

PUERPERIO

José Luis Granero Pardo
MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital
“ La Inmaculada “ de Huerca-Overa.
Marzo 2004.

PUERPERIO

CONCEPTO: “expulsión de la placenta, hasta un límite variable, generalmente seis semanas, en que ocurre la primera menstruación y vuelve a la normalidad el organismo femenino”. Se puede dividir:

- **Puerperio inmediato:** 24 horas. Incluye el puerperio postparto (2 primeras horas, vigilar hemorragias).
- **Puerperio precoz o propiamente dicho:** primera semana.
- **Puerperio tardío:** 40-45 días (retorno de la menstruación).
- **Puerperio alejado:** 45 días hasta un límite impreciso.

PUERPERIO NORMAL

PUERPERIO INMEDIATO.

- **Entuertos:** contracciones uterinas intermitentes.
- **Escalofríos.**

CONDUCTA.

- 1) **Vigilar la pérdida sanguínea:** dos primeras horas. No más de 400 cc en 24 h.
- 2) **Vigilar la formación del globo de seguridad de Pinard:** hemostasia uterina por retractilidad y contractilidad. El globo de seguridad se aprecia por la palpación abdominal. Tras la salida de la placenta , el fondo uterino queda a mitad de distancia sínfisis-ombiligo, pero al cabo del primer día sube casi a nivel del ombligo. Después irá bajando a razón de 1-2 cm/día hasta que tras los 10 días postparto se pierde tras la sínfisis del pubis. Tras la vigilancia de 2 horas en la sala de recuperación, pasará a planta.

Parto prolongado, atonía , hidramnios, gemelar, etc..→hemorragias importantes debiéndose limpiar el útero de coágulos mediante expresión del mismo, masaje y bolsa de hielo . Si continúa flácido administraremos uterotónicos (Methergin i.v más Purpuripán 1 amp i.m.) e incluso ocitócicos en perfusión i.v. (Ocitocina 20-30 UI en 500 cc de suero glucosalino). Evaluar TA, pulso y hematocrito.

- 3) **Vigilar pulso, Tª y TA.**

PUERPERIO PRECOZ.

- Primera semana postparto.
- Máxima involución genital, coincidiendo con la expulsión de loquios y la instauración de la lactancia.

CAMBIOS ENDOCRINOS

Actividad hormonal de la placenta → caída de gonadotropina corial, lactógeno placentario, estrógenos y progesterona.

- **Cesación de la acción trófica** sobre el aparato genital.
- **Cesación de la acción hormonal general** sobre el organismo: pérdida de Na y agua mediante diuresis y sudación.
- **Liberación de la actividad hipofisaria** y desbloqueo de la glándula mamaria, acción de la PRL sobre la secreción láctea y por tanto, **instauración de la lactancia**.

INVOLUCIÓN UTERINA Y REGENERACIÓN DEL ENDOMETRIO

ÚTERO: proceso de involución más rápido. Al finalizar el parto pesa 1 Kg, 20 cm de longitud, 12 cm de dimensiones laterales y 4-5 cm de espesor. Sus fibras musculares lisas se contraen, trombosan los vasos (mecanismo homeostático eficaz). A los 5 días pesa unos 500 gr (encima de pubis), a los 10 días unos 300gr (intrapélvico) y a los 15 días 80-100 gr, tiene unos 10 cm de longitud y 6-7 de ancho.

Palpación abdominal, desciende 1cm al día. El número de células no disminuye mucho, sino que lo hace el tamaño.

DECIDUA: 2 capas. La superficial se vuelve necrótica (loquios), mientras que la adyacente al miometrio (base de regeneración del nuevo endometrio).

VASOS: embarazo → agrandamiento de venas y arterias importante. En puerperio → se obliteran por cambios hialinos, volviendo a su tamaño.

REGENERACIÓN: es rápida (1 semana o diez días), excepto en el lugar donde asentaba la placenta (zona más delgada → 6 semanas). Tras parto como palma de mano (vasos trombosados → trombo) y al final de la 2ª semana 3-4 cm. Cuando es deficiente → hemorragia puerperal tardía. Reacción leucocitaria en endometrio (fisiológica) → no confundir con endometritis franca.

CAMBIOS EN EL SEGMENTO UTERINO INFERIOR, CUELLO, VAGINA Y VULVA.

-El cuello y el segmento uterino inferior quedan colapsados y flojos.

-OCE: desgarros laterales. A medida que se estrecha, el cuello se engruesa y se vuelve a formar el canal cervical. No aspecto pregrávido, algo más ancho y depresiones laterales permanentes (multiparidad). Alargado en sentido transversal y no puntiforme (labio anterior y posterior). Se forma en 4ª semana. OCI 2ª semana.

-Segmento uterino inferior: pocas semanas pasa de una estructura manifiesta (cabeza fetal a término) a constituir un istmo uterino apenas detectable.

-Vulva y vagina: paredes lisas en primera parte del puerperio que va disminuyendo de tamaño aunque jamás vuelve a la condición de nulíparas (3 semanas). Atofia de mucosa en la lactancia.

-Himen: se reduce a varios pequeños fragmentos de tejido que con la cicatrización se transforman en las carúnculas mirtiformes.

-Periné: firmeza definitiva no antes de los 2 meses.

PERITONEO Y PARED ABDOMINAL.

- Paredes abdominales → blandas y flácidas por ruptura de fibras elásticas y distensión prolongada. La vuelta a la normalidad requiere varias semanas. Ejercicio ayuda.
- Ligamentos ancho y redondo: más laxos, necesitan tiempo para recuperarse.
- Estrías: pasan de rosadas a brillantes y nacaradas.

TRACTO URINARIO.

-Vejiga puerperal: capacidad aumentada y relativa insensibilidad a la presión del líquido intravesical. Vigilar la hiperdistensión, vaciamiento incompleto y orina residual. Contribuyen al trastorno → efecto inhibitorio de la anestesia y la alteración temporal de la función nerviosa de la vejiga

La orina residual y la bacteriuria en una vejiga traumatizada, junto con la pelvis renal y los uréteres dilatados → condiciones óptimas para una ITU.

