

PUERPERIO NORMAL

ASPECTOS GENERALES
MODIFICACIONES DEL TRACTO
GENITAL
 Infertilidad postparto
 Infertilidad y lactancia
MODIFICACIONES DEL TRACTO
URINARIO
MODIFICACIONES DE LA GLÁNDULA
MAMARIA
CUIDADOS GENERALES
ANTICONCEPCIÓN
CONCLUSIONES
REFERENCIAS

ASPECTOS GENERALES

Se define como puerperio al período que se extiende desde el nacimiento del feto y la expulsión de la placenta y sus membranas, hasta la regresión total de las modificaciones inducidas por la gestación. Durante este período, que dura unas 6 semanas, los órganos genitales sufren un proceso de regresión al estado normal aunque no igual al que existía antes del parto. El puerperio puede ser precoz, que incluye las primeras 24 horas de postparto o tardío, que va desde de 24 horas hasta los 40 días (Nugent, 1996).

MODIFICACIONES DEL TRACTO GENITAL

La involución de los genitales comienza una vez expulsada la placenta. El útero sufre los cambios más importantes (fig. 14-1), porque pasa de un peso aproximado de 1 000 g, inmediatamente después del parto, a 500 g a la semana, 300 g a los 15 días y 100 g al mes. De una altura de 36 cm, pasa a 12 cm después del parto y al comienzo de la segunda semana desciende hacia la pelvis verdadera y no se puede palpar por encima del pubis. El tamaño normal lo alcanza unas 4 a 6 semanas luego del parto, aunque siempre será mayor que el que tenía antes. Se estima que la disminución del tamaño del útero depende de la disminución del tamaño celular, más que del número de células presentes.

El cuello, permeable a dos dedos en los primeros días, involuciona de tal manera que al final de la primera semana escasamente permite el paso de un dedo; sin embargo, nunca alcanza su estado preparto porque el orificio externo permanece rasgado transversalmente (fig. 14-2).

La vagina también involuciona sin llegar a recuperar la resistencia a la distensión propia de las mujeres nulíparas. Las rugosidades vaginales aparecen en la tercera semana luego del parto y del himen sólo quedan las llamadas "carúnculas himeneales o mirtiformes".

En las primeras 24-48 horas luego del parto la mujer, sobre todo multípara, se queja de dolores cólicos en hipogastrio llamados "entuerros", producto de las contracciones espasmódicas del útero para evitar el sangrado y facilitar la expulsión de los restos hemáticos de su cavidad. Los entuerros aumentan durante el amantamiento por la liberación de oxitocina y disminuyen progresivamente, hasta desaparecer espontáneamente después de 48-72 horas postparto. En las primí-

paras usualmente no se presentan, a menos que haya habido sobredistensión uterina como en los casos de feto voluminoso, embarazo múltiple, hidramnios, o bien exista una retención de restos ovulares o de coágulos. Estos síntomas son fáciles de controlar con el uso de analgésicos, antiespasmódicos o combinaciones de los mismos.

