

## TEMA 64

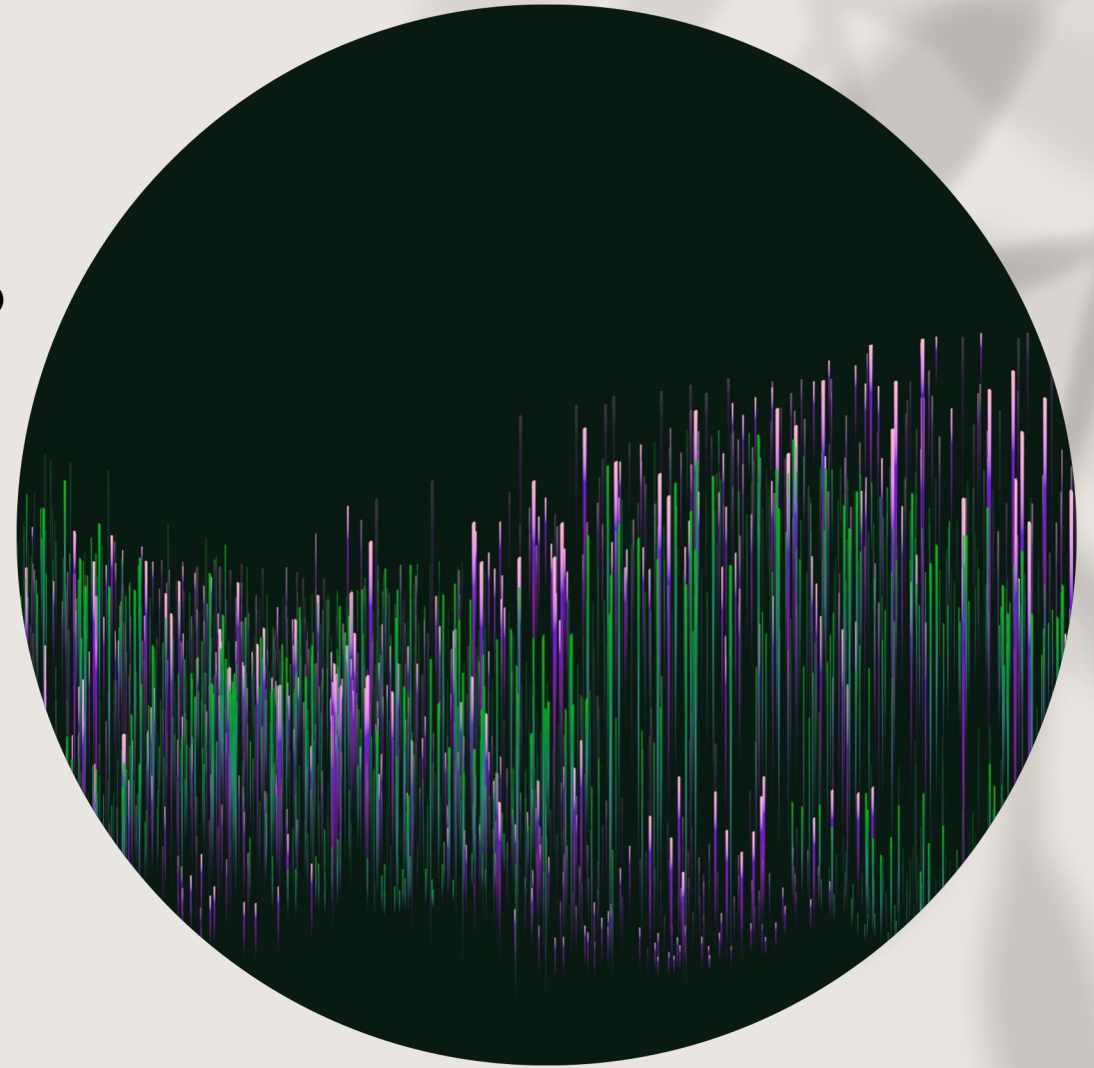
**DISTOCIAS MECANICAS Y TRAUMATISMOS OBSTETRICO  
FETALES.**

**PARTO INSTRUMENTAL. CESAREA.**

**FIEBRE INTRAPARTO**

**Rosalía Mancheño M.**

**Matrona**



# Periodo expulsivo

- El que transcurre desde que se alcanza dilatación completa y el momento que se produce la expulsión fetal.
- **Expulsivo pasivo** dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.
- **Expulsivo activo** feto visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de D.C o pujos maternos en presencia de D.C con ausencia de contracciones de expulsivo

Duración normal	Nulíparas	Multíparas
F. Pasiva	2h C/ o Sin Epidural	1h Sin epidural 2h C/ Epidural
F. Activa	1h Sin Epidural 2h con Epidural	1h C/ o sin Epidural

## Guía cuidados experiencia positiva del parto (OMS 2018)

Se debe informar a la mujer que la duración del periodo expulsivo varia de una mujer a otra, en los **primeros partos** el parto se completa normalmente en **3 h.**  
**En los partos subsiguientes** el parto por lo general se completa en **2 h.**

# Mecanismo general del parto.



Sindicato  
de Enfermería  
Andalucía

Conjunto de movimientos que bajo la acción de fuerzas dinámicas del parto debe efectuar el feto para salir al exterior.

## Movimientos Pasivos

Cumplir 3 tiempos : entrada en el conducto, encajamiento y descenso, desprendimiento.

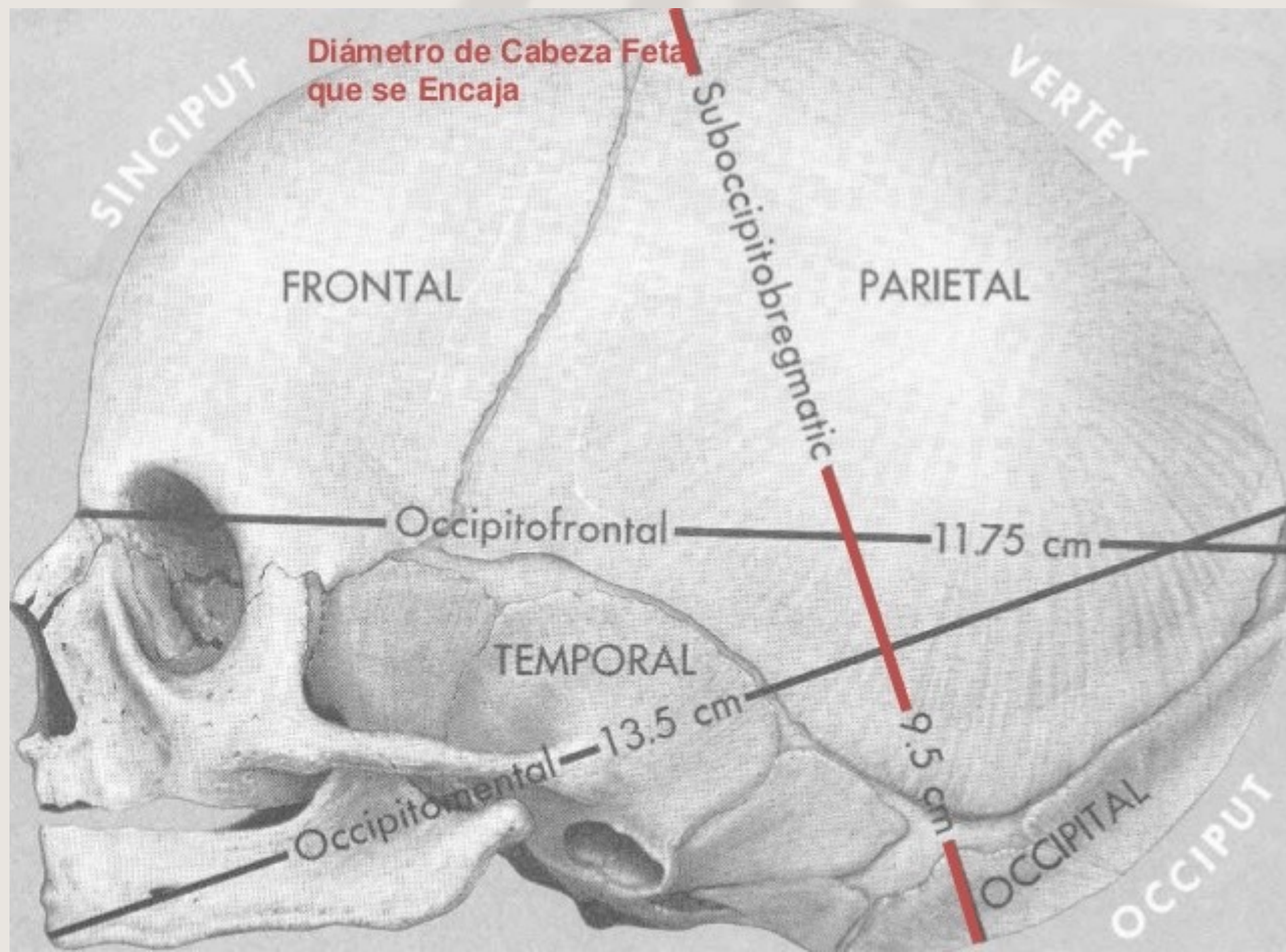
Presentaciones : Vértice : Anterior, occipito posterior.