La cistitis perturbará la involución uterina → si no ha orinado, se aconseja el cateterismo vesical a las pocas horas del parto y cuantas veces sea necesario. Se previenen mayor parte de problemas urinarios.

Los uréteres y la pelvis renal dilatada → dimensiones normales entre 2-8 semanas.

Incontinencia tras parto → duración de 2ª etapa de trabajo de parto, circunferencia de cabeza de RN, peso al nacer y episiotomía.

-Diuresis aumentada → tasa de filtración glomerular aumentada durante la primera semana y mayor volumen de sangre circulante (3 litros/día , durante 4-5 primeros días). Después normalidad.

-Proteinuria residual: 50% de mujeres, 1-2 días tras parto.

LACTANCIA.

Getación → proliferación por los estrógenos, prostaglandinas y lactógeno placentario.

CALOSTRO Y LECHE: amarillento, más proteínas que la leche (globulinas), más minerales y menos azúcares y grasas. Continúa 5 días y se va transformando en leche. Gran cantidad de IgA, complemento, macrófagos, linfocitos, lactoferrina, lactoperoxidasa y lisocima. Corpúsculos de calostro (grandes glóbulos de grasa).

Leche definitiva : proteínas (alfa-lacto-albúmina. Beta-lacto-albúmina y caseína), lactosa, agua y grasa. La leche es isotónica con el plasma, lactosa representa la mitad de la P osmótica. Los Aa esenciales se extraen de la sangre y los no esenciales derivan de la sangre y de la glándula mamaria. Produce 600 ml/día.

Contiene todas las vitaminas excepto la K (RN tras parto para prevenir enfermedad hemorrágica del RN) y baja concentración de hierro (fórmulas suplementarias).

ENDOCRINOLOGÍA DE LA LACTANCIA: brusca e intensa disminución de los niveles de PG y estrógenos, elimina la influencia inhibitoria de la PG sobre la producción de alfa-lactoalbúmina por RE rugoso → iniciar la lactancia.

-La intensidad y duración de la lactancia son controlados en gran parte por el estímulo repetitivo de la lactación y la prolactina. Necrosis hipofisaria o enfermedad de Sheehan no manifiestan periodos de lactancia.

-Amamantar → eleva los niveles de PRL (suprime la PIF). Por otro lado la neurohipófisis secreta oxitocina que estimula la expresión de leche.

-La eyección o bajada de la leche es un reflejo que se inicia sobre todo por la succión, que estimula la neurohipófisis para liberar oxitocina. Puede ser provocada solamente por el llanto del niño o inhibida por el temor y el estrés.

AMAMANTAMIENTO:

- Acelera involución uterina por el estímulo de la oxitocina que estimula el miometrio.
- Facilita la unión psicológica, la autoestima de la mujer en su papel de madre.
- Ahorra dinero.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario.
- IgA secretora es importante en la defensa antimicrobiana de las mucosas, mediante la prevención de la adherencia bacteriana a las superficies de las células epiteliales. También los linfocitos T y B.
- Es importante desde el punto de vista alimenticio-nutritivo y protector-defensivo.
- Estudios demuestran mayor inteligencia en niños amamantados con leche materna si se evalúan al año.

CLÍNICA DEL PUERPERIO.

1) PULSO Y T^a

- PULSO: lento, raramente menor de 60 lpm. El corazón hipertrofiado durante el embarazo tiene mayor volumen minuto. Si > 100 lpm → gran pérdida sanguínea o una infección.
- T^a: primeras 24 h, frecuente entre 37,5-38 °C, los vasos uterinos quedan abiertos y penetran restos de membrana, líquidos, etc. → microembolias → escalofríos. A los 3-4 días es frecuente una segunda subida de T^a de 37,5-38 °C coincidiendo con la subida de la leche. Se atribuía a la tumefacción mamaria, llamada fiebre de la leche, que se consideraba fisiológica (gérmenes que colonizan el útero pasen sus toxinas a la sangre), nunca se prolonga más de 24h. Cualquier elevación de T^a en el puerperio indica una infección, que probablemente se encuentre en tracto genitourinario. Infección puerperal → dos días sucesivos es > o = a 38 °C, careciendo de importancia una elevación aislada.

2) ENTUERTOS

- Primíparas: útero contraído tónicamente, a no ser que queden restos.
- Múltiparas: se contrae y relaja de modo intenso a intervalos regulares, contracciones dolorosas conocidas como entuertos (analgesia). Aumentan con la succión (ocitocina), van disminuyendo de intensidad y se hacen más leves al 3-4º día.

3) LOQUIOS

Son las secreciones procedentes de la cavidad uterina (hematíes, restos de decidua, células epiteliales y bacterias...). Cronológicamente se dividen:

Loquios rojos o “loquia rubra”: 2-3 primeros días (hematíes, vernix, lanugo, restos de membranas).

Loquios marrones o “loquia fusca”: 4-5 días siguientes (hematíes, leucocitos, células deciduales y exudado rico en proteínas).

Loquios amarillos o “loquia flava”: 3-4 días siguientes (piocitos).

Loquios blancos o “loquia alba”: hasta el día 20, serosidad blanquecina.

Es frecuente loquios rojos durante 14-15 días, así como al levantarse al 4-5º día se produzca recrudescencia de los loquios rojos (partillo de los tocólogos franceses)

- Cantidad: 225 gr, siendo menor en la mayoría. La máxima eliminación entre las 17-90 horas postparto, caída de estrógenos.
- Si olor rojizo > 2 semanas → retención de restos de placenta, una involución imperfecta de la región placentaria o ambos.

SANGRE

- Leucocitos a veces llegan a 30000 (sobre todo granulocitos).
- Linfopenia relativa y eosinopenia absoluta.
- Descenso de Hb y Hto por debajo del nivel observado antes del parto o durante, indica una gran pérdida. Una semana después del parto cifras anteriores a la gravidez.
- El aumento del fibrinógeno y VSG (primera semana).

