

Complicaciones más frecuentes en el puerperio

Dr. Salvador Gaviño Ambriz*

Dr. Fernando Gaviño Gaviño*

Se le da el nombre de *puerperio* al lapso de tiempo después del embarazo, sin importar la duración de la gestación y el tipo de parto, nazca el producto vivo o muerto y sea cual sea el modo de obtención del producto, durante el cual se invierten los cambios funcionales y anatómicos del embarazo y el cuerpo vuelve a su estado normal no gestacional.

El periodo de tiempo llamado *puerperio*, usualmente se define como el lapso de tiempo comprendido desde el fin del alumbramiento (tercer periodo del trabajo de parto) hasta seis semanas posteriores al parto y para fines prácticos, se le ha dividido de manera arbitraria en tres tipos:

Puerperio inmediato o puerperio inicial, que comprende las primeras 24 horas después del parto.

Puerperio mediato o temprano, que va desde las 24 horas postparto, hasta la primera semana después del parto. Algunos autores mencionan que puede llegar de cinco a diez días.

Puerperio tardío, que comprende desde la primera semana hasta las seis semanas posteriores al parto (algunos autores consideran hasta ocho semanas postparto).

Para poder detectar cualquier complicación del *puerperio* normal, es necesario conocer los cambios fisiológicos que se llevan a cabo durante este lapso, señalaremos únicamente las complicaciones más frecuentes de esta etapa postparto, analizando los órganos interesados, para posteriormente revisar las variaciones clínicas que nos orienten hacia las complicaciones que se presentan.

Utero:

Cambios fisiológicos. Posterior al alum-

bramiento, el fondo uterino debe de palparse por debajo de la cicatriz umbilical, siendo de consistencia dura y regular al finalizar el *puerperio mediato*, el útero puede palparse sobre el borde superior del pubis y al finalizar este lapso, la involución uterina es tal, que el útero se encuentra prácticamente del tamaño pregestional; la paciente puede referir dolor cólico abdominal (entuetos) durante los tres primeros días, ocasionados por la contracción uterina.

En términos generales, se considera que durante el parto y postparto inmediato existe una pérdida sanguínea normal de 300 ml, sin el uso de oxitócicos o derivados del cornezuelo de centeno, a inicio del *puerperio* los loquios son principalmente hemáticos, los cuales gradualmente se volverán serohemáticos y a las dos o tres semanas persiste únicamente una secreción serosa de olor característico, como lo refieren algunos autores "olor a carne fresca".

El orificio cervical se va cerrando gradualmente durante el *puerperio* hasta convertirse en un orificio transversal.

Una de las complicaciones más frecuentes en este órgano son las hemorragias del postparto inmediato.

Se le considera hemorragia a la pérdida sanguínea de más de 500 ml sea cual sea la causa que la produzca.

La Atonía uterina o sea la contracción deficiente del útero durante el postparto, va a ocasionar que los vasos sanguíneos del sitio de implantación placentaria, se encuentren aún abiertos y por lo tanto, continúen con flujo sanguíneo ocasionando la hemorragia.

Podemos encontrar datos que nos puedan hacer presuponer que una paciente va a presentar atonía uterina; algunos de estos datos son: Embarazo gemelar, polidramnios,

*Alumnos del curso de posgrado de Gineco Obstetricia UNAM. Hospital 20 de Noviembre ISSSTE.

multiparidad, macrosomía fetal, cuadros que ocasionan una distensión mayor del útero, siendo en ocasiones más difícil que se logre una contracción adecuada por la sobredistensión de las fibras uterinas.

También el trabajo de parto prolongado, el periodo expulsivo prolongado y el abuso de uso de oxitócicos, ocasionan que durante el puerperio el músculo uterino se encuentre fatigado, y que sea refractario al uso de la oxitocina o de estimulación manual o bien, el uso de anestésicos pueden ocasionar la falta de contracción uterina.