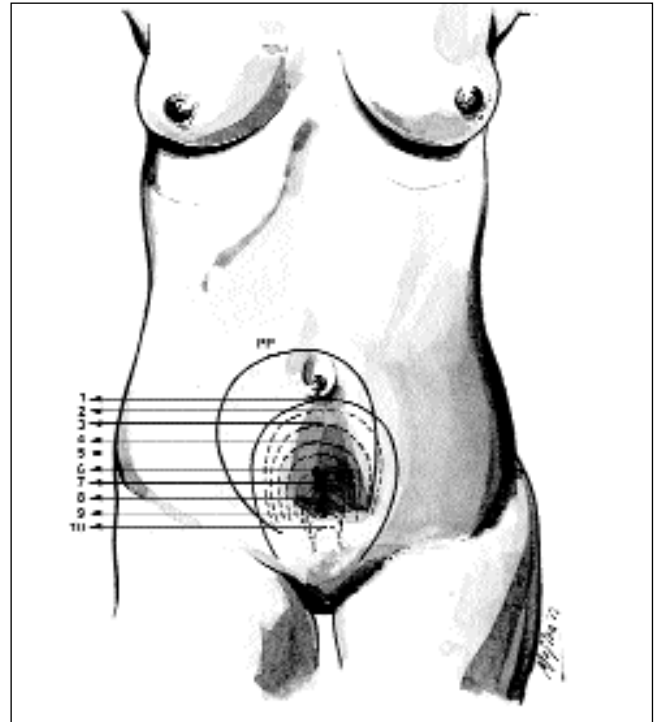


Figura 14-1. Involución uterina en el puerperio. PP: postparto. 1, 2, 3, etc.: días postparto.

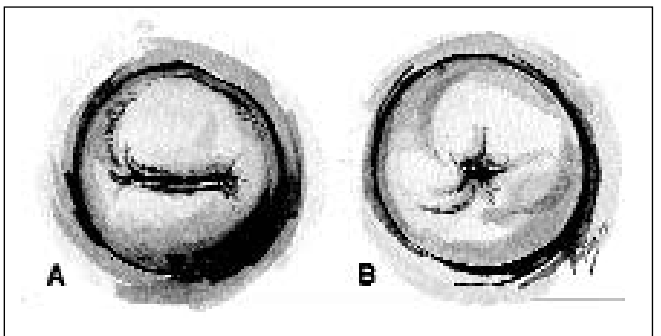


Figura 14-2. Diferencias entre el cuello de nulípara y el de la mujer que ha parido. A: cuello de multípara; B: cuello de nulípara, donde se aprecia la forma punteada del orificio externo.

La separación placentaria y de las membranas se realiza en la capa esponjosa de la decidua, de tal manera que la decidua basal y la esponjosa permanecen adheridas al útero. Esta última se necrosa y se expulsa

constituyendo los llamados "loquios", que en los primeros 3 días son sanguinolentos (loquia rubra), adquiere un aspecto más pálido entre el día 4 y 9 (loquia serosa) y un aspecto lechoso entre el día 10 y 14 (loquia alba). Microscópicamente los loquios consisten en eritrocitos, células epiteliales, trozos de decídua y bacterias diferentes a las contenidas en la vagina. La duración promedio de la expulsión de loquios es de 4 semanas, aunque la persistencia de loquios sanguinolentos por más de 2 semanas indica que puede haber retención de porciones placentarias y/o involución incompleta del sitio placentario. (Oppenheimer et al, 1986; Anderson and Davis, 1968).

La decidua basal permanece adherida a la cavidad uterina, adyacente al miometrio, y a partir de ella se forma el nuevo endometrio, el cual se regenera a partir de la proliferación de las glándulas endometriales y el estroma del tejido conectivo interglandular. El nuevo endometrio estará completo a partir de la tercera semana. En el sitio de inserción placentaria, la regeneración del endometrio es más lenta y tarda unas seis semanas. La menstruación puede aparecer en cualquier momento después de la tercera semana y lo usual es que ocurra entre la tercera y quinta semana postparto si la paciente no está amamantando. Con la lactancia hay grandes variaciones en la aparición de la menstruación; sin embargo, estudios recientes señalan que la menstruación en mujeres que dan exclusivamente lactancia aparece generalmente después de las 8 semanas del nacimiento (Visness et al, 1997).

Infertilidad postparto

Durante el embarazo, se suspende la producción hormonal cíclica del ovario debido a la elevación de los estrógenos y la progesterona producidas, primero, por el cuerpo lúteo y, luego, por la placenta. Estos esteroides producen una alteración en la secreción pulsátil de las hormonas liberadoras de gonadotropinas hipofisarias (GNRH) que lleva a una disminución de los niveles séricos de hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH) (Hodgen and Itskovitz, 1995).

Una vez que se produce el alumbramiento, se pierde el efecto inhibitorio de los estrógenos y la progesterona placentarias, se inicia de nuevo la secreción pulsátil de GNRH, y la FSH y la LH retornan a sus niveles normales (Gray et al, 1987). En la mujer que no da lactancia, estas hormonas retornan a su concentración normal entre la tercera y quinta semana postparto, momento en el que reaparece la menstruación en la mayoría de las mujeres.

