermedad o vacunación se administra gammaglobulina hiperinmune VVZ a dosis de 625U. antes de 96h. de la exposición.

HERPES GENITAL SIMPLE

- **Vías de transmisión:**
 - Vía transplacentaria (5%)
 - Durante el parto (90-95%), ya sea por vía ascendente, por rotura de membranas, o por el paso del feto por el canal del parto.
 - El mayor riesgo se produce cuando la primoinfección materna ocurre en los días previos al parto (85%).
- **Tratamiento:**
 - **Infección primaria:**
 - Aciclovir oral: 400 mg/8h. x 7-10 días.
 - Famciclovir oral: 250 mg/8h. x 7-10 días.
 - Valaciclovir oral: 1 g/12h. x 7-12 días.
 - **Recurrencias:** La instauración temprana del tratamiento (primeras 24h) reduce la clínica y eliminación viral.
 - Aciclovir oral 800mg/12h. x 5 días.
 - Famciclovir oral 125 mg/12h. x 5 días.
 - Valaciclovir oral 500mg/12h. x 5 días.
 - **Gestantes con al menos un periodo de recurrencia:** aciclovir 400 mg/8h. desde la semana 36 hasta el parto.

TOXOPLASMOSIS

La infección fetal se produce fundamentalmente en la infección aguda. Nuestra actitud cuando acude con diagnóstico confirmado será:

- **Sin evidencia de enfermedad fetal:** espiramicina 3 g/día durante todo el embarazo.
- **Con evidencia de infección fetal:** pirimetamina (100 mg/día x 2 días) + sulfadiacina (75 mg/Kg x 2 días) + ácido fólico 50 mg/12h. Posible depresión de medula ósea. No son fármacos teratógenos.

SIFILIS

- **Actitud ante alta sospecha de sífilis:**
 - Obtener muestra del exudado del chancro.
 - Realizar serología para la sífilis y VIH.
 - Iniciar el tratamiento, recordando a la paciente la posibilidad de la reacción de Jarisch-Herxheimer.
- **Tratamiento:**
 - Penicilina G benzatina 2.4 millones I.M. dosis única.
 - En caso de alergia: eritromicina 2 g/día v.o. x 14 días, y continuar postparto con doxiciclina 200 mg/día x 14 días.

TUBERCULOSIS

La infección congénita es rara. La actitud en gestante con clínica evidente será:

- **Radiología de tórax** con protección independientemente de la edad gestacional.
- **Recoger muestra de esputo.**
- **Tratamiento:** Isoniazida 300 mg/24h + Rifampicina 600 mg/24h + Etambutol 15-25 mg/kg x 9 meses. La estreptomycinina es el único de los fármacos antituberculosos que no debe administrarse en el embarazo.

INFECCIÓN URINARIA EN GESTANTES

La infección del tracto urinario (ITU) es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo, llegando a afectar al 5-10% de las gestantes. Los microorganismos más frecuentes en ITU no complicadas son el E.coli (70-90%) y Staphylococcus spp (10-15%), y en ITUs complicadas el Proteus, Klebsiella y Enterobacter. Los factores predisponentes más importantes en las gestantes son el reflujo vesico-ureteral y la obstrucción urinaria.

DIAGNÓSTICO

- **Clínico:**
 - Bacteriuria asintomática: Asintomática.
 - Cistitis: Sd vesical (Disuria, poliaquiuria, nicturia, tenesmo vesical).
 - Pielonefritis: Sd. Vesical +
 - Fiebre.
 - Puñopercusión renal (PPR) dolorosa.
 - Algias en trayecto ureteral.
- **Multistick:** Leucocitos
- **Sedimento de orina:**
 - Leucocitos 10-50/ml: Sospecha.
 - Leucocitos > 50/ml: Patológico.
- **Urinocultivo:**
 - Gérmenes 1.000-10.000/ml: Dudoso.
 - Gérmenes \geq 100.000/ml: Patológico.

TRATAMIENTO

La bacteriuria asintomática se trata siempre en las gestantes, porque su persistencia aumenta la incidencia de pielonefritis y de amenaza de parto pretérmino.