ORINA

- Entre el 2º-5º día se registra una diuresis regular.
- En un embarazo normal se produce un aumento del agua extracelular.
- La diuresis puerperal → inversión del proceso al desaparecer los estímulos (hiperestronismo y aumento de la PV en la parte inferior del cuerpo)

PÉRDIDA DE PESO

- Disminución de 5 kg: por evacuación del contenido del útero.
- 4 kg en puerperio por la excreción de líquido acumulado: primera semana 2 litros de agua y en las cinco semanas siguientes 1,5 litros, la mayoría procedentes del espacio extracelular
- Factores que aumentan la pérdida de peso→ peso aumentado durante el embarazo, primípara, retorno temprano al trabajo y fumar.
- La caída de PG libera la inhibición impuesta a la aldosterona.

ASISTENCIA EN EL PUERPERIO.

Se debe realizar al menos una visita al día y vigilar:

- **Constantes:** pulso, T^a y TA. En la 1^a hora, cada 15 minutos
- **Involución de las heridas:** episiotomía (dehiscencias, hematomas y signos de infección) y heridas del canal del parto.
 - Enfermería: 2 lavados/día con antiséptico desde la parte anterior a la posterior. Contraindicadas las irrigaciones vaginales y los baños de inmersión. Debe hacerlo enfermería y no la matrona. Calor húmedo con baños de asiento tibios.
- **Mamas y su excesiva ingurgitación:** puede ser indicación para sacar leche, poner bolsa de hielo y si no se desea lactar (evitar succión+ inhibidor de PRL).
 - Pezones: limpieza y preocupación contra las fisuras. Lavado de areolas con agua y jabón antes y después de lactar. Grietas (rágades)→gotitas de leche en el pezón y limpiar con agua tibia. Vaselina→última medida.
- **Involución uterina:** derivados de cornezuelo de centeno si retraso.
- **Cantidad y aspecto de los loquios**
- **Entuertos:** analgesia.
- **Diuresis:** si no presente (> 6-8 horas postparto)→ sondaje c/6 horas o sonda permanente.
- **Hábito intestinal:** 2-3 día laxante→enema.
- **Profilaxis tromboembólica:**
 - Correcto tratamiento de varices durante el embarazo.
 - Levantamiento precoz en puerperio, gimnasia y respiración profunda.
 - Más frecuente en pierna izquierda.
 - Anticoagulante profiláctico: predisposición, inmovilización, varices acentuadas, trombosis previas o fiebre puerperal.
- **Depresión:** transitoria. Acúmulo de diversos factores:
 - Reducción de tensión emocional.
 - Molestias del puerperio.
 - Cansancio.
 - Ansiedad (dudas de capacidad de cuidar al niño al dejar el hospital).
 - Temor de dejar de ser atractiva

Importante anticiparse al diagnóstico y dar confianza a la madre.

- **Otras**
 - Vendaje abdominal (innecesario).
 - Cinturón ordinario: si abdomen demasiado flácido o péndulo.

- Ejercicios: restablecen tono de pared y pueden realizarse en cualquier momento tras el parto vaginal y tan pronto como haya desaparecido la mayor parte del dolor tras cesárea.
- Bebidas y comidas: 2 horas tras parto, si no necesita anestésicos.
- Madre lactante: dieta rica en calorías y proteínas. Hierro durante el mes siguiente al parto.
- Inmunizaciones: D-negativa no inmunizada y niño D-positivo → 300 microgr de globulina inmune anti-D tras parto.

MOMENTO DEL ALTA, REAPARICIÓN DE LA MENSTRUACIÓN Y REVISIÓN POSTNATAL.

No más de 36-48 horas hospitalizada tras parto vaginal. Si cesárea no complicada, al 3-4º día. Al alta se recomienda:

- Instrucciones sobre los cambios fisiológicos y posibles complicaciones → INFORMACIÓN.
- **Ejercicios:** para más rápida y mejor involución, especialmente de los músculos abdominales.
 - *Flexiones de piernas.
 - *Levantamiento del tronco.
 - *Ejercicios de bicicleta en decúbito supino.
 - *Abrir piernas de la puérpera y otra persona se opone.
- **Lavados perineales:** 1-2 veces al día. A partir del primer día puede permitirse la ducha, pero no el baño de inmersión (hasta pasada la cuarentena, así como tampoco las relaciones sexuales).
- **Preparados vitamínicos ? y de hierro.**
- **Relaciones sexuales:** pasada la cuarentena. Aparición de dispareunia, que puede reducirse si se sutura la episiotomía con atención y también en relación con la hipotrofia vaginal de la lactancia (por disminuir estrógenos).
- **Menstruación:** 6-7 semanas tras parto si no existe lactancia. Si existe puede no reaparecer hasta que no deje de lactar, pero es variable (la ovulación es menos frecuente).
- **Seguimiento del RN:** alta precoz → RN a término, normal y estabilidad de constantes. Estudios de laboratorio normales (Coombs directo, B, Hb, Hto y glucosa, pruebas serológicas maternas para sífilis y VHB). Se debe poner primera dosis de VHB y realizar screenig de fenilcetonuria e hipotiroidismo.
- Realizar al llegar a casa la mayoría de las actividades habituales.
- Mayor parte de cuidados del RN deben corresponder a la madre ayudada del padre.

- **Control postnatal y exploración de la mujer a las 2-6 semanas postparto.** Algunos centros lo recomiendan a las 3 semanas y también consideran el momento adecuado para intentar métodos anticonceptivos.
 - *Evaluación del estado general de salud*
 - *Adaptación de la madre al RN.*
 - *Evaluación del estado físico.*
 - *Evolución de la lactancia natural.*
 - *Exploración física (general, mamaria, abdominal y genital).*

- **Anticonceptivos:** barrea, ACO, DIU (no > frecuencia de perforaciones, expulsión y embarazo si se pone > 3 meses). Gestágenos (levonogestrel vo, im, implantes o depoprogevera im).
- Se recomienda píldora anticonceptiva a partir de la 1ª menstruación, pero no se recomienda con la lactancia.
- El tratamiento contraceptivo debe ser el más adecuado para cada paciente y se prolongará por espacio de 6 ciclos como mínimo.