A pesar de que la ovulación puede ocurrir a los 45 días del puerperio, aproximadamente dos tercios de las mujeres ovulan antes de la primera menstruación por lo que es recomendable realizar la primera visita postparto a las tres semanas del puerperio para iniciar la anticoncepción y evitar un nuevo embarazo no deseado (Campbell and Gray, 1993).

Existe una relación importante entre los niveles de prolactina sérica y el inicio del proceso ovulatorio. Durante el embarazo, se elevan los niveles de prolactina de 10 a 25 $\mu\text{g/ml}$ al comienzo, a 200 a 400 $\mu\text{g/ml}$ al final. Esta hiperprolactinemia puerperal se mantiene hasta la tercera-quinta semana en la mujer que no da lactancia y constituye uno de los factores más importantes de la inhibición de la ovulación. Por lo que las mujeres que reciben agonistas dopaminérgicos, como la bromocriptina, para inhibir la lactancia, ovulan y tienen la menstruación antes que las mujeres que no los reciben (Haartsen et al, 1992).

Infertilidad y lactancia

La lactancia extiende el período de amenorrea e inactividad ovárica, aumentando los niveles séricos de prolactina en respuesta al estímulo de succión en cada amamantada. Estos picos de hiperprolactinemia hacen que a la tercera semana del puerperio se encuentren niveles de FSH semejantes a los encontrados durante la fase folicular; mientras que los niveles de LH permanecen por debajo de lo normal. Esto ocurre al inhibirse la secreción pulsátil de GNRH por supresión de la función de las células del núcleo arcuato, en un mecanismo que se cree es mediado por la dopamina y los opioides endógenos.

Estudios experimentales sugieren que, además de su acción central, la hiperprolactinemia actúa en el ovario inhibiendo la producción de progesterona por las células de la granulosa. Además, se altera la relación testosterona-dihidrotestosterona, al disminuir el sustrato disponible para la aromatización de andrógenos en estrógenos, lo cual lleva a un aumento del ambiente antiestrogénico local. Esta acción impide el desarrollo folicular normal y disminuye la producción de estrógenos, lo que trae como consecuencia la sequedad vaginal y la dispareunia señalada por las mujeres que dan lactancia. En estos casos, se debe recomendar el uso de jaleas lubricantes hasta que la función ovárica y la producción de estrógenos vuelvan a la normalidad (Tay et al, 1992).

La duración de la amenorrea y la anovulación es más larga, mientras mayor sea el período de lactancia y menor el uso de suplementos de leche; sin embargo, la probabilidad de ovulación sin menstruación aumenta en la medida en que aumenta el tiempo y pasa de 33% a 45% durante los primeros tres meses, entre 64% y 71% durante los meses 4 y 12, y entre 87% y 100% después de los 12 meses. Cerca de la mitad de las ovulaciones que ocurren durante los primeros meses del puerperio presentan fases lúteas inadecuadas y, por tanto, defectos de implantación (Campbell and Gray, 1993; Lewis et al, 1991).

MODIFICACIONES DEL TRACTO URINARIO

El puerperio inmediato se acompaña de una diuresis marcada en la primera semana, con eliminación de los líquidos retenidos durante el embarazo. La orina puede tener glucosa y acetona sin significado patológico. En las primeras horas postparto, es frecuente la retención de orina debido al espasmo y edema del músculo pubocoxígeo el cual, en condiciones normales, se debe relajar para permitir el descenso de la vejiga. La retención también se puede deber a edema periuretral, sobre todo de la unión uretrovesical. Además, la sensación de vejiga llena y la capacidad de vaciarse espontáneamente puede estar disminuida por la anestesia o por lesiones dolorosas en el tracto genital como episiotomías extensas, hematomas o laceraciones. Debido a esto, la retención urinaria es una complicación que se puede presentar en el puerperio precoz y es más frecuente después de un parto instrumental o de anestesia epidural (Andolf et al, 1994).