Distocias por flexión de la cabeza : Cara, Frente, Sincipuccio.



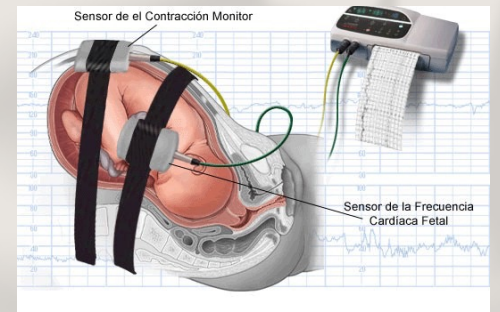
# Cuidados de la mujer durante el periodo Expulsivo

- Acompañamiento
- Medidas de asepsia
- Posición durante el periodo expulsivo
- Pujos maternos y pujos dirigidos
- Prevención del trauma perineal
- Episiotomías.
- Método y material de sutura en la reparación perineal
- Maniobra de Kristeller

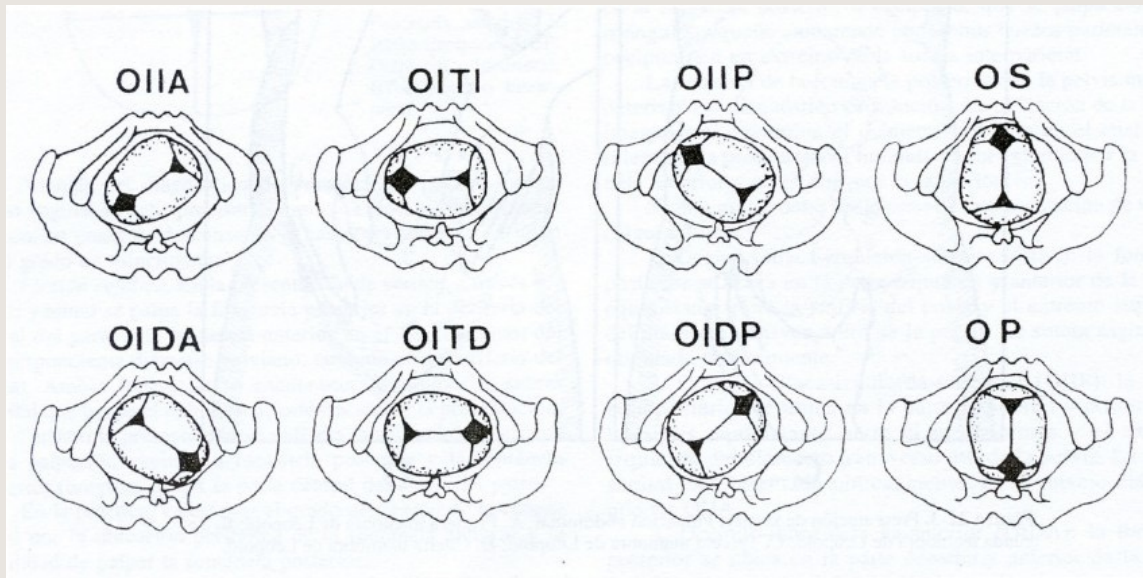


# DX PRESENTACION VERTICE

- ➡ MANIOBRAS DE LEOPOLD.
- ➡ LATIDO CARDIACO FETAL - TV
- ➡ ECOGRAFIA.



- **Maniobras de leopold.** Palpaciones para determinar presentación, situación y posición del feto.
- **1ª.** Palpación de fondo: cabeza, nalgas
- **2ª** determina la posición. Inf. del lado que está el dorso y las extremidades
- **3ª.** Identificación del polo cefálico. Se identifica la presentación.
- **4ª.** Grado de encajamiento



# Mecanismo de la presentación de vértice

- 95 % partos .
- Cabeza flexión máxima y mentón pegado al torax.
- La acomodación de la cabeza mediante tacto vaginal.

Sutura sagital orientada al diámetro transverso.

Posición OIIT u OI DT

La cabeza ejerce movimientos de flexión lateral por la gran movilidad de las articulaciones, permite que un parietal descienda más que el otro ayudando que la cabeza entre en la pelvis.

- El encajamiento en el 75 % es asinclítico. Se introduce un parietal y luego el otro.
- **Oblicuidad Nagele.** Entra el parietal anterior en primer lugar. Sutura sagital próxima al promontorio.
- **Oblicuidad Litzman.** Entra el parietal posterior en primer lugar . Sutura sagital próxima a la sínfisis.
- **Movimientos de la cabeza**  
Ligera flexión, descenso, flexión máxima, rotación, deflexión, rotación externa

**Presentación Roederer**



# Vértice . Descenso y encajamiento. Desprendimiento

- La cabeza avanza sin modificar su posición, se recupera el sinclitismo cuando el mayor diámetro de la cabeza ha superado el estrecho superior. Cabeza encajada.
- Punto mas descendido de la cabeza llega al III plano Hodge. Espinas ciáticas.
- **fontanela menor en el centro de la pelvis.**