- **Bacteriuria asintomática:** Vía oral.
 - Amoxicilina + Clavulánico (Augmentine®) 500mg/8h de 3-7 días.
 - Fosfomicina 3g (Monurol®) sobres, en monodosis o repetir a las 24h.
 - Fosfomicina 500mg/8 h de 3-7 días.
- **Infecciones urinarias bajas:** Idem a bacteriuria asintomática, pero con tratamiento de duración 7-10 días.
- **Pielonefritis:** requiere tratamiento intrahospitalario vía intravenosa durante 10-14 días.
 - Controles:
 - Temperatura c/12h.
 - Diuresis c/24h.
 - Analítica de ingreso: HG, función renal (urea, Cr, ac. úrico), Urocultivo.
 - Tratamiento:
 - Reposición de líquidos 2-3 litros/día.
 - Paracetamol 1g/6-8h si dolor o fiebre.
 - Antibióticos:
 - Amoxicilina-clavulánico (Augmentine®) 1 g/8h iv.
 - Cefuroxima (Curoxima®) 750 mg/8h iv.
 - Cefonicida (Monocid®) 1 g/24h iv.

- Tras 48 horas se puede pasar a pauta oral con cefuroxima 250 mg/8h hasta disponer de urinocultivo.
- Cuando se disponga de urinocultivo se adecuará la pauta antibiótica, que en ningún caso será inferior a 10 días.
- Eco renal.
- Interconsulta a nefrología/urología si procede (dilatación pielocalicial importante, litiasis renal, insuficiencia renal, etc.)
- Alta cuando no existan criterios de ingreso. Se remitirá a su médico de familia para repetir control analítico a los 5-7 días de finalizar tratamiento.

CRITERIOS DE INGRESO

- Fiebre.
- PPR dolorosa.
- Síndrome miccional + leucocitosis ± alteración función renal.

¿QUÉ PACIENTES DEBEN SER REMITIDAS PARA EVALUACIÓN OBSTÉTRICA?

Las gestantes que presenten:

- Metrorragia.
- Dinámica uterina.
- Gestantes que presenten criterios de ingreso con edad gestacional \geq 25 semanas.

CÓLICO NEFRÍTICO EN GESTANTES

La incidencia del cólico nefrítico en las gestantes es similar al de la población femenina no gestante (1/1500), pero las gestantes con AP de cólicos nefríticos tienen una prevalencia mayor. Comienza en el 2º trimestre y es más frecuente en el lado derecho. La resolución con tratamiento médico ocurre en la 2/3 partes de los casos.

DIAGNÓSTICO

- **Clínico:**
 - Dolor en fosa lumbar y flanco, que puede irradiar siguiendo el trayecto ureteral.
 - Orina en ocasiones hematúrica, pero con microhematuria en la mayor parte de los casos.
 - Puede asociar ITU, con su clínica.
 - PPR +
 - Cuadro de náuseas y vómitos.
- **Analítico:**
 - Sto orina; Típica la microhematuria.
 - HG; leucocitosis.
 - Función renal.
- **Eco renal;** preferente no urgente.

TRATAMIENTO

- **Sueroterapia:** iv de 2L cada 24h o ingesta de líquidos equivalente.
- **Analgesia:**
 - Paracetamol 1 g/4-6h vo/iv.
 - Metamizol (Nolotil®) 1 amp/6-8h vo/iv.
 - Ketorolaco (Droal®) 30 mg/6-8h iv.
 - Meperidina (Dolantina®) 0.5-1 mg/kg/12-24h iv si el dolor es importante y persistente a tratamiento.
- **Antiemético:** Metoclopramida (Primperan®) 1 amp/8-12h.
- **Tratamiento de ITU** si está presente.
- **Interconsulta a urología.**

¿QUÉ PACIENTES DEBEN SER REMITIDAS PARA EVALUACIÓN OBSTÉTRICA?

Las gestantes que presenten:

- Metrorragia.
- Dinámica uterina.
- Gestantes que presenten criterios de ingreso con edad gestacional \geq 25 semanas.

EMESIS Y GESTACIÓN

Típicas del 1º trimestre de gestación y suelen resolverse antes de la 20ª semana.