La vejiga presenta un aumento de su capacidad durante el puerperio y posee una insensibilidad relativa a la presión de flujo intravesical, por lo que se debe vigilar que no ocurra sobredistensión, vaciado incompleto y orina residual excesiva. Estos factores, unidos a la bacteriuria en una vejiga traumática y una pelvis renal dilatada, crean condiciones óptimas para el desarrollo de infecciones del tracto urinario.

Se debe recomendar que la mujer orine espontáneamente en las primeras horas. Si la vejiga está muy distendida o han pasado 8 horas postparto se debe proceder a la cateterización con todas las normas de antisepsia; esto se repite a las 8 horas si es necesario y, de persistir, se recomienda la cateterización con sonda vesical permanente que se puede retirar a las 48-72 horas.

La incontinencia urinaria al esfuerzo, presente en algunos casos durante el embarazo, puede continuar en el puerperio hasta que los músculos perineales adquieran el tono normal. Sin embargo, la incontinencia puede aparecer como la primera manifestación de casos complicados con lesiones del cuello vesical, los cuales suelen tener buena evolución. La incontinencia no relacionada con el esfuerzo que aparece a partir de la primera semana puede ser debida a fístulas génito-uritarias.

MODIFICACIONES DE LA GLÁNDULA MAMARIA

Durante el embarazo, la glándula mamaria se encuentra bajo la influencia hormonal materna y fetal que desencadena transformaciones importantes que incluyen el aumento del tamaño de esta glándula y preparación para las funciones de secreción de leche. A partir del segundo trimestre, es posible apreciar la secreción de una sustancia amarillenta, que se hace más evidente en las primeras 48 horas postparto; esta sustancia, llamada "calostro", es importante en el paso de inmunoglobulinas al feto (ver cap.15).

Como se señaló anteriormente, durante los primeros días del puerperio se observan cambios hormonales desencadenados por la desaparición de la placenta que llevan a la caída de los niveles de estrógenos y progesterona y al aumento en los niveles séricos de prolactina. Esta última actúa a nivel de las células alveolares induciendo la síntesis de proteínas lácteas. La salida de la leche ocurre por contracción de las células mioepiteliales perialveolares, desencadenada por la estimulación de la oxitocina liberada por el arco reflejo de succión. Este efecto mantenido de la oxitocina, junto con los niveles aumentados de prolactina, favorece la lactancia los primeros meses de vida (HoYuen, 1988).

A partir del segundo día y antes del quinto, hay un aumento del tamaño de la glándula con cambio en el color de la secreción, aumento de la sensibilidad y, en los casos de distensión brusca, es posible observar elevación de la temperatura, generalmente, de 38 °C, que regresa a los valores normales a las 12 horas. El crecimiento exagerado de la glándula es usualmente molesto y se puede tratar con: expresión manual de la mama, aparatos para la extracción de la leche, sostén de maternidad y, en algunos casos, añadir oxitócicos. Durante la lactancia, hay que tener presente que algunas drogas tomadas por la madre son capaces de pasar al niño, aunque la mayoría no tienen efecto significativo a dosis terapéuticas (ver cap. 15).

Si la paciente no desea dar lactancia, se debe prevenir la bajada de la leche evitando el estímulo del pezón, se debe usar sostén en todo momento y administrar agonistas dopaminérgicos como la bromocriptina, a la dosis de 1 tableta 3 veces al día por 10 días, preferiblemente durante las comidas.

CUIDADOS GENERALES

Una vez completado el parto, la mujer se pasa a la sala de hospitalización donde se debe controlar los signos vitales 4 veces al día y es de esperar bradicardia moderada e hipotensión, sobre todo en el puerperio inmediato. En caso de alteraciones como hipertensión inducida por el embarazo, sangrado genital, etc. se debe tomar la presión sanguínea más frecuentemente.