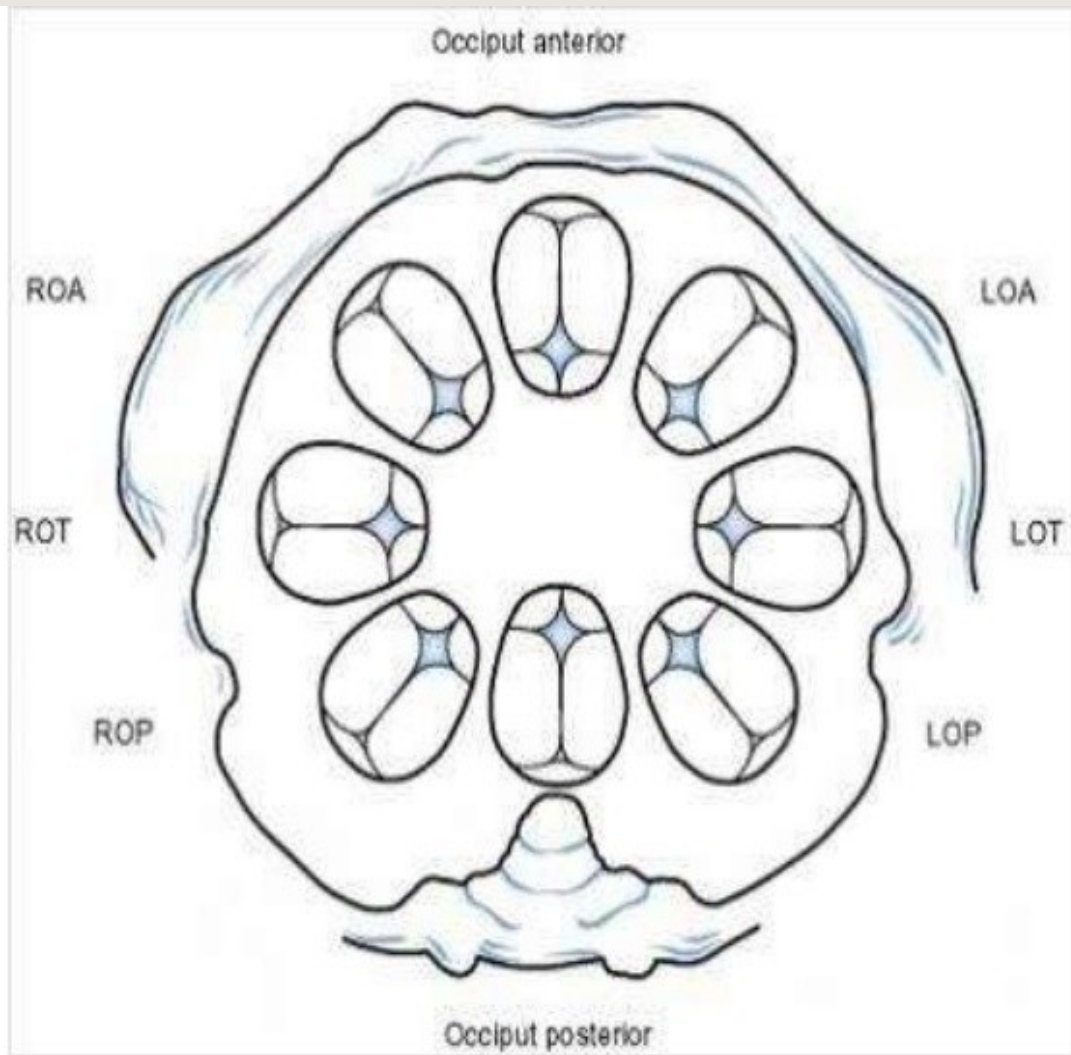
- La cabeza gira 45º( OIIA,OIDA) 90º (OIIT, OIDT). 135º ( OIDP, OIIP)

Aumenta el diámetro antero posterior del canal del parto, occipucio:Vulva

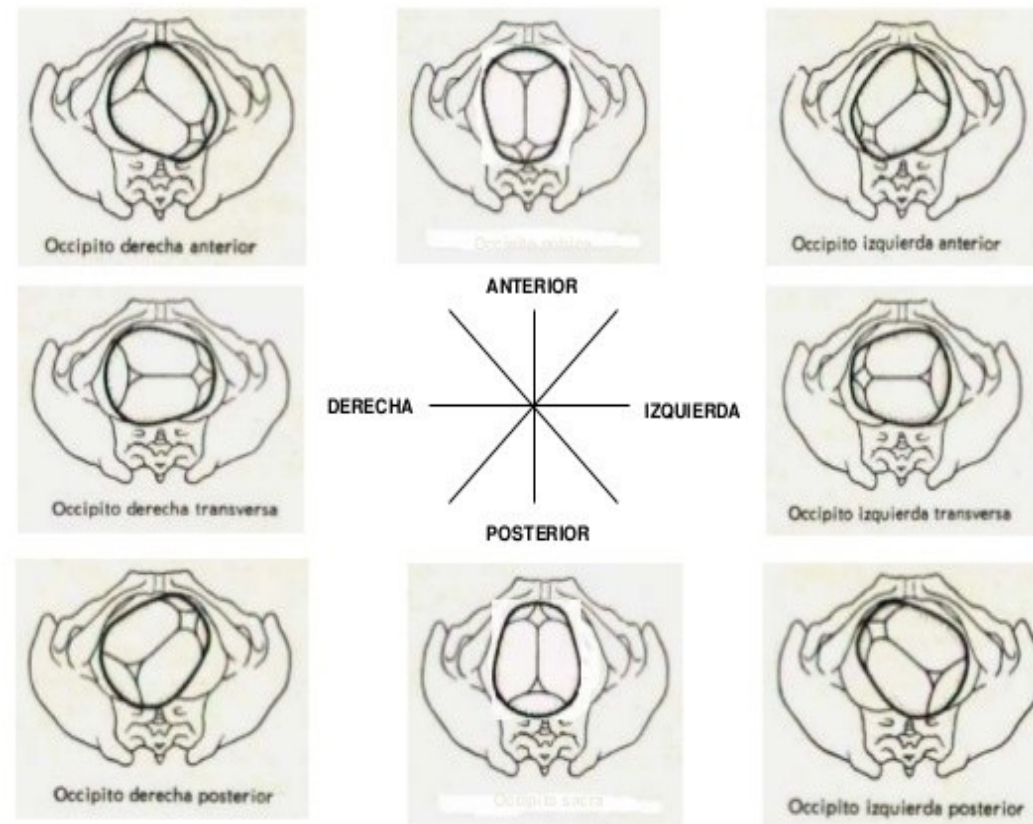
- adaptar el Diámetro bisacromial a un diámetro favorable pelviano. Rotacion cabeza 90 º. Se adapta al diámetro anteroposterior del E. Inferior
- Parto de hombros

# Presentación Vértice Occipito Posterior

- 2-8 % de los expulsivos.+ OIDP
  - Cuando alcanza III plano el bregma queda apoyado bajo el pubis.
  - La cabeza debe flexionarse , sale vulva la fontanela menor
  - Complicaciones : dolor zona lumbar, intervencionismo, instrumentales, laceraciones periné.
  - Cesarea.líquido teñido. – distocias+ parálisis braquial
- Causas :
  - Fetales: braquicefalia, dolicocefalia deflexionada, +4 Kg
  - Maternos : Abdomen péndulo. P. Androide , antroipoide, Nuliparidad
  - +35 años,cesarea,embarazos prolongados
  - **Facilitar rotación anterior**  
cuadrúpeda, DL hacia dorso fetal, Sims hacia dorso o contrario