DIAGNÓSTICO

- La paciente refiere náuseas y vómitos.
- Investigar la adecuada hidratación de al paciente (signo del pliegue).
- Descartar cólico nefrítico e ITU.
- Sedimento orina: cetosis característica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe descartarse patología orgánica siempre:

- Toma de TA: a veces la HTA complicada en la gestación cursa con emesis y es un signo de alerta.
- Bioquímica: enzimas hepáticas (si alterado pensar en hepatopatía).
- Explorar los signos de irritación meníngea para descartar focalidad neurológica.

TRATAMIENTO

- **Tratamiento en urgencias:**
 - Reposo.
 - Hidratación con suero glucosalino 1000 cc.
 - Metoclopramida (Primperan®): 1 ampolla iv.
 - Ranitidina 1 ampolla iv.

Si la paciente responde a tratamiento pautar tratamiento domiciliario vía oral, reposo y dieta frecuente poco abundante evitando las comidas grasas:

- Doxilamina-piridoxina (Cariban®) 1 comp/8 h.
- Metoclopramida (Primperan®) 1 comp/8-12h.
- Si el cuadro es repetitivo y se prevee mal control se puede pautar Dietilperacina (Torecan®) supositorios vía recta cada 12h durante una semana y uno cada noche durante una semana más.

¿QUÉ PACIENTES DEBEN SER REMITIDAS PARA EVALUACIÓN OBSTÉTRICA?

Las gestantes que presenten:

- Metrorragia.
- Dinámica uterina.

HTA Y GESTACIÓN**DEFINICIONES**

- **HTA** es aquella medida de la presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg, en 2 determinaciones separadas por 6h.
- **HTA crónica** es el estado hipertensivo del embarazo, de cualquier etiología, que se diagnostica antes de la semana 20 de gestación. Se establece el diagnóstico de cronicidad a posteriori tras persistir tras el embarazo.
- **Preeclampsia** es el estado hipertensivo del embarazo que se diagnostica después de la 20 semana de gestación (salvo en gestación gemelar, enf. trofoblástica e hidrops fetal, en que aparece antes de la semana 20) y se acompaña de proteinuria +/- edemas (no se considera preeclampsia si sólo hay HTA y edemas).
- **Eclampsia** es la preeclampsia complicada con convulsiones, que puede aparecer durante el embarazo, parto o puerperio, tras descartar otras causas de la misma.
- **Proteinuria** es la presencia de proteínas en orina de 24h >300 mg (1+ en tira reactiva o 30mg/dl en Sto. orina) en ausencia de ITU. Para el diagnóstico de certeza debe realizarse en orina de 24h.
- **Sd. de HELLP** (High Enzymes Liver, Low Plaquets, elevación de las enzimas hepáticas y disminución de plaquetas) son las siglas de un síndrome muy peligroso y que cursa con fallo hepático y trastorno de la coagulación tipo CID y con afectación multiorgánica.

ANOTACIONES IMPORTANTES

- Ante una cifra de TA elevada debe realizarse otra toma en condiciones idóneas.
- El edema no es criterio diagnóstico de preeclampsia.
- La proteinuria significativa ($> 0,3g/24h$) en ausencia de infección es fundamental para el diagnóstico.

¿QUÉ PACIENTES DEBEN SER REMITIDAS PARA EVALUACIÓN OBSTÉTRICA?

Todas.

¿QUÉ DEBEMOS HACER ANTE UNA GESTANTE CON TA ELEVADA?

1º. Repetir la toma de la TA en condiciones idóneas.

2º. Preguntar por los 3 signos de alerta que nos indican preeclampsia grave y son:

- Epigastralgia: indica afectación hepática.
- Cefalea: indica afectación neurológica.
- Fotopsias: indica afectación retiniana.

Estos síntomas son signos de mal pronóstico, y constituyen una emergencia obstétrica que supone un riesgo importante para la madre y el feto, así que se debe remitir a la gestante a la Unidad de Urgencias Obstétricas en la mayor brevedad posible.

3º. Realizar tira reactiva de orina, para determinar si la HTA puede corresponder a una preeclampsia, con el fin de identificar la proteinuria.