La temperatura suele estar elevada en las primeras 24 horas, lo que se considera un evento normal en este período. Es debido al engrosamiento linfático y vascular de la glándula mamaria, por lo que se conoce como "fiebre de la leche". Después del parto complicado también se puede observar elevación en la temperatura corporal, aunque rara vez mayor de 38 °C. Esta elevación y los escalofríos, que se ven a veces en el puerperio inmediato se deben, en parte, a la absorción de pirógenos a través de los vasos uterinos abiertos, luego del alumbramiento. Esto puede también explicar la leucocitosis de hasta 30 000 cc con granulocitosis, linfopenia relativa y eosinopenia absoluta, que se puede presentar en este período. Sin embargo, la presencia de fiebre prolongada en el puerperio debe considerarse un signo de alarma y se debe descartar una infección, sobre todo del tracto génito-urinario.

En el puerperio inmediato los niveles de hemoglobina y hematocrito tienen poca fluctuación y, aproximadamente a la semana del parto, el volumen sanguíneo vuelve al estado pre-embarazo. El gasto cardíaco permanece elevado durante las primeras 48 horas de puerperio y retorna a la normalidad a los 15 días. Los factores de coagulación, el fibrinógeno y la velocidad de sedimentación globular permanecen elevados por una semana (Robson et al, 1987).

Se debe controlar el sangrado vaginal y palpar el fondo uterino, el cual debe estar contraído y a nivel infraumbilical, de esta manera se previenen hemorragias uterinas por atonía. Si se evidencia relajación uterina, se debe practicar un masaje a través de la pared abdominal hasta conseguir un buen tono uterino. Si se palpa el útero aumentado de tamaño, se debe sos-

pechar hemorragia uterina, aun sin evidencia externa de sangrado porque la sangre se puede estar acumulando en la cavidad uterina atónica.

Aparte de la pérdida de peso que ocurre durante el parto, de alrededor de 5 a 6 kg, el puerperio se acompaña de una pérdida adicional de 2 a 3 kg, principalmente por la diuresis exagerada como consecuencia de la hidratación parenteral y por el efecto anti-diurético de la oxitocina. La dieta debe ser completa, sin restricciones y las madres que van a amamantar deben incrementar la ingesta de leche o sus derivados. Se puede suministrar alimento y bebida 2 horas después de un parto vaginal.

El área genital se debe mantener cubierta con toallas sanitarias, y se debe practicar aseo perineal con soluciones jabonosas y antisépticas, por lo menos dos veces al día, sobre todo después de evacuar, con el cuidado de hacerlo de adelante hacia atrás (de vulva al ano), para evitar contaminación con heces. En las primeras horas, la aplicación de hielo local disminuye el edema y el dolor de la episiotomía, luego de 24 horas se debe sustituir por compresas de agua caliente para aliviar el dolor.

El uso de fajas no ha demostrado tener valor en la prevención de la flaccidez de la pared abdominal o de favorecer la involución uterina pero, en algunas mujeres, tiene un valor psicológico importante y no están contraindicadas. Los ejercicios suaves, con el fin de recuperar la figura, se pueden iniciar entre la segunda y tercera semana. Ejercicios más fuertes se pueden permitir sólo después de la primera visita postparto.

Se recomienda la deambulación precoz, luego de pasado el efecto anestésico, porque disminuye la incidencia de problemas vasculares de los miembros inferiores como trombosis venosa y embolismo pulmonar, el estreñimiento, la retención de orina y se acelera la recuperación del estado general. La deambulación debe ser asistida, para evitar traumatismos por la caída que puede ocurrir si se presenta un episodio de síncope, sobre todo cuando se utiliza anestesia peridural (Toglia and Weg, 1996).

El malestar general presente en el puerperio precoz como consecuencia del dolor de la zona perineal, entuertos, aumento del tamaño de las mamas, etc., pueden disminuir con la administración de analgésicos convencionales cada 4 a 6 horas. La falta de peristalsis intestinal es debida al enema preparto, no obstante se

puede presentar constipación sobre todo en ausencia de deambulación temprana o dieta completa.