Clínicamente vamos a encontrar en estos casos, que el fondo uterino se encuentra localizado por arriba de la cicatriz umbilical, el útero se palpará de consistencia regular o blanda y naturalmente se observará una hemorragia de grado variable transvaginal, que dependiendo de la magnitud, nos permite observar desde alteraciones de los signos vitales hasta datos francos de choque hipovolémico.

Desgarros cervicales o vaginales

Si a pesar de encontrarse el útero bien contraído, observamos que la paciente presenta hemorragia persistente transvaginal, debemos de localizar el sitio de hemorragia, realizando una exploración del canal del parto. Revisando el cérvix, vigilando que este se encuentre sin desgarros, y revisando los fondos de saco anterior, posterior y laterales, y posteriormente la vagina.

En caso de encontrarse desgarros a cualquiera de estos niveles, deberán de suturarse de manera adecuada; lo más importante es prevenir que alguna lesión del canal del parto pase desapercibida por nosotros después del alumbramiento; para prevenir ésto, es necesario revisar cuidadosamente el canal del parto, aún más, si se realizó la aplicación de forceps o manipulación excesiva del canal del parto.

No hay que olvidar que en pacientes a las que se les realizó cesárea en embarazo previo, es necesario revisar el segmento y asegurarse de que se encuentra íntegro.

Retención de restos placentarios

En algunos casos podemos encontrar hemorragia proveniente de cavidad uterina y un grado variable de tamaño uterino, ya que puede haber retención de restos placentarios de tamaño variable, que nos van a ocasionar hemorragias y otras alteraciones, siendo necesario realizar revisión de cavidad uterina para la extracción de los restos de placenta.

Cualquier dato de involución uterina deficiente y de loquios hemáticos persistentes, nos puede hablar de retención de restos placentarios, más aún, si la paciente refiere la expulsión de tejido placentario; esta complicación nos puede llevar a una más grave que es la infección puerperal.

Podemos encontrar otras entidades patológicas menos frecuentes que nos pueden dar hemorragias postparto, como serían alteraciones en la coagulación sanguínea materna, encontrándose frecuentemente durante la realización de la historia clínica de la paciente, datos que nos hagan pensar en un trastorno hemorrágico.

La ruptura uterina siempre va acompañada de datos de irritación peritoneal e intenso dolor.

Además, la inversión uterina y la placenta acreta se reportan también como causa de hemorragia.

El mejor modo de actuar en contra de la hemorragia postparto, como en todas las enfermedades, es prevenirla, y de no ser posible, estar preparado para controlarla inmediatamente, vigilando estrechamente a las pacientes que durante la historia clínica detectemos que tienen más posibilidades de presentar atonía uterina, además, el uso racional y la vigilancia estrecha y constante de las inductoconducciones.

Si la complicación ya se presentó, es una medida útil el uso de oxitocina, 20 a 30 unidades en 500 ml de solución glucosada por vía intravenosa, puede ocasionar una contracción sostenida del útero; suspendiendo así, la pérdida sanguínea.

Cuando la paciente resulta refractaria a la oxitocina, se puede utilizar ergonovina 2 mg IV, para posteriormente utilizarla por

vía bucal y así mantener el útero contraído (únicamente si la paciente no presenta hipertensión arterial).

Una revisión del canal del parto es muy importante para detectar y suturar los desgarros posibles, pudiéndose utilizar catgut 0 ó 00 según la magnitud y profundidad de la lesión.

De modo rutinario debe revisarse que tanto la placenta como las membranas ovulares se encuentren íntegras y de este modo prevenimos o detectamos a tiempo la retención de restos placentarios.

Algunos autores recomiendan, ante cualquier paciente que se encuentre bajo anestesia, ya sea por bloqueo peridural o anestesia general, tener el hábito rutinario de revisión de cavidad, para tener la seguridad de que no existen restos placentarios.

La infección puerperal

Es una de las complicaciones del puerperio, definiéndose como tal a la infección postparto cuyo foco primario se sitúa en algún punto del tracto genital.