4º. Toda HTA en gestante no controlada, de debut en gestación o con síntomas de alerta debe ser ingresada en la Unidad de Obstetricia para estudio y tratamiento, en los dos primeros casos, y para terminar gestación en el tercero. Es frecuente que las puérperas que sufren HTA no controlada o complicada durante el embarazo necesiten control en U.C.I tras el parto o cesárea.

HEMORRAGIAS DURANTE EL EMBARAZO

Ninguna hemorragia durante el embarazo puede considerarse fisiológica, por lo que se debe realizar un diagnóstico apropiado para descartar patología obstétrica, ginecológica (miomas, pólipos cervicales, traumatismos cervicales...) o médica (ITU, hematuria, fisuras anales, hemorroides...). Los procesos obstétricos pueden clasificarse en:

- **Metrorragias del primer trimestre**: amenaza de aborto, aborto, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica.
- **Metrorragias del segundo-tercer trimestre**: parto pretérmino, placenta previa, desprendimiento placentario (DPPNI), rotura uterina, rotura de vasa previa, etc

¿QUÉ HACER ANTE UNA GESTANTE QUE ACUDE POR SANGRADO?

- 1º. Preguntar acerca de la FUR para averiguar el trimestre de gestación.
- 2º. Si primer trimestre, preguntar acerca de la cuantía del sangrado, e intentar descartar causas médicas del mismo (hematuria por cistitis, rectorragias, etc.). Si la causa es obstétrica, remitir a la Unidad de Urgencias Ginecológicas.
- 3º. Si el sangrado es abundante, canalizar vía.
- 4º. Ante gestante del segundo-tercer trimestre con sangrado abundante, canalizar vía y remitir urgente a la Unidad de Urgencias Ginecológicas, o si la paciente se encuentra hemodinámicamente inestable, avisar urgente al ginecólogo de guardia y solicitar reserva de sangre. Determinados procesos como la placenta previa, el desprendimiento placentario, etc, pueden comprometer la vida tanto fetal como materna.

ABORTO

Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y/o expulsión de un feto de menos de 500g. Se denomina precoz si tiene lugar antes de la 12ª semana, y tardío si ocurre posterior a la misma.

- **Clínica**: dolor intenso en hipogastrio y sangrado abundante.
- **Conducta**:
 - Ingreso de la paciente, vía de perfusión IV, petición de hemograma, grupo y Rh, coagulación y control de constantes.
 - Especial mención requiere el **aborto séptico**, el se debe sospechar cuando exista fiebre de 38º C y leucorrea vaginal purulenta. Organismos implicados:
 - Anaerobios (63%): bacteroides, Clostridium.
 - Aerobios (30%): E. coli, Pseudomonas, Streptococo beta hemolítico.
 - Combinado (7%)
- **Tratamiento**:
 - Evacuación uterina que la debe realizar el ginecólogo.
 - Si se sospecha un **aborto séptico** se añade a la analítica pedida la PCR, cultivos de sangre y orina, así como de la leucorrea.
 - El tratamiento antibiótico deberá instaurarse lo más precoz posible: Amoxicilina-Clavulánico 1g iv/8h + Gentamicina 240mg iv/24h o Metronidazol 1,5g IV/24h.

PARTO NORMAL

El objetivo es dar unas pautas sencillas para actuar en caso de tener que asistir a un parto antes de que pueda llegar el ginecólogo a la matrona; por lo tanto, lo primero será **avisar al ginecólogo y al pediatra de guardia, y fundamental, canalizar vía**. Si todo va muy rápido, aquí van unos consejos e imágenes que pueden ser de ayuda.

- **El nacimiento de la cabeza:** cuando la cabeza fetal permanece en la vagina, incluso entre las contracciones, es hora de que ésta salga:
 - Pedir a la madre que de pequeños pujos, no grandes.
 - Dejar que la cabeza salga lentamente entre las contracciones, esto evitará que la piel de la madre se desgarre, si se puede, hacer episiotomía medio lateral derecha.
 - Después de que salga la cabeza, limpiar nariz y boca del recién nacido con un paño limpio.