PUERPERIO PATOLÓGICO

INFECCIÓN PUERPERAL.

Definición: “proceso séptico localizado en el aparato genital femenino, localizado o generalizado, y que se manifiesta en el puerperio”.

Comité Norteamericano de Salud Materna: “ temperatura de 38°C o más , al menos durante dos días, y desde 24 horas después del parto hasta 10 días (Tª determinada vía oral, y por lo menos cuatro veces al día) “.

FACTORES PREDISPONENTES

A) Locales:

- Rotura prematura de membranas, partos prolongados con múltiples tactos vaginales y los partos operatorios: laceraciones o desgarros de los tejidos. Lo favorecen la monitorización CTG intrauterina y las infecciones vaginales previas al parto.
- Isquemia postparto del útero y de su interior: favorece un medio anaerobio y la acidosis local.
- Exudación de la herida placentaria: caldo de cultivo favorable para el desarrollo de gérmenes en presencia de restos placentarios.
- Traumatismos del canal del parto: vías de penetración para los gérmenes.
- Cesáreas: 3-20 veces superior. Bajo grado → cesárea electiva, sin trabajo de parto o rotura de membranas. Alto grado → bolsa rota durante periodo prolongado o múltiples exploraciones vaginales. También influye la duración de la intervención y la técnica quirúrgica.

B) Generales:

- *Enfermedades coexistentes*
- *Obesidad, diabetes y déficits nutricionales.*

MICROBIOLOGÍA

- Generalmente polimicrobianas (anaerobios y aerobios).
- Gran mayoría: intestino y tracto genital inferior.
- Anaerobios → Bacteroides (B.fragilis), peptococos, peptoestreptococos.
- Aerobios gramnegativos → E.coli y menos fr, Proteus, Klebsella y Enterobacter.
- Infección genital por estreptococos hemolíticos del grupo A o por estafilococos es menos frecuente.
- Cultivos bacterianos: endocervicales o endouterinos son difíciles de interpretar.

- Hemocultivos pueden ser útiles, pero sólo son positivos el 5-8% de casos.
- Eficaces los cultivos obtenidos por punciones o aspiración peritoneal.

PATOGENIA

- **Mecanismos:** *exógeno* (instrumental o manos del obstetra), o *endógeno* (gérmenes de cuello y tracto genital inferior, o focos sépticos distantes que se reactivan a consecuencia del parto).
- **Vías de penetración y extensión:**
 - *Via mucosa:* manipulación del parto → endometritis, salpingitis o parametritis.
 - *Via linfática:* herida de inserción placentaria, desgarros del canal del parto o la episiotomía → parametritis y peritonitis.
 - *Via hemática:* proceso infeccioso alcanza vaso venoso → tromboflebitis séptica que puede ocasionar metástasis sépticas a distancia.

FORMAS ANATOMOCLÍNICAS.

Condicionadas por la vía de penetración.

- 1) **Infección del periné, vulva, vagina o cuello:** desgarro suturado o no, o la herida de la episiotomía.
- 2) **Endometritis:** infección de la superficie intrauterina, cruenta y traumatizada (endometrio, o más exactamente, decidua y miometrio adyacente). Más frecuente tras cesárea (10-20 veces más) y rara tras parto vaginal (1,3-3%). Los microorganismos invaden la cavidad endometrial durante el trabajo de parto y el parto. Realizar hemo y urocultivo antes de instaurar tto antibiótico.

Factores de riesgo de endometritis:

 - Cesárea (+fr).
 - Parto prolongado
 - Rotura prematura de membranas.
 - Tactos vaginales repetidos.
 - Monitorización fetal interna.
- 3) **Salpingooforitis(anexitis):** generalmente por progresión a partir de una endometritis.
- 4) **Peritonitis:** via linfática hasta peritoneo o tejidos celulares laxos entre los ligamentos anchos, casusando, en el primer caso, peritonitis, y en el segundo, una parametritis (celulitis pélvica).
- 5) **Celulitis pélvica (parametritis):** infección del tejido conjuntivo pélvico laxo, que puede ocurrir de tres maneras:

- *Via linfática* (más frecuente): desgarro cervical infectado, incisión o laceración uterina.
- *Directa:* desgarros cervicales.

- Secundaria a tromboflebitis de la pelvis: por necrosis de pared venosa.
 - Generalmente unilateral.
 - Puede permanecer limitado a la base del ligamento ancho, pero si la reacción es más intensa, el exudado tiende a seguir las líneas naturales de separación y dar lugar a supuración, con formación de abscesos que pueden fistulizarse o fibrosarse.
- 6) **Tromboflebitis séptica**: extensión a través de las venas pelvianas y/o miembros inferiores (*flegmasia alba dolens*). Forma anatomopatológica grave, pero poco frecuente.
- 7) **Septicemia** : bacteriemia mantenida por un foco séptico que comunica con el torrente circulatorio. Puede originar un shock bacteriano. La pleuresía, neumonía y el absceso pulmonar se desarrollan así.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Signos y síntomas comunes:

- **FIEBRE**: signo más precoz y constante. La fiebre en agujas va precedida de escalofríos y la taquicardia asociada al proceso febril. Comisión Conjunta de Bienestar Materno de EEUU → definió fiebre puerperal “ T^a oral de 38°C o superior en dos de los diez primeros días postparto, o de 38,7°C o superior durante las primeras 24 h postparto.
- **LOQUIOS FÉTIDOS**: olor desagradable, signo importante de infección uterina, causado por invasión del útero por bacterias anaerobias. Algunas infecciones, en especial las producidas por el estreptococo Beta-hemolítico, a menudo se asocian con loquios escasos no malolientes.
- **DOLOR ABDOMINAL**: al principio en hipogastrio y en una o ambas fosas ilíacas; cuando aparece peritonitis, el dolor se generaliza.
- **SUBINVOLUCIÓN UTERINA**: por palpación abdominal y puede asociarse a la palpación de masas anexas dolorosas.