La madre puede presentar cierto grado de depresión transitoria postparto que se analiza en el Capítulo 35. En la mayoría de los casos esta depresión cede espontáneamente y sólo requiere del diagnóstico y el apoyo del tocólogo y de los familiares. En caso de ser severo o prolongado se debe buscar la ayuda de un especialista para descartar síndromes depresivos patológicos.

El tiempo de estancia hospitalaria ha ido disminuyendo progresivamente, de entre 2 a 3 días en caso de parto normal, y 3 a 4 días en caso de cesáreas, a 24 horas para parto normal y 48 horas para cesárea; a menos que se presenten complicaciones. Algunos han recomendado un tiempo de estancia hospitalaria de hasta 6 horas, después de un parto normal, con el fin de disminuir los costos, sin señalar un aumento en la morbi-mortalidad (Rovner, 1995). Al dar de alta, el médico debe instruir a la mujer acerca del cuidado de los senos, periné, lactancia, actividad sexual, anticoncepción, etc.

La primera visita postparto debe ser a las 3 semanas para practicar examen físico completo, con énfasis en la esfera genital, cicatrización de la episiotomía, características del cuello e involución uterina, senos, etc. El inicio de las relaciones sexuales se puede hacer luego de las 2 primeras semanas de puerperio, pero es importante recordar que el puerperio, sobre todo sin lactancia, no protege contra el embarazo.

ANTICONCEPCIÓN

En la primera visita se deben discutir las alternativas anticonceptivas disponibles. En la mujer que da lactancia el uso del método de amenorrea de la lactancia le confiere una gran seguridad anticonceptiva. Es un método anticonceptivo temporal en el que se usa exclusivamente la lactancia para evitar la ovulación. Para usar correctamente este método, la mujer se debe mantener en amenorrea desde el parto, amamantar completa o casi completamente y no deben transcurrir más de seis meses después del parto. Cuando cambia alguno de estos criterios, la pareja debe comenzar a usar otro método anticonceptivo si desea prevenir el embarazo. Lactancia casi completa significa que, aproximadamente, 90% de la alimentación del bebé proviene de la lactancia materna y los intervalos entre una lactancia y otra no son superiores a 4-6 horas.

En caso de que no se cumpla la lactancia completa, la asociación con anticonceptivos de sólo progestágenos mantiene una eficacia cercana a 100%. Este representa el método hormonal de elección por el efecto beneficioso sobre la lactancia. También se puede utilizar los anticonceptivos parenterales de sólo progestágenos y los implantes subdérmicos inmediatamente después del parto, lo cual representa una ventaja en aquellos países con deficientes servicios de salud en los que la paciente no asiste a la consulta postnatal.

Los métodos anticonceptivos hormonales usados durante el puerperio, en la mujer que no da lactancia, son semejantes a los usados por el resto de las mujeres, aunque se debe tener siempre la precaución de usar los anticonceptivos orales combinados después de la segunda semana, para así evitar accidentes tromboembólicos y antes de la tercera o cuarta semana para evitar la ovulación.

El dispositivo intrauterino constituye una alternativa excelente y se puede insertar durante la cesárea, inmediatamente después del parto o en el primer control postnatal. Tiene la ventaja de que no interfiere con la lactancia y la inserción no es dolorosa, aunque existe un discreto aumento de la incidencia de expulsiones.

Al igual que en la mujer que no da lactancia, los métodos de barrera se pueden usar sin aumentar el riesgo de complicaciones ni disminuir su eficacia, aunque las barreras femeninas tienen limitaciones por las variaciones anatómicas producidas por el embarazo y el parto. Los métodos naturales no son recomendables porque la mujer puede iniciar la ovulación antes de la primera menstruación y los primeros ciclos son irregulares producto de una ovulación inconstante o de mala calidad.

CONCLUSIONES

El puerperio es el período que se inicia inmediatamente después del alumbramiento y culmina con la regresión de todos los órganos a su estado pre-embarazo. Durante este período los cambios más marcados ocurren en los órganos genitales, donde el útero vuelve a su posición y se expulsan los loquios. En la vulva y el periné ocurren procesos de cicatrización que pueden ser dolorosos. También existe una serie de alteraciones hormonales que impiden la ovulación hasta la tercera semana de puerperio, en las mujeres que no dan lactancia, y que persiste por más tiempo en las que la dan, sobre todo si se mantiene un esquema de lactancia completa o casi completa.