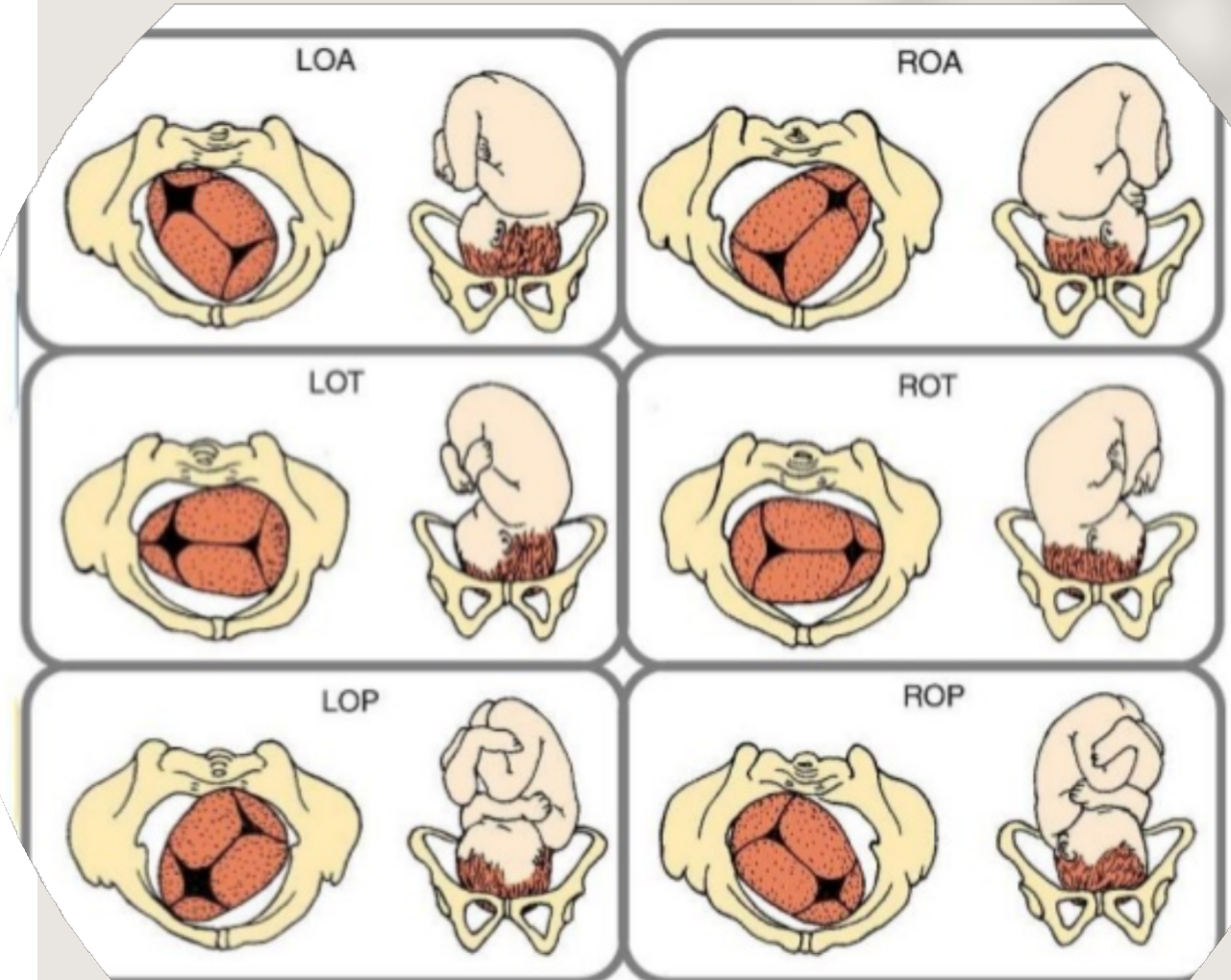
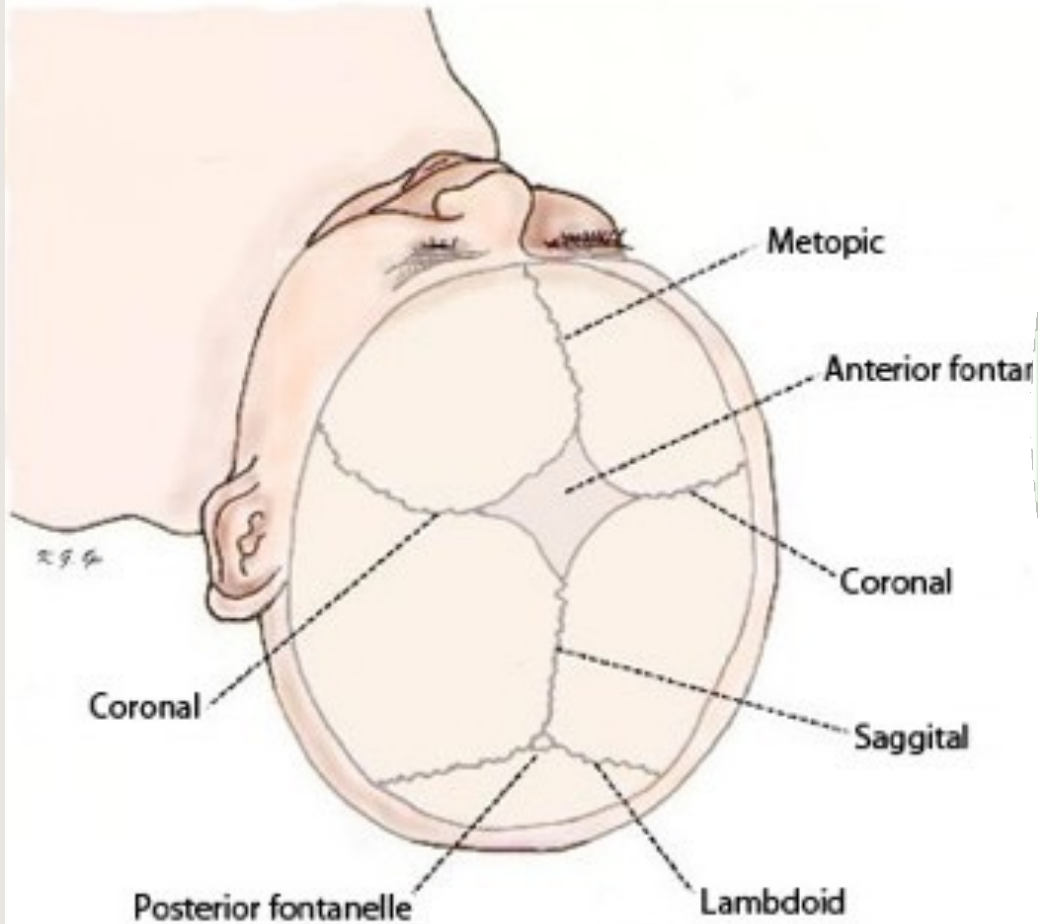