Signos y síntomas específicos

- **LESIONES DEL PERINÉ, VULVA, VAGINA Y CUELLO**: visualización de la herida y por síntomas locales.
- **ENDOMETRITIS PUERPERAL**: útero doloroso a la palpación y el PCE sigue abierto. Leucocitosis 15.000-30.000. el diagnóstico se basa en la fiebre sin causa aparente (común → dolor uterino, loquios purulentos o de olor fétido y leucocitosis. Complicaciones: peritonitis, absceso intrabdominal y sepsis. Una no muy frecuente, en cambio, es la tromboflebitis séptica pélvica, que puede asociarse a la embolia pulmonar séptica.

- *SALPINGOOFORITIS*: dolor intenso a la movilización uterina y en ambas fosas iliacas. Pueden detectarse masas anexiales.
- *PELVIPERITONITIS*: fiebre alta, dolor intenso, distensión y defensa abdominal e íleo paralítico. Vómitos frecuentes, eventualmente estercoráceos, y a menudo son expulsados con violencia, a veces hay una intensa diarrea.
- *PARAMETRITIS Y CELULITIS PÉLVICA*: causa más frecuente de fiebre sostenida y prolongada en el puerperio. Dolor a la presión en uno o ambos lados del abdomen y a la movilización del útero. Otros signos más característicos son la fijación del útero o endurecimiento de los fondos de saco vaginales y desarrollo de una masa dura e inmóvil en el ligamento ancho, el exudado se reabsorbe en la gran mayoría de casos; en el resto, se desarrollan abscesos.
- *TROMBOFLEBITIS SÉPTICA*: difícil de diagnosticar, pues suele afectar a las venas ováricas, uterinas e hipogástricas, y el tacto vaginal es anodino. Sólo cuando llega a la femoral, poplitea o safena, cuadro de dolor y edema en la pierna afectada (“flegmasia alba dolens”). Cursa con exacerbación de la fiebre en agujas, y entre los accesos febriles, la paciente tiene BEG.
- *SEPTICEMIA*: múltiples órganos y sistemas y que puede producir la muerte. Fiebre alta, cefalea, confusión mental, erupción escarlatiniforme, edema subcutáneo, náuseas, vómitos, diarrea acuosa, notable hemoconcentración, oliguria e insuficiencia renal, seguida de insuficiencia hepática, CID y colapso circulatorio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Descartar causas extrapélvicas.

Causas extragenitales:

- *PIELONEFRITIS*: bacteriuria, piuria, aumento de sensibilidad en el ángulo costovertebral y el aumento de T^a. (sospecha). Cultivo de orina (confirma).
- *MASTITIS*: congestión de mama, puede originar fiebre (raro >38,5°C, durante los primeros días, y de manera característica nunca dura más de 24 horas). En la mastitis verdadera la curva de T^a es sostenida y se asocia con signos y síntomas mamarios que se hacen manifiestos en 24 horas.
- *INFECCIONES RESPIRATORIAS*: primeras 24 horas siguientes al parto. Pueden consistir en atelectasias, neumonía aspirativa o ambas.
- *ABCESOS O HERIDAS ABDOMINALES*: inspección meticulosa de la zona.

TRATAMIENTO

A) Tratamiento antibiótico: a partir de la revisión de la Cochrane, se puede deducir que la combinación de GENTAMICINA+CLINDAMICINA es la adecuada para el tratamiento de la endometritis y que un régimen con actividad contra

Bacteroides frágilis y otras bacterias anaerobias resistentes a penicilina es preferible. Con la excepción de las cefalosporinas que se asocian a una menor tasa de diarreas, no existe evidencia que relacione un régimen determinado con una menor incidencia de efectos colaterales.

- GENTAMICINA 2,4-2,7 gr/día + CLINDAMICINA 240mg en 1-3 dosis.
- Si no funciona: asociar AMPICILINA (3-4 gr/día), para cubrir enterococo. Cefalosporinas de 3ª generación o Imipemen, carbapemen, inhibidores de B-lactamasas (Ac clavulánico, sulbactam, tazobactam) combinados con ampicilina, amoxicilina, ticarcilina y piperacilina. Metronidazol.
- Aparición tardía: incluir doxiciclina a razón de 100mg/12 horas.
- Continuar con vía parenteral 36-48 h tras desaparición de fiebre y posteriormente vía oral
- Clindamicina → puede inducir colitis pseudomembranosa por sobrecrecimiento de *Clostridium difficile*.

B) Tratamientos complementarios:

- *Drenar abscesos* perineovulvares y los pélvicos (fondo de saco de Douglas).
- Abstenerse de legar la cavidad uterina si no hay sospecha de retención de restos placentarios.
- *Tromboflebitis séptica*: asociar heparina al tratamiento antibiótico. La ligadura de las venas afectas se realiza cuando el cuadro no se resuelve y son potenciales emisores de émbolos sépticos.

PATOLOGÍA HEMORRÁGICA

1) **Hemorragia puerperal precoz:** primeras 12 horas. Alarmante por su instauración brusca y por el volumen de pérdidas. La intervención facultativa debe ser rápida pues puede peligrar la vida. Las causas principales son:

- **Hemorragias por traumatismos en el canal del parto.*
- **Hemorragias por atonía uterina.*
- **Hemorragias por alteraciones de la coagulación.*
- **Retención de restos ovulares intracavitarios.*

2) **Hemorragia puerperal tardía:** pasadas las primeras 12 horas postparto hasta finalizado el puerperio (6-7 semanas). Se complican el 1% de partos

CAUSAS:

- *Funcionales:*

***Subinvolución o atonía uterina:** más frecuente (50-60%).

***Déficits de regeneración endometrial:** puerperio más allá de los 40 días teóricos. Puede ser intrínseco (disfunción endometrial o del eje Hipotálamo-Hipófisis-Ovario) o extrínseco (fármacos bloqueantes de la lactancia, ergóticos, anticoagulantes, etc..)