Las modificaciones en el tracto urinario favorecen la retención de orina, por lo que se debe estar alerta y tomar las medidas adecuadas para evitar las infecciones. También suceden una serie de modificaciones en las glándulas mamarias que las preparan para la lactancia y que pueden causar aumento de la temperatura.

Una vez que ha terminado el parto se deben vigilar los signos vitales, sangrado genital, tono uterino y cualquier signo de alarma que indique un estado patológico. El tiempo de estancia hospitalaria varía mucho de acuerdo a cada persona y al hospital en donde se atendió el parto, aunque el más aceptado es el de 24 horas para un parto normal y 48 horas para una cesárea.

La mujer antes de ser dada de alta, debe ser orientada acerca de la limpieza del área genital, la ingesta de medicamentos, relaciones sexuales, etc. Se recomienda el control a las tres semanas del puerperio para evaluar el área genital, el útero, las mamas y para iniciar algún método anticonceptivo. Los ideales son la pastilla o los inyectables de sólo progestágenos, los implantes subdérmicos y el dispositivo intrauterino.

REFERENCIAS

- Anderson WR, Davis J. Placental site involution. *Am J Obstet Gynecol* 1968; 102(1):23-33.
- Andolf E, Losif CS, Jorgensen C, Rysdhstrom H. Insidious urinary retention after vaginal delivery: prevalence and symptoms at follow-up in a population-based study. *Gynecol Obstet Invest* 1994; 35:51.
- Campbell OM, Gray RH. Characteristics and determinants of postpartum ovarian function in women in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169(1):55-60.
- Gray RH, Campbell OM, Zacur HA, Labbok MH, McRae SL. Postpartum return of ovarian activity in non-breastfeeding women monitored by urinary assays. *J Clin Endocrinol Metab* 1987; 64(4):645-50.
- Haartsen JE, Heineman MJ, Elings M, Evers JL, Lancranjan I. Resumption of pituitary and ovarian activity post-partum: endocrine and ultrasonic observations in bromocriptine-treated women. *Hum Reprod* 1992; 7(6):746-50.
- Hodgen GD, Itskovitz J. Recognition and maintenance of pregnancy. In: Knobil E, Neill JD, Ewinn LL, Grenwald GS, Markert GS, Pfaff DW, editors. *The physiology of reproduction*. New York: Raven Press, 1995.
- HoYuen B. Prolactin in human milk: the influence of nursing and the duration of postpartum lactation. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158(3 Pt 1):583-6.
- Lewis PR, Brown JB, Renfree MB, Short RV. The resumption of ovulation and menstruation in a well-nourished population of women breastfeeding for an extended period of time. *Fertil Steril* 1991; 55(3):529-36.
- Nugent CE. The puerperium. In: Sciarra JJ, editor. *Gynecology and Obstetrics*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.
- Oppenheimer LW, Sherriff EA, Goodman JD, Shah D, James CE. The duration of lochia. *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93(7):754-7.
- Robson SC, Dunlop W, Hunter S. Haemodynamic changes during the early puerperium. *Br Med J Clin Res Ed* 1987; 294(6579):1065.
- Rovner J. USA divides over early discharge of mother. *Lancet* 1995; 346:171.
- Tay CC, Glasier A, McNeilly AS. The 24 h pattern of pulsatile luteinizing hormone and prolactin release during the first 8 weeks of lactational amenorrhea in breast feeding women. *Hum Reprod* 1992; 7(7):951-8.
- Toglia MR, Weg JG. Venous thromboembolism during pregnancy. *N Engl J Med* 1996; 335(2):108-14.
- Visness CM, Kennedy KI, Ramos R. The duration and character of postpartum bleeding among breast-feeding women. *Obstet Gynecol* 1997; 89(2):159-63.