## EL FETO Y SUS RELACIONES



# Cranial Sutures

*View from top of head*





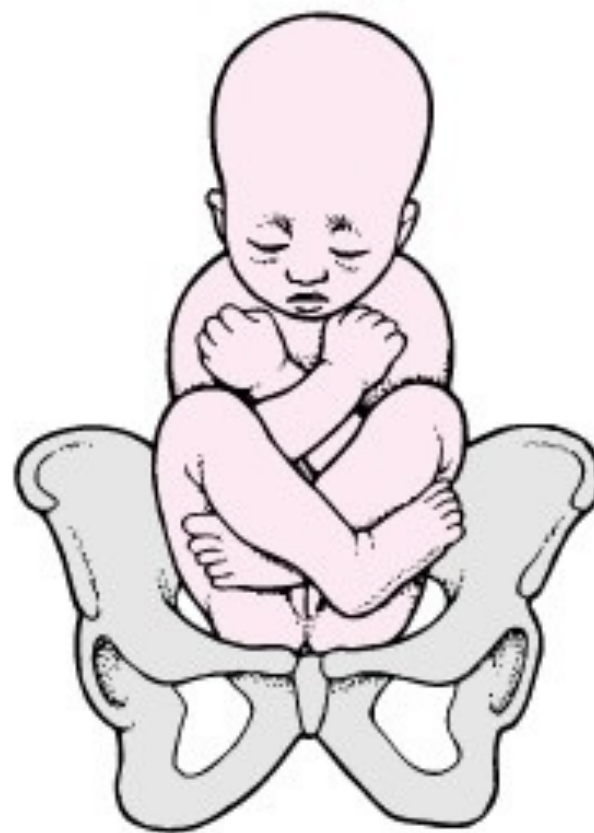
De cara



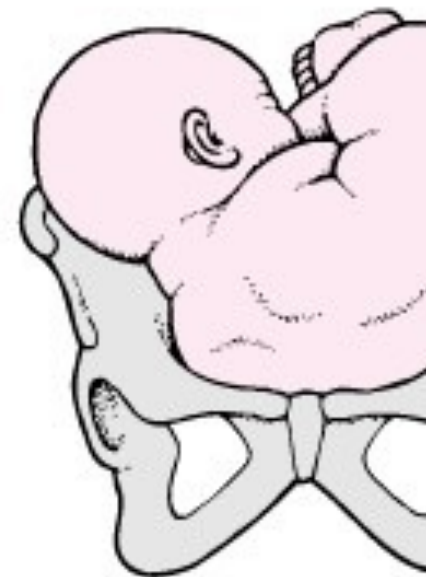
De frente



De nalgas



De hombros



Presentaciones anómalas

# DISTOCIAS FLEXION CABEZA

CARA	FRENTE	BREGMA O SINCIPUCIO
<u>Máxima</u> deflexion cabeza  <b>Punto guía mentón.</b>  Diámetro submento-bregmatico (9.5 cm)	Variedad parto de cara. Deflexion media D. Occipito-mentoniano ( 13.5 cm) <b>Punto Referencia S. metopica Nariz</b> punto de guía para definir la posición.	Ligera deflexión cabeza fetal. Occipucio y frente al mismo nivel de la pelvis materna.  <b>Punto guía F. mayor</b> <b>oBregma</b> Occipito frontal.
<b>CAUSAS</b> Anomalías pélvicas Malformación fetales Circular de cordón, placenta baja, hidramnios, oligoamnios, RPM Frecuente en multíparas Signo hachazo Signo de Beck	Complicación + frecuente desproporción pélvica cefálica.  Parto posible si fetos pequeños. No se produce encajamiento,.	Encajamiento lento. Bregma rota hacia delante. Frente por debajo del pubis. Dx diferencial con una posición posterior de vértice Valora fontanela que se ha introducido más en la pelvis
<b>Parto en mento anterior o mento publica. mento</b>	<b>Presentación más patológica</b>	Fontanela mayor : bregma

Denominación	Actitud	Presenta/dimetro	Punto Guia
Occipito-iliaca(OI)	Flexion maxima	Occipucio/D opcipito-bregmatico. 9,5 cm.	Fontanela menor
Sincipito-iliaca (SIL)	Delfexion ligera	Sincipucio/D. occipito frontal 12 cm	Fontanela mayor
Fronto-iliaca (FI)	Deflexion intermedia	Frente/ D. Occipito-mentoniano	Sutura metopica
Mento iliaca (MI)	Deflexion máxima	Cara/ submento-bregmatico. 9.5 cm	Mentón.

# Presentación de nalgas, podálica o pelviana

Puras , simple , franca o incompleta : si presenta las nalgas

Completa complejas : si presenta nalgas y pies.

Tiempos de parto : parto de la nalgas, parto de los hombros, parto de la cabeza.

Conducta expectante hasta la salida del ombligo.

Maniobra de Bracht. Maniobra Muller, Maniobra Rojas Lowset, Maniobra Veit Smillie.

Fórceps cabeza ultima, Versión interna y gran extracción.

# VERSION CEFALICA EXTERNA

## ( 4 INTENTOS) REPETIR SEMANALMENTE SI FRACASO

TASA MEDIA DE ÉXITO 50%.

DEPENDEN DE LA EXPERIENCIA DEL EQUIPO. CRITERIOS DE SELECCIÓN

SE RECOMIENDA LA VCE PARA REDUCIR LAS  
TASA DE PRESENTACIONES PODALICAS A  
TERMINO  
(Grado Recomendación A)

Conjunto de maniobras  
manipulación externa  
Busca convertir la presentación  
podalica en cefálica

Tiene mayor probabilidad de  
parto vaginal normal y menor  
riesgo de complicaciones.  
Técnica segura y sencilla

Realizar en área  
Quirúrgica  
**SI RH NEGATIVO**  
**Administrar anti-D**

Indicaciones  
Todas las gestantes con feto en  
presentación diferente a la  
cefálica.

Feto a termino 37 S.G  
34-35 mayor probabilidad de éxito.  
No disminución de tasa de cesarea y  
puede aumentar riesgo parto pretermino.

## **ABSOLUTAS**

- ✓ PLACENTA PREVIA OCLUSIVA, TUMOR PREVIO
- ✓ MALFORMACIONES FETALES QUE CONDICIONAN LA VIA DEL PARTO
- ✓ GESTACION MULTIPLE
- ✓ MALFORMACION UTERINA
- ✓ FETO MUERTO
- ✓ COMPROMISO FETAL
- ✓ ANTECEDENTES DE DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA O SIGNOS DE DESPRENDIMIENTO
- ✓ PREECLAMPSIA GRAVE/ SINDROME DE HELLP
- ✓ ISOINMUNICACION RH
- ✓ OLIGOAMNIOS SEVERO

# Contraindicaciones VCE

## **RELATIVAS**

CARDIOPATIA MATERNA  
BOLSA AMNIOTICA ROTA  
FASE ACTIVA DE PARTO  
MALFORMACION FETAL GRAVE  
2 CESAREAS ANTERIORES  
ALTERACIONES DE LA COAGULACION

# PARTO INSTRUMENTAL

☐ **VENTOSA**

☐ **FORCEPS**

☐ **ESPATULA**

☐ **CESAREAS**

# Ventosa obstétrica. Vacuoextractor

- Ventosa extractora o vacuum
- Sistema extracción fetal instrumental , se basa en la aplicación de una cazoleta sobre cabeza fetal conectada a un sistema de vacío y dispositivo de tracción. Aplicación presión negativa + tracción se acelera el mecanismo fisiológico del parto normal.
- Procedimiento instrumental que mejor lo reproduce.
- Flexión y tracción, permite la rotación de la cabeza. Presión máxima 0.7-0.8 Kg/cm<sup>2</sup>.
- Capacidad para dilatar se puede aplicar sin D.C. Ojo : riesgo/ beneficio
- Tipos metálicas , elásticas
- Diámetros 3-6 cm
- Condición uso III plano hodge. 6-8 tracc. 2 derrap.
- Método recomendado como 1ª opción cuando esté recomendado un parto asistido.
- Desarrollar programas de entrenamiento si no existe experiencia adecuada en su uso ( EAPN SNS) evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología y respetar tiempos de duración del periodo de expulsivo