- Orgánicas:
 - ***Acretismo placentario**(2º en fr)→subinvolución del lecho placentario. Más frecuente en la 2ª semana. Cicatrización completa a las 6 semanas, si defectuoso se produce.
 - ***Persistencia de restos de anexos fetales:** al final de la 1ª semana e incluso más tarde.
 - ***Desgarros del canal del parto**
 - ***Infecciones puerperales**
- EXAMEN GENERAL Y REVISIÓN GINECOLÓGICA cuidadosa (revisión del canal del parto , ecografía y la histeroscopia con flujo líquido).
- PATOLOGÍA PREVIA : miomas, pólipos o alteraciones del cerviz... a veces pueden desencadenar problemas hemorrágicos.

Tratamiento

- LEVE: **ergóticos via oral.** No hay material intraútero o escasa cantidad de restos placentarios de localización proximal en útero (istmo y endocérvix) porque ayudan a la involución uterina.
- SUBINVOLUCIÓN→ oxitocina, PG, legrado en casos rebeldes e incluso histerectomía.
- LEGRADO bajo anestesia→ siempre que se sospeche o se evidencie la presencia de restos placentarios en la cavidad, con cuidado de no perforar y riesgo de sinequias endouterinas. Histeroscopia permite la visualización directa y legrado dirigido, evitando el legrado de toda la cavidad. Si > 3 cm2 los restos →legrado, si < control estricto, puesto que generalmente se reabsorben espontáneamente.
- DEFECTO DE REGENERACIÓN ENDOMETRIAL: **sustitución hormonal** haciendo 2-3 ciclos artificiales con E y G.
- TRAUMATISMOS: sutura.
- ATONÍA: masaje, uterotónicos, oxitocina.
- NO CESA: ligadura de arterias uterinas→hipogástricas→histerectomía subtotal.

PATOLOGÍA VASCULAR

- Enfermedad tromboembólica→principal causa de muerte materna postparto.
- Incidencia→ 0,1-1%.
- *Triada de Virchow* → hipercoagulabilidad, lesión de pared venosa y éxtasis.
- Tres tipos de trombosis venosa:
 - **Varicoflebitis y trombosis venosa superficial:** varices externas de los miembros inferiores. Los trombos se depositan en esta zona y provocan una gran reacción inflamatoria de tejidos vecinos.
 - **Trombosis venosa profunda:** más frecuente primeros tres días postparto, y afecta venas profundas: *poplítea, femoral e iliaca.*

- Clinica: dolor muscular, edema e impotencia funcional. En ocasiones se palpa el engrosamiento venoso profundo y signo de Horman (dolor en la pantorrilla al forzar pasivamente la dorsiflexión del dedo gordo). Muchos de estos signos aparecen de forma fisiológica durante el embarazo y puerperio.
- Pruebas complementarias: **ecografía doppler**→ flujo venoso, incruento y sencillo (identificar oclusión venosa y lugar).
Flebografía: 2º paso diagnóstico→ el patrón de oro con el que comparar otros métodos. Estudia con contraste. Más agresivo pero→ diagnóstico definitivo del tipo de lesión y la localización, aunque tiene sus limitaciones, sobre todo en el territorio de la iliaca.
- **Tromboembolismo pulmonar**: miembros inferiores→ arteria pulmonar. El síntoma más característico es la *disnea*, y el signo más frecuente la *taquipnea*.
- Los pequeños émbolos en la periferia y suelen provocar infarto junto con signos pleurales (tos, hemoptisis, dolor torácico y roce pleural); sin embargo, en muchos casos, múltiples pequeños émbolos pueden no provocar clínica.
- Un embolismo masivo (al menos 50% de circulación de arteria pulmonar), puede mimetizar un infarto de miocardio.
- **EKG**: más frecuente→ *taquicardia*. En 40% inversión de T, y el clásico S1Q3T3 cuando existe una embolización extensa.
- **Gasometría**: pO2 > 90 mm Hg casi lo descarta, si persisten síntomas→ **gammagrafía de ventilación-perfusión**, que proporciona el diagnóstico definitivo para localizar e identificar la embolización.

TRATAMIENTO

- **Varicoflebitis**→ *reposo* con miembro inferior elevado, *vendaje compresivo* y *tratamiento antiinflamatorio*.
- **TVP, TEP**→ **TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE** → debajo de fosa poplitea, dudas, aunque la mayoría de autores piensa que sí. Si la localización es más alta es obligado anticoagular. Tres tipos de terapia:

A) Antiagregantes plaquetarios: ácido acetilsalicílico y derivados

B) Heparina y dicumarínicos

- El tratamiento inicial de ELECCIÓN: **HEPARINA**, es un potente inhibidor de la trombina. No atraviesa la placenta ni se excreta por la leche. Dosis: 10000-60000 Unidades en 24 horas en administración iv continua o intermitente subcutánea.
- Pasadas las 2 primeras semanas→ **DICUMARÍNICOS**: oral, antivitamina K, y por tanto inhiben los factores II, VII, IX, y X. Control con I.de Quick (25-30%). Durante 3-6 meses si primera vez, e indefinidamente en pacientes de alto riesgo o con antecedentes tromboembólicos.

C) Fibrinolíticos: destrucción de trombos recientes (< de 5 días). Se usan como terapia alternativa o adyuvante en casos seleccionados y bajo estricto control hematológico. Los más usados son la estreptoquinasa y la uroquinasa.

Estos tratamientos de anticoagulación precisan comunicación entre obstetra y hematólogo, y deben ser realizados en centros especializados.

Papel del OBSTETRA → *Profilaxis de episodios tromboembólicos:*

GESTACIÓN:

- Identificar factores de riesgo: varices, obesidad, edad, alter, cardiorrespiratorias, hipercoagulabilidad.
- Promover: ejercicio moderado, hábitos posturales.