La frecuencia es variable de país a país y de hospital a hospital, dependiendo de la población que se maneja. En nuestro medio se reporta una tasa de mortalidad de 4 en 10,000 pacientes.

Sin embargo, la infección puerperal puede estar presente de un 5 a un 15 por ciento de las pacientes púerperas, que puede ir desde celulitis del perineo o la vagina, endometritis, parametritis, salpingooforitis, tromboflebitis pélvica, peritonitis, embolización séptica; choque séptico, hematomas infectados o abscesos de heridas.

Existen factores que nos van a facilitar la presentación de esta complicación como serían: desnutrición, anemia, pacientes cardiopatas, diabéticas, toxémicas, infecciones genitales previas, ruptura prematura de membranas (se considera que posterior a las 6 horas de ruptura de membranas, ya se pueden cultivar gérmenes en cavidad uterina), exploraciones vaginales repetidas, partos distócicos (por haber una mayor extensión de las lesiones de mucosa vaginal y por

lo mismo, un mejor medio de desarrollo bacteriano), retención de restos placentarios que fácilmente se pueden infectar, etc.

En términos generales debemos esperar que la infección se deba a un germen de la flora vaginal, aunque el germen también puede provenir del personal médico, contaminaciones de los instrumentos, etc.

El diagnóstico lo vamos a realizar cuando encontramos hipertermia hasta de 38°C en dos o más ocasiones, de causa no explicada dentro de los diez días postparto excluyendo las primeras 24 horas, que debido a un trabajo de parto excesivo puede ocasionar elevaciones térmicas.

La fiebre se va a detectar más frecuentemente al término de la tarde o en las primeras horas de la noche; el útero lo encontraremos de consistencia blanda, doloroso a la movilización, de mayor tamaño al esperado, los loquios serán fétidos y la biometría hemática nos reportará leucocitosis y velocidad de sedimentación globular acelerada.

La infección puede estar localizada únicamente al perineo, al sitio de la episiotomía, donde encontraremos tumor, rubor y dolor a nivel de periné.

En estos casos es conveniente localizar únicamente absceso y drenarlo dejando que cierre la episiotomía por segunda intención.

Cuando existe una endometriosalpingitis, el tratamiento debe ser en lo posible dirigido contra el germen causal; algunos; algunos autores reportan respuesta satisfactoria al siguiente manejo.

Penicilina sódica cristalina IV cada 6 horas.

Dicloxacilina 500 mg cada 6 horas.

Ante la sospecha de gérmenes gram negativos, se puede asociar penicilina sódica a la misma dosis, más clindamicina 600 mg, IV cada 6 horas.

Se aconseja el uso de ergonovínicos para facilitar la contractilidad uterina y así permitir la expulsión del tejido infectado.

Cuando el cérvix se encuentra cerrado, es conveniente la dilatación del mismo para un drenaje adecuado, además de deambulación que facilita este drenaje

En las infecciones refractarias a este tratamiento, se debe realizar cultivo de la secreción y antibiograma para dar antibiótico específico; además de utilizar un antiinflamatorio.

Cuando existe respuesta inadecuada al tratamiento, puede evolucionar a peritonitis, absceso abdominal, tromboflebitis, émbolos sépticos y choque séptico, por lo que la paciente deberá ser manejada a nivel hospitalario cuando menos durante los primeros días de control de la endometrioanexitis.

Tracto uterino

Durante el postparto, podemos encontrar edema e hiperemia de la pared vesical y en ocasiones extravasación sanguínea que nos daría hematuria durante el puerperio inmediato; además, existe un aumento de la capacidad e insensibilidad a la presión del líquido intravesical, lo que puede ocasionar durante el puerperio inmediato retención aguda de orina, por lo que debe vigilarse la diuresis espontánea de estas pacientes para evitar la sobredistensión de la vejiga, u orina residual que aunada