# Contraindicaciones ventosa

Absolutas	Relativas
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Desproporción pélvico-cefálica</li><li>○ Presentaciones fetales anómalas</li><li>○ Sufrimiento fetal agudo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Presentación occipitoposterior</li><li>○ Presentación transversa baja</li><li>○ Prematuridad &lt;34 S.G. peso 2000 gr.</li><li>○ Sospecha alteración coagulación fetal</li><li>○ Macrosomia fetal</li><li>○ Antecedentes de traumatismo en cuero cabelludo( tomas ph, electrodos)</li></ul>

Morbilidad materna	Morbilidad fetal
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Menor numero respecto al fórceps,</li><li>○ no elemento rotador y traccionar de forma sincrónica con la contracción .</li><li>○ Complicaciones similares a las que se producen parto espontaneo canal del parto, esfínter anal, suelo pélvico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Caput</li><li>○ lesiones extra craneanas</li><li>○ Fracturas</li><li>○ Cefalohematoma</li><li>○ Hematoma subaponeurotico</li><li>○ Hemorragia intracraneal</li><li>○ Hemorragia retiniana</li></ul>

# partos instrumentados. FORCEPS

- Ø Chamberlain. Instrumento quirúrgico para la extracción de un feto vivo, vía vaginal como abdominal.
- Ø 2 ramas que se cruzan: mango, articulación y cuchara.
- Ø **Funciones** **Prensión, tracción, rotación.**
- Ø Actúa como palanca
- Ø ACOG dividió la pelvis 10 estaciones.  
0. altura de las espinas ciáticas

## Tipos

- Ø Clasicos : partos de aplicación baja.  
Simpson, Negele, Elliot, De Lee.
- Ø Tracción Axial . Parecido a los anteriores pero presentan elemento tractor. Tarnier, Demelin, de Wees, Good.
- Ø Especiales Kjelland : presentaciones enclavadas en transversa, posteriores, presentaciones cara.  
Permite corregir asinclitismo.
- Ø Piper extracción cabeza fetal en nalgas

# FORCEPS. CONDICIONES

## MATERNAS

Dilatación cervical completa

Amniorrhexis

Verificar resistencia del canal blando

Vejiga y rectos vacíos

Anestesia adecuada

## • FETALES

- ✓ Presentación encajada y conocimiento de la posición fetal
- ✓ Ausencia de malformaciones cefálicas fetales grave
- ✓ Conocer edad gestacional

# Indicaciones fórceps

**F. Necesarios.** Procedimiento necesario y urgente ante un compromiso materno fetal durante el trabajo de parto

**F. Profiláctico.** Se conocen de antemano y no son urgente. Ante complicaciones materno-fetales que pueden beneficiarse de la reducción del periodo expulsivo

**F. Electivo .** A criterio exclusivo del obstetra. (docentes)

# INDICACIONES DE FORCEPS

## MATERNA

Patología médica u obstétrica que contraindique pujos.

Miopía magna, retinopatía.  
Patología cardiopulmonar,, cerebrovascular, neurológica o muscular. Eventración post quirúrgica

Expulsivo prolongado

Ausencia de colaboración o agotamiento materno  
Dinámica uterina inadecuada  
Analgesia excesiva  
Marcada resistencia del periné e introito vaginal

Necesidad de acortar el periodo expulsivo

Preeclampsia, Eclampsia, fiebre intraparto

## FETALES

SPBF  
Distocia de Rotación.  
Expulsivo prolongado

Extracción cabeza fetal en la cesárea  
Extracción de la cabeza ultima en parto de nalgas

# FORCEPS. MORBILIDAD MATERNA

LESIONES CANAL  
DEL PARTO

HEMORRAGIAS

LESIONES  
VESICO-  
URETRALES

LESIONES OSEAS

LESIONES  
NERVIOSAS

SOBREINFECCION

TRAUMATISMO  
ESFINTER ANAL

**FETAL**

TRAUMATISMO CUTANEO,  
OSTEOCARTILAGINOSO  
NEUROLOGICO

# FACTORES QUE CONTRIBUYEN MORBILIDAD FETAL

- **Aplicación incorrecta del fórceps**

DX erróneo presentación, articulación ramas inapropiadas, presas asimétricas

- **Excesiva fuerza de la extracción.**

mala técnica/ dominio del instrumento, posición elevada de la presentación en el canal del parto

- **Derrapaje de las ramas sobre la presentación.**

Frecuente en asinclitismo, necesidad de rotar > 45 grados, presentaciones altas

- **Empleo de un fórceps poco adecuado**

# ESPÁTULAS

- Thierry de Raven. 1950.
- Ramas independientes y simétricas , no se articulan si están fenestradas.
- Partes : Empuñadura, mango, cuchara
- Curvatura facial, por lo que no ejerce presión sobre la cabeza
- Palanca de 1er. Genero, para extraer cabeza fetal.
- Actúa por empuje o pulsión.
- **Condición obligada para su uso cabeza encajada**
- **Usar de forma preferente en prematuros**
- No usar como primera opción en los casos que precisan grandes rotaciones.
- Morbilidad fetal. Hematomas, erosiones superficiales, % bajo parálisis facial, plexo braquial



Diferencias	fórceps	espátulas
Ramas	Articulada La mayoría fenestrada	Independiente No fenestrada
Curvatura cefálica	Acentuada para hacer presa en cráneo y cara	Mínima, contacta con cara en porción distal
Mecanismo de acción	Palanca 3 genero  Prensión, tracción y rotación.  Potencia entre resistencia( cara , cráneo fetal) punto de apoyo articulación Duplica fuerza y complicaciones Rotacion y descenso por tracción con tendencia a la deflexión.	Palanca primer genero  Pulsión.  Potencia situada empuñadura  No se duplican las fuerzas Descenso libre por propulsión desde arriba con separacion espacios que impiden
Fuerza	> Fuerza > presión cabeza fetal	> Fuerza > dilatación del canal blando del parto

# CESÁREA

- Intervención obstétrica a través de la cual se extrae al feto y la placenta a través de una incisión realizada en la pared abdominal ( laparotomía) y otra en el útero ( histerotomía)
- OMS 1985 criterio de calidad tasas de cesáreas en torno al 15 %. España por encima de eso valores

En función parto	Electiva o programada /intraparto
En función urgencia	Urgente / no urgente
En función de la técnica	Corporal/ segmentaria ( longitudinal, transversa )

# Indicaciones + frecuentes cesáreas

- Distocia
- SPBF
- Cesárea Anterior
- Presentaciones podálicas
- Otras



+

Frecuencia

-

## TIPOS INCISIÓN

- LAPAROTOMIA MEDIA INFRAUMBILICAL
- **INCISIÓN TRANVERSA Pfannenstiel**

Inclinada hacia DLI durante 10-15 mt. Antes cirugía

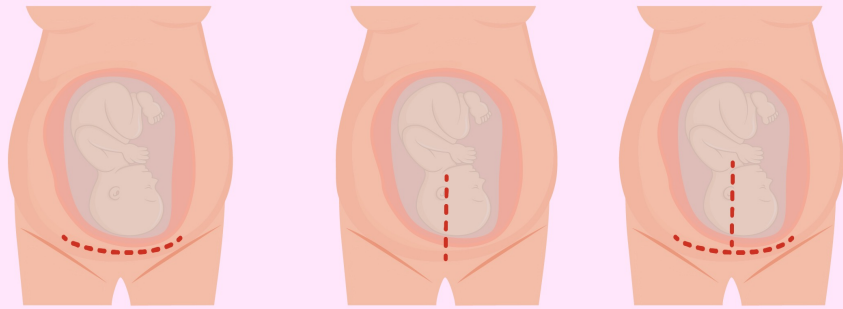
Técnica

1. Incisión abdominal y separación peritoneo.
2. Histerotomía + utilizada a nivel del segmento uterino

Tipo incisión determinado por

- Urgencia intervención
- Técnica quirúrgica prevista
- Características físicas de la paciente
- Cicatrices abdominales previas
- Preferencias cirujano

# HISTEROTOMIA



Incisión  
horizontal

Incisión  
vertical

Incisión en  
forma de T

- **INCISIÓN SEGMENTARIA TRANVERSA.**
- Menor riesgo de rotura en embarazo posteriores, menor pérdida sanguínea, menor formación adherencias posteriores
- Desventaja difícil ampliar si es suficiente para la extracción fetal. Puede desgarrar ángulos de la incisión y vasos uterinos.
- Si insuficiente histerotomía longitudinal

- **INCISIÓN SEGMENTARIA VERTICAL**

- Util en casos que la S. Transversa es insuficiente para extracción fetal ( grandes prematuros, presentaciones nalgas)
- Abordaje del segmento inferior puede ser complicado ( miomas, adherencia, inserción placentaria baja)

- **INCISIÓN CORPORAL**

- **Cesárea corporal o incisión uterina clásica.**  
cara anterior del útero siguiendo longitudinal la línea media.

Contraindicación parto vaginal por riesgo aumentado de rotura uterina

# CESAREA

- **Extracción fetal** para evitar desgarros uterinos.
- Si dificultad utilizar valva sellheim o fórceps
- **Alumbramiento** manual ( mayor perdida hemática, morbilidad infecciosa
- Alumbramiento Espontaneo presionando fondo uterino
- **Cierre incisión uterina**

Sutura continua o puntos sueltos en 1 o 2 capas.

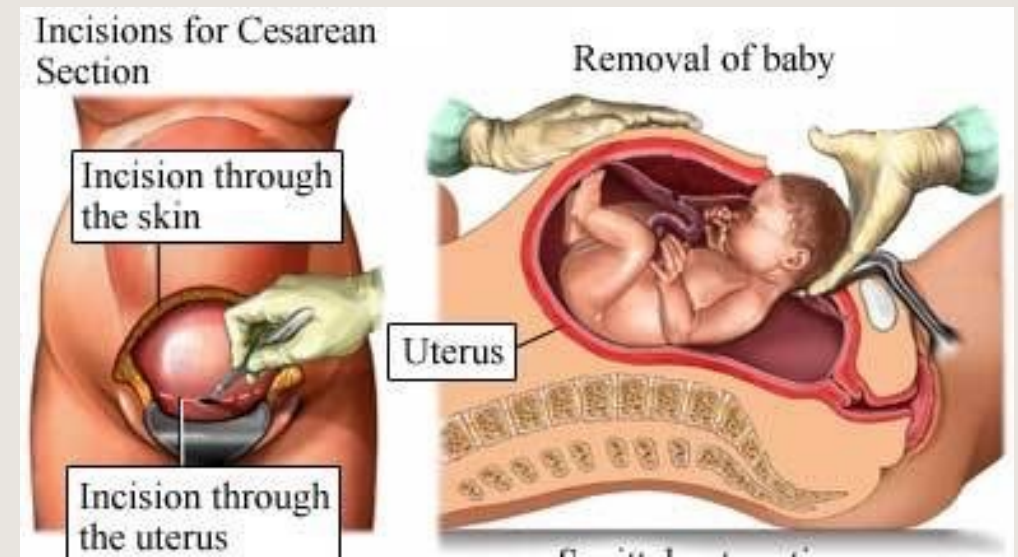
No incluir la mucosa uterina

## Cierre peritoneo visceral y parietal

sin cerrar se reduce el tiempo quirúrgico y morbilidad a corto plazo.

## Cierre pared abdominal

Correcta hemostasia, maniobras certeras y no impetuosas, incisión uterina pertinente, extracción fetal adecuada, revisión incisión y cavidad antes cierre.



# Cesárea morbilidad

## Fetal

- Síndrome de distres respiratorio
- Corte accidental bisturí
- Precipitación en la practica de la cesárea con aumento de la prematuridad

## Materna

- Complicaciones infecciosas endometritis .
- Sin tto Atbs 20 %, con tto 5%.
- Hemorragia incisión uterina y lecho placentario.
- Disminuye administración oxitocina y cierre precoz incisión. Transfusiones 6-11 %.

# Morbilidad materna asociada a la cesárea

Complicaciones intraoperatorias	Hemorrágicas	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Desgarros uterinos</li><li>✓ Desgarros vaginales</li><li>✓ Lesiones vasos uterinos</li><li>✓ Atonía uterina</li><li>✓ Anomalías placentación</li></ul>
	Lesiones viscerales	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Tracto urinario</li><li>✓ Intestino</li></ul>
Complicaciones postoperatoria	Infecciones	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Endometritis</li><li>✓ Cicatriz y pared abdominal</li><li>✓ Tracto urinario</li></ul>
	Enfermedad tromboembolica	

# Actividades de la matrona

## ➤ Durante embarazo.

AP explicar procedimiento, tipos anestesia, analgesia. Complicaciones y cuidados post operatorio.

## ➤ Contexto trabajo de parto .

dar Información, Vía Venosa, hidratación IV, Sondaje vesical, colaborar con anestesia S. protocolo.

## ➤ Durante procedimiento

asegurar correcta preparación de la zona, comprobar que la mujer esta DS con inclinación 10-15 ° izquierda. Recibir al RN y trasladarlo a la cuna térmica para su reanimación.

Recogida placenta, revisión , toma de muestra gases y grupo sanguíneo del cordón umbilical. Identificación RN, contacto piel con piel con la madre según protocolos en cesárea.

**Acompañamiento, Registrar todas actividades**



# DISTOCIA DE HOMBROS

DEF.. **SEGO 2015** “deteccion del parto espontaneo por el impacto del hombro anterior contra la sinfisis del pubis o mas raramente del hombro posterior contra el promontorio sacro que requiere de maniobras especiales para poder desprender los hombros despues del fracaso de aplicar traccion de la cabeza fetal hacia abajo. Situacion en la que existe un lapso de tiempo entre el parto de cabeza y el tronco superior a 60 segundos. Frecuencia 0,2-3 % de los partos.