PARTO:

- Evitar: hipotensiones, traumatismos, tracciones, encamamientos.
- Heparina subcutánea: si factores de riesgo previo a cirugía y hasta deambulación.

PUERPERIO:

- *Analgesia correcta.*
- *Movilización precoz MMII.*
- *MMII elevados.*
- *Medias compresivas.*

MÉTODOS ADYUVANTES A LA ANTICOAGULACIÓN:

TVP:

- *Vendaje compresivo.*
- *Trendelenburg.*
- *Deambulación temprana.*
- *Calor húmedo.*
- *Medias elásticas.*

TEP:

- *Oxigenoterapia.*
- *Mórficos.*
- *Reposo.*
- *Fármacos vasoactivos.*
- *Fármacos inotrópicos.*
- *Broncodilatadores.*

PATOLOGÍA MAMARIA

MASTITIS PUERPERAL: “Inflamación del tejido mamario”

- Característico de la mama lactante.
- **Origen** → infeccioso, + fr flora nasofaríngea del RN (cocos grampositivos → estafilococos y estreptococos), y la puerta de entrada → fisura del pezón. Más fr → *Stafilococo aureus*.
- **Clínica**: dolor mamario unilateral progresivo, tumefacción focal, induración y eritema localizados. Se puede acompañar de fiebre y de afectación del estado general.
- **Diagnóstico**: clínico. Radiología → aumento difuso de la densidad.

- **Tratamiento: fases iniciales**→tratamiento *local* de la grieta (*pomadas emolientes, calor seco, restricción hídrica*) y *antibioterapia antiestafilocócica* (*cloxacilina 500 mg/6 h, amoxi-clavulánico 500mg/8 h, cefalosporinas de 1ª generación, vibracina..*) 10 días. Si el antibiótico no es el adecuado o si no se completa→ infección subaguda o crónica, e incluso un absceso mamario. Tratamiento antiinflamatorio: Varidasa, AINEs. Si alergia a B-lactámicos→ *clindamicina, teicoplanina o vancomicina (glucopéptidos) o linezolid..* continuar con lactancia (salvo absceso, infección estafilocócica epidémica o supuración por pezón.

ABCESO MAMARIO “ colección de pus localizada en la mama”.

- **Clínica:** dolor y fiebre, así como afectación del estado general. Puede haber afectación hematológica→leucocitosis, desviación izquierda.
- **Pruebas complementarias:** no se recomienda la mamografía, (compresión). Para saber si el proceso es difuso o localizado→ *ecografía mamaria*. La *mamografía* después de remitido el proceso, para descartar proceso maligno.
- **Tratamiento:** *evacuación espontánea*→ ductal o fistulizando por piel. *Calor local*→ acelera el proceso de fluctuación. Si no ocurre, y se delimita una zona eritematosa y fluctuante→*apertura y desbridamiento quirúrgico, lavado con suero, curas locales con agua oxigenada y antisépticos locales*, cierre de la piel por segunda intención.

Si el pus no es evacuado, se espesa y se puede calcificar. El tejido cicatricial a veces se retrae y puede ocasionar fôveas o retracciones que dificultarán el screening.

- El mejor tratamiento es su **profilaxis:** *higiene integral de la madre, trato cuidadoso de la mama y pezón*. Basta con la ducha corporal diaria, sin excesivo frotamiento. Importante la protección del pezón con gasa estéril al acabar la tetada, así como la búsqueda de un ambiente.
- El mantenimiento de la lactancia no modifica el pronóstico. En cuadros iniciales sin absceso, no es necesario suprimir la lactancia, salvo dolor o rechazo de la madre (desaconsejar unos días la succión por la mama afecta). El tratamiento antibiótico es compatible con la lactancia, pero en casos rebeldes o con absceso mamario→ suprimir la lactancia y/o extraer leche.

INGURGITACIÓN MAMARIA

- Frecuente 2º-3º día postparto→exceso de producción de leche, excesivo acúmulo al no poder expulsarse.
- Leve, no precisa tratamiento más que un correcto vaciado tras la succión.
- En ocasiones→dolor y tumefacción bilateral que a veces se acompaña de fiebre.
- **Exploración:** mamas tensas, calientes y dolorosas. La excesiva tensión puede dificultar la salida por compresión de los conductos galactóforos.
- **Tratamiento:**
 - 1) *Oxitocina.*
 - 2) *Vaciamiento de mamas hasta quedar blandas. Analgesia. Lactancia regular si se desea continuar.*
 - 3) *Vendaje compresivo mamario 2-3 días.*
 - 4) *Inhibidores de la prolactina: bromocriptina, cabergolina, quinagolida... durante 2 días.*

INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA

Causas:

MATERNA:

- Voluntaria.
- Enfermedad crónica.
- Enfermedad transmisible: CMV, VHB crónico (eliminados en la leche) o VIH (% muy bajo).
- Drogadicción.
- Uso de fármacos nocivos.

FETAL:

- Feto muerto.
- Gran prematuridad.
- Enfermedad o malformación.

SOCIAL:

- Trabajo incompatible.
- Hijo de adopción.

• **Métodos no farmacológicos:**

a) Evitar la succión: bloquea el arco reflejo y el hipotálamo deja de producir ocitocina. Aumenta el PIF y disminuye la producción hipofisaria de prolactina.

b) Compresión: vendaje o sujetador apretado.

c) Restricción hídrica , dieta hiposódica y diuréticos: pero no es suficiente.