- **El nacimiento de los hombros:** Sostener la cabeza con cuidado y guiarla hacia la espalda de la madre (alejándola de su abdomen). Esto permite que el hombro de delante salga primero. Nunca tirar con fuerza de la cabeza. Después el cuerpo saldrá fácilmente; sostener al bebé para que no se caiga.
- **Para cortar el cordón:**
 - Cuando el cordón deje de pulsar, pinzarlo en dos puntos, separados unos dos centímetros uno de otro, y otros dos centímetros del cuerpo del recién nacido. Se pinzan con pinzas de cordón, y en su defecto, atar con hilo de seda.
 - Cortarlo entre los pinzamientos con tijeras, hoja de bisturí o con cuchilla estéril.



- **Alumbramiento de la placenta:**
 - Tras el parto, quedará el cordón colgando desde la vagina. ¡No tirar del cordón!, se debe esperar a que la placenta se desprenda, para lo que hay un intervalo de unos 30 minutos de espera desde el parto.
 - Cuando se observe que la longitud del cordón es mayor, o que se inicia un sangrado abundante de sangre oscura, es el momento del desprendimiento. Se debe pedir a la madre que pujan y guiar la placenta con suavidad hacia el exterior.
 - Cuando vaya saliendo, sujetarla con las manos hacia abajo para que el resto de membranas sean arrastradas por acción de la gravedad.
 - Tras el alumbramiento, se deben pautar 20 UI de Syntozinon® i.v. (oxitocina).
- **Revisión de la placenta:** Debe revisarse por la cara de arriba y la de abajo, por si falta un pedazo o membranas.



- **Revisión del canal del parto:** Finalmente se debe limpiar la vagina de sangre, para revisar si ha habido desgarros, o el estado de la episiotomía. Se deben suturar ambos.

PARTO DE NALGAS

El parto de nalgas es un parto de riesgo, en nuestro entorno, hoy supone una de las indicaciones de cesárea electiva. Por lo tanto, y de forma práctica sólo debe realizarse la finalización vaginal cuando es inevitable (cuando las nalgas del feto sobrepasan el introito).

Qué hacer en caso de un parto de nalgas:

1. Ayude a la madre a no pujar hasta que se vean las nalgas del bebé en la vagina. Es muy importante que el cérvix esté totalmente abierto.

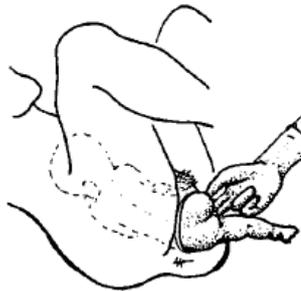
2. Pídale a la madre que se pare con las rodillas un poco dobladas (alguien debe sostenerla como muestra el dibujo).



O, si la madre no puede hacerlo, colóquela con las nalgas en el borde de la cama en cuanto asomen las nalgas o las piernas del bebé.



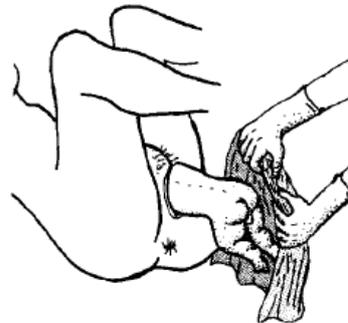
3. Anímela a que puje para que el resto del cuerpo del bebé salga lentamente. Generalmente las piernas salen solas pero a veces es necesario meter los dedos en la vagina de la madre para sacarlas.



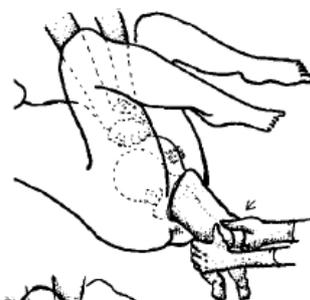
4. Con cuidado, afloje el cordón un poquito para que no se estire demasiado después. Si el cordón aún está debajo del hueso púbico de la madre, muévelo hacia un lado donde la carne es más blanda.



5. Envuelva el cuerpo del bebé en un trapo seco y tibio. Esto le ayudará a usted a sostenerlo mejor y evitará que el niño trate de respirar antes de que salga la cabeza. (En el resto de los dibujos no mostramos el trapo, para que el bebé se pueda ver mejor. Pero en un parto real, hay que mantener al bebé envuelto.)



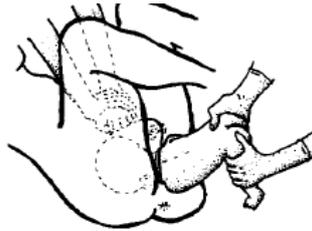
6. Pídale a un ayudante que ponga presión sobre el hueso púbico de la madre (no sobre su abdomen). Esto es para mantener la cabeza del bebé agachada, no para empujar al bebé hacia afuera. Guíe el cuerpo del bebé hacia abajo con cuidado para que nazca el hombro de arriba. Sostenga al bebé por las caderas o las piernas. ¡Tenga cuidado! ¡La presión sobre la espalda o el abdomen del bebé puede lastimarlo por dentro!



Puede que usted tenga que meter los dedos en la vagina de la madre para sacar los brazos del bebé. Encuentre el primer brazo con sus dedos, siguiendo hacia abajo la curva del hombro. Jale el codo con cuidado para acomodarlo frente al pecho. Ayude al hombro a salir.



7. Levante al bebé con cuidado para ayudar al otro hombro a salir.



8. Ahora, el bebé necesita voltearse de modo que su cara mire hacia abajo, o sea hacia las nalgas de la madre. Usted puede sostenerle el cuerpo con un brazo, y meter uno de sus dedos en la boca del bebé para ayudarle a mantener la cabeza agachada. Así será más fácil que la cabeza pase entre los huesos de las caderas de la madre.



9. Vaya bajando al bebé hasta que se empiece a asomar el pelo de su nuca. ¡No jale al bebé! ¡No le doble el cuello o podría rompérselo!



10. Para ayudar a la cara del bebé a salir, manténgale la cabeza agachada mientras le levanta el cuerpo. Deje que la parte trasera de la cabeza quede dentro de la madre por ahora.



11. La madre debe relajarse, dejar de pujar y ayudar al bebé a salir sólo por medio de soplidos suaves. La parte trasera de la cabeza debe salir muy lentamente. Si sale demasiado rápido, el bebé podría tener sangrado en el cerebro y morir o quedar discapacitado.



FIEBRE PUERPERAL

Temperatura > 38°C en más de dos ocasiones, separadas al menos 6h entre el 2º y 10º día postparto. Se incluyen las primeras 24h si la fiebre es > 38,4°C. Las causas de mayor a menor frecuencia son:

- Infección urinaria.
- Mastitis.
- Infección de la herida de la cesárea.
- Infección de la herida de la episiotomía.
- Endometritis.
- Tromboflebitis de vasos útero-ováricos.

MANEJO DE LA FIEBRE PUERPERAL



DOLOR MAMARIO

- **Ingurgitación mamaria:** súbita turgencia mamaria bilateral acompañada de dolor y red venosa superficial. Pueden aparecer ganglios axilares dolorosos y es típico del 2º-3º día postparto.
 - No es necesario inhibir la lactancia.
 - Analgesia: Paracetamol 1g/8h.
 - Aplicación de calor antes de las tomas y frío después.

- **Mastitis puerperal:** infección mamaria causada por estafilococos, estreptococos y en menos frecuencia neumococos y colibacilos.
 - Inhibir la lactancia y bilateral o gran extensión.
 - Analgésicos-Antiinflamatorios: Paracetamol 1g/8h, ibuprofeno 600mg/6-8h.
 - Antibióticos:
 - Amoxicilina-Clavulánico 500mg/8h 7-10 días
 - Cloxacilina 500mg/8h 7-10 días
 - Alergia a penicilina: Eritromicina 500mg/8h 7-10 días.
 - Si a pesar de tratamiento el cuadro no mejora en 4 días debe sospecharse absceso y debe drenarse.
 - Si existe una grave afectación general debe sospecharse sepsis de origen mamario, requiriendo ingreso con antibioterapia intravenosa y hemocultivos.

	INGURGITACIÓN MAMARIA	MASTITIS
Fiebre	NO	SI (39-40º C)
Bilateral	SI	Raro
Debut	2º-3º día post-parto	2ª semana post-parto

INFECCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

La paciente refiere fiebre (50% de los casos), dolor y eritema e induración de la zona de la herida, pudiendo drenar material serosanguinolento o purulento. El tratamiento consiste en:

- **Apertura, desbridamiento y drenaje de la herida.**
- **Antibióticos iv**
- **Analgésicos-antiinflamatorios:** Paracetamol 1g/8h, ibuprofeno 600mg/6-8h.
- **Limpieza a chorro y baños de asiento 2-3 veces por semana.**
- **Limpieza con povidona yodada cada 12h.**
- **Si existe dehiscencia de sutura:** aplicar pomada de iruxol o dertrase cada 8h, para obtener una limpieza enzimática de la herida. Si a los 12-15 días de la dehiscencia no se ha producido curación plantear Friedrich.

INFECCIÓN DE LA HERIDA DE LA CESÁREA

La paciente refiere fiebre (50% de los casos), dolor y eritema e induración de la zona de la herida, pudiendo drenar material purulento. Hay que realizar el diagnóstico diferencial con el seroma.

	SEROMA	INFECCIÓN DE LA HERIDA
Fiebre	NO	SI
Drena	Material seroso	pus

- **Apertura, desbridamiento y drenaje de la herida.**
- **Antibióticos:**
 - Cefuroxima: (Zinnat®, Curoxima®) 750 mg/8h durante 7-10 días vo/iv/im.
 - Cefotaxima (Claforan®) 1-2g/ 24h durante 7-10 días im/iv.
 - Doxiciclina: (Doxiclat®) 100 mg/12h vo 7-10 días.
 - Amoxicilina-Clavulánico (Augmentine®) 500 mg/ 8h vo/iv 7-10 días.
- **Analgésicos-antiinflamatorios:** Paracetamol 1g/8h, ibuprofeno 600mg/6-8h.
- **Limpieza con povidona yodada cada 12h.**

ENDOMETRITIS

La endometritis es la inflamación de causa infecciosa del endometrio. Los principales factores de riesgo son infecciones del tracto genital con o sin relación con parto o cesárea (10-20 veces más frecuente en las cesáreas). Los microorganismos más frecuentes son los bacilos gram-negativos como el E.coli y los gram-positivos como Streptococo. Aparece a partir del 3º día postparto.

La paciente refiere secreción vaginal purulenta, fiebre >38°C y movilización uterina abdominal dolorosa. Las pruebas diagnósticas son el hemograma (recuento leucocitario: 15.000-30.000/mm³) y el urinocultivo. La actitud será:

- **Remitir a la Unidad de Urgencias Obstétricas.**
- **En el paritorio a la paciente se le realizará:**
 - Cultivo de exudado cervical.
 - Eco abdominal: descartar restos placentarios intraútero, hidrosalpinx, hematomas...
- **Tratamiento antibiótico empírico en espera de antibiograma:**

Clindamicina 600 mg/6h o 900 mg/8h iv.
+
Gentamicina 80 mg/8h o 240 mg/24h iv. ó Metronidazol 500mg/8h iv.
Alergia a penicilina: Eritromicina 1-2g/día en 3-4 dosis.

- La pauta deber mantenerse iv 24-48h después de haber desaparecido la fiebre y después pasar a vo. Si en 48-72h no hay respuesta al tratamiento, con mucha probabilidad la infección sea por enterococo y se debe añadir al pauta: Ampicilina 1-2 g/6-8h iv.

TROMBOFLEBITIS PÉLVICA SÉPTICA

Es una complicación puerperal y puede aparecer tras una endometritis (1/2.000 partos). La paciente refiere fiebre con picos de >40°C en las primeras 48h postparto y dolor abdominal. Una forma especial de presentación es la "*fiebre enigmática*", en la cual la paciente presenta fiebre en agujas con taquicardia sin otra sintomatología.

- **Tratamiento:**
 - Remitir a la Unidad de Urgencias Obstétricas.
 - Tratamiento antibiótico igual al de la endometritis.
 - Anticoagulación: con heparina iv, pero por comodidad y seguridad de manejo se recomienda HBPM: Enoxaparina (Clexane 1 mg/kg/12h sc, Clexane forte 1.5 mg/kg/24h).
 - Ajustar TTPA 1,5-2 y mantener la anticoagulación 7-10 días tras desaparecer la fiebre.
 - Rara vez se requiere la ligadura de la vena ovárica.