## **Segun hombro impactado**

Anterior ( + frecuente) posterior y bilateral + grave . Pero excepcional

## **Complicacion poco frecuente pero grave .**

### Ocasiona lesiones en el niño :

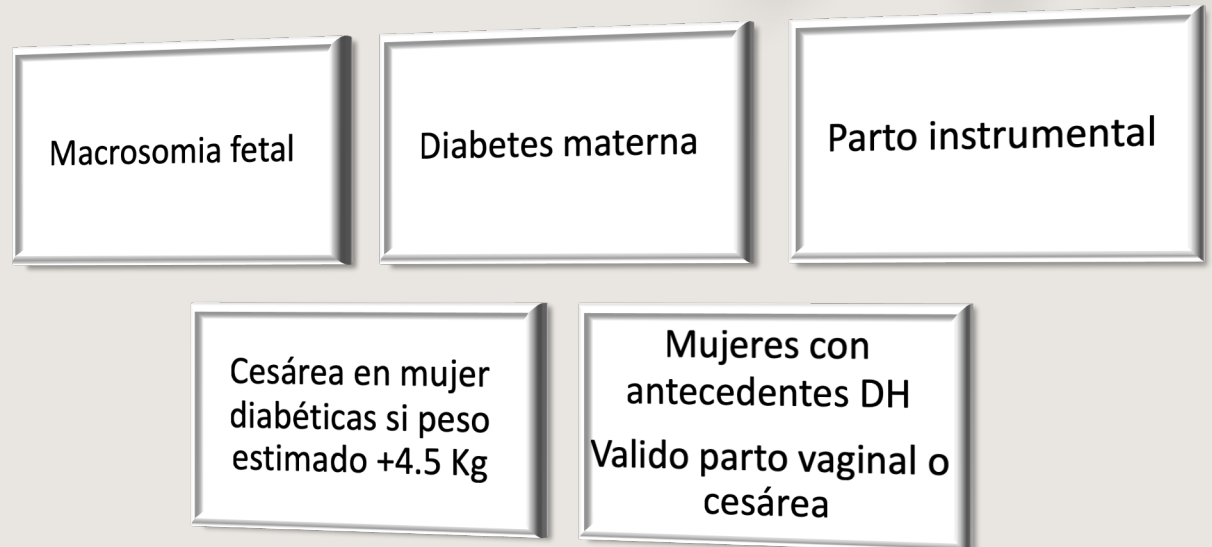
- Asfixia
- FX clavícula o humero
- lesiones plexo braquial ( 2,3-16 %)

### Madre

Mayor morbilidad por desgarros vaginales

Rotura uterina

Atonia uterina en el alumbramiento



# Actuación distocia de hombros

Signo de la tortuga  
Buscar ayuda  
Presencia equipo obstétrico  
Anotar hora de salida de la cabeza  
contabilizar los minutos hasta salida de hombros.  
Valorar realizar episiotomía.  
Evitar el pujo materno descontrolado.  
No Kristeller ni clampar el cordón.  
Limpiar boca y nariz del neonato  
Maniobras dirigidas a liberar hombro anterior

MANIOBRAS PRIMER NIVEL  
Mac Roberts  
Presión supra púbica  
Maniobra Mazzanti  
Maniobra rubín I  
Maniobra de Gaskin ( 83 %)

## Maniobras 2 º Nivel

**Destornillador de Wood.**

**Maniobra Rubin II**

**Maniobra Jacquemier-barnum**

# Fiebre intraparto

**Tª = o superior a 38º, en 2 tomas separada por 4h.**

**Persistente a pesar del uso antitérmicos que sucede durante el parto o las 1ª 24h.**

Puede provocar en el neonato hipertermia ( taquicardia Fetal)

- Ventilación asistida
- RCP
- Sepsis.

## CAUSAS

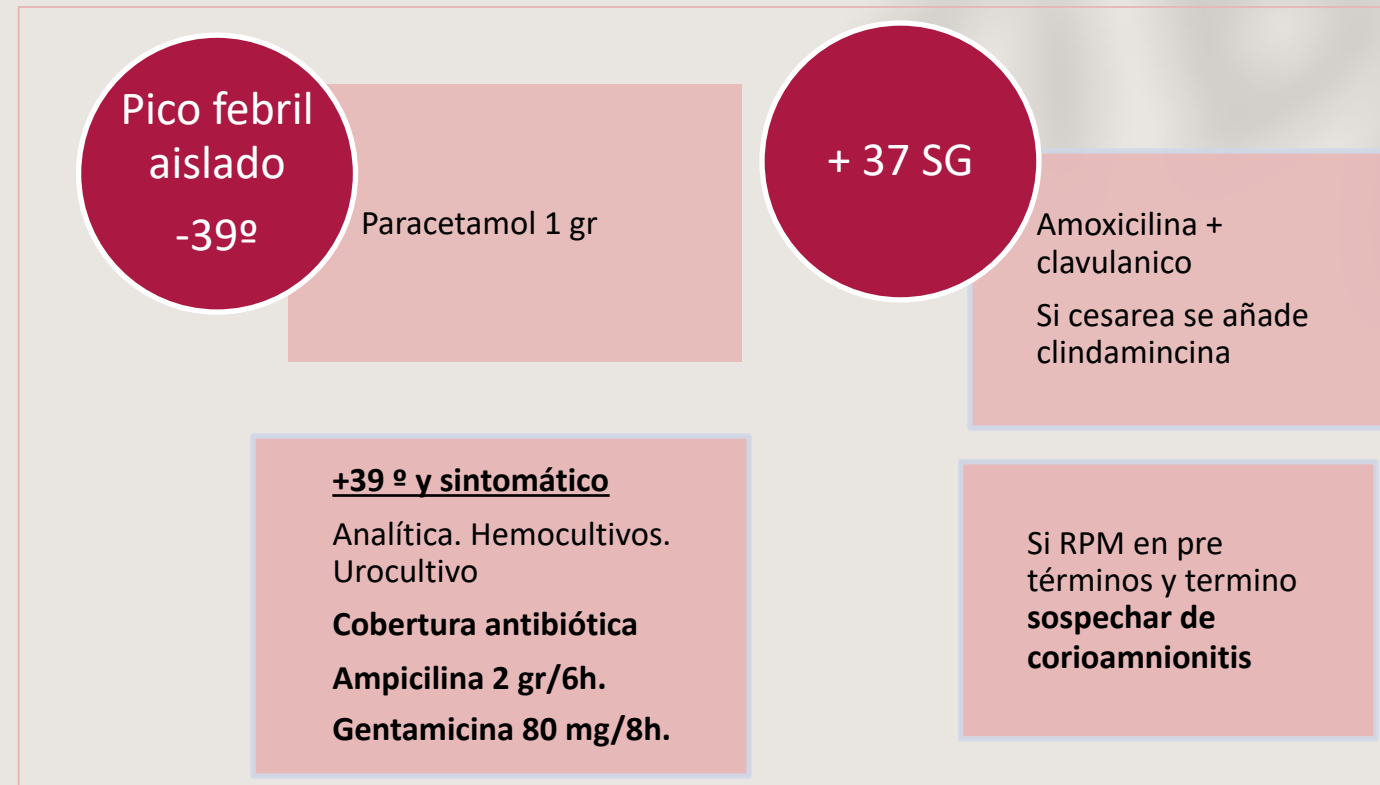
- no infecciosas analgesia epidural.
- Infecciosas ( víricas o bacterianas)

## FACTORES DE RIESGO

- Nuliparidad
- EGB+
- RPM
- Parto prolongado, exploraciones múltiples
- Cuadro materno infeccioso preexistente

## DX

- Identificación F.R
- Toma de constantes
- Descartar otros focos
- Valoración RCTG
- Características de L.A



# Conducta Obstétrica en fiebre intraparto

- ❑ Parto vaginal si buena evolución + cobertura antibiótica
- ❑ Cesárea o P. Instrumental si persiste fiebre a pesar de tto antibiótico y antitérmico.
- ❑ Si alteración FCF . PH calota fetal para valorar bienestar fetal
- ❑ Si parto pretermino cultivo placenta: cara fetal+ cara materna+ estudio de placenta anatomía patológica
- ❑ Mantener tto antibiótico hasta 48 h afebril posparto + mejoría o normalización de los niveles de PCR + hemograma