• **Métodos farmacológicos:**

a) Andrógenos y estrógenos.

b) Bromocriptina: derivado del cornezuelo de centeno que actúa a nivel central → activación de los receptores dopaminérgicos (agonistas) → aumento de la actividad de la dopamina (potente inhibidor de la prolactina) → disminuye la producción mamaria de leche. Más usado, vía oral a 5 mg/día (2,5/12h) durante 2 semanas. Náuseas, vómitos y cefaleas son los efectos secundarios más frecuentes. Si la tolerancia no es buena → vía vaginal a doble de dosis. Graves efectos 2º en psicóticos, enf cardiovascular, insuficiencia hepática, HTA... Por ello auge de *Lisuride, Quinagolida o Cabergolina* → 1 dosis única de 1 mg para la inhibición primaria de la lactancia (preferentemente el primer día postparto. Si queremos inhibir la lactancia ya establecida → 1mg repartido en 4 tomas de 0,25 mg/12h. Estudios publicados hablan a favor de eficacia superior y una incidencia inferior de efecto rebote tras la supresión del tratamiento así como de efectos secundarios.

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

- Puerperio → particular labilidad emocional, puede desencadenar procesos psiquiátricos nuevos o alterar el curso de patologías subyacentes.

- A) Ansiedad o estrés postparto:** 1%, primeras 48 horas, tras un parto dificultoso o traumático. Nerviosismo y dificultad en el sueño, e imágenes recurrentes acerca de la experiencia traumática. No precisa tratamiento farmacológico y se benefician del apoyo psicológico de los familiares y personal sanitario.
- B) Tristeza postparto (baby blues):** muy frecuente, 80%. Sentimiento de tristeza leve que puede tener su origen en la “soledad” en que se ve la paciente para afrontar la nueva carga. Tercer o cuarto día postparto coincidiendo con la salida del hospital, y su intensidad supone un valor predictivo de la depresión postparto. No precisa tratamiento farmacológico.
- C) Psicosis puerperal:** 0,2%. Trastorno maníaco, psicótico, en mujeres con historia psiquiátrica previa. Primera-tercera semana postparto de forma aguda o subaguda. Factores hereditarios, constitucionales, psicosociales (problemas de adaptación al entorno) y orgánicos (agotamiento físico y psíquico tras embarazo o parto dificultoso). Se puede manifestar en forma de esquizofrenia, pero en general, domina el componente depresivo, que puede evolucionar hacia un cuadro melancólico, maníaco, y de psicosis periódica, o hacia la esquizofrenia y el delirio. En la mayoría de los casos, el tratamiento es psiquiátrico. El obstetra → identificar la paciente de riesgo y profilaxis de los factores exógenos predisponentes (embarazo complicado, parto traumático, patología puerperal,)
- D) Depresión postparto:** prevalencia 20%, estado depresivo mayor que suele iniciarse a partir de las 4-6 semanas. Se trata de la misma enfermedad que la depresión en otro momento de la vida, pero con algunos factores biológicos y psicosociales propios del puerperio que no son del todo conocidos → caída rápida de algunas hormonas tras el alumbramiento como el cortisol, la progesterona y la gonadotropina coriónica.

FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN POSTPARTO.

ASOCIADOS:

Prenatal:

- Historia de depresión postparto.
- Historia de alter emocional.
- Historia familiar de alter emocional.
- Ansiedad/depresión durante el embarazo.

Postnatal:

- Tristeza postparto.
- Estrés relacionado con el neonato.

Ambos:

- Desavenencia matrimonial.
- Acontecimientos vitales adversos.
- Soporte social de baja calidad.

PROBABLEMENTE ASOCIADOS:

Prenatal:

- Historia de síndrome premenstrual.
- Edad materna.
- Complicaciones obstétricas.
- Paridad.

Postnatal:

- Mal control puerperal.

NO ASOCIADOS.

Prenatal:

- Nivel educacional.
- Grupo socioeconómico.
- Embarazo no deseado.

Postnatal:

- Sexo del neonato.
- Lactancia materna.
- Tipo de parto.

EL DIAGNÓSTICO PRECOZ → importante para el pronóstico. Stowe y Nemeroff:

- 1) *Identificar:* grupos de alto riesgo.
- 2) *Información:* obstetra y matrona y foros de encuentro con madres gestantes. **Orientar** acerca de los primeros síntomas y facilitar la comunicación con el personal sanitario.
- 3) *Documentar* bien todas las alteraciones emocionales que ocurren pasadas las 2 primeras semanas postparto, lo que sobrepasa la duración de la tristeza postparto.
- 4) *Analizar cambios de humor* en la primera revisión tras la cuarentena: cambios en el sueño, energía, peso, apetito, libido, etc... pueden ocultar una depresión postparto subyacente.

TRATAMIENTO:

- 1) **Apoyo psicológico.**
- 2) **Fármacos:** elección antidepresivos tricíclicos (*amitriptilina, nortriptilina, desipramina, clonipramina*) → no se excretan en la leche y no efectos adversos importantes. Los nuevos ISRS → *fluoxetina* y *paroxetina* tienen efectos

similares, mejor tolerancia y mayor margen de seguridad, aunque falta por establecer los riesgos teratogénicos en madres lactantes.

- Conveniente controlar los niveles séricos y consultar la opinión del psiquiatra.
- Mantener el tratamiento al menos 6 meses o un año.
- Algunos estudios → **tratamiento hormonal con estrógenos transdérmicos**, aportando resultados excelentes en cuanto a rapidez de acción y reversión de los síntomas. Dosis de estrógenos altas (200 microgramos/ día de estradiol) y se añade **gestágeno** en pauta cíclica (Dihydrogesterona 10-20 mg/día durante 12 días al mes) para evitar la hiperplasia endometrial. Todavía debe ser valorado por estudios ulteriores.

BIBLIOGRAFÍA

- Acién P. Tratado de Obstetricia. Ediciones Molloy, Alicante, 1998; 15:329-343, 38:977-987.
- Willians CE, 20ª edición. Anormalidades del puerperio. 1998. 499-510.
- Guía de actuación en AP. SEMFYC. Problemas de la reproducción y del aparato genital,2003;6.15.81-86.
- Fabre González E. Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. INO Reproducciones, Zaragoza, 1999.
- Fabre González E. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. INO Reproducciones S.A., Zaragoza,1995.
- Guía de Terapéutica Antimicrobiana, 13ª edición. Masson.2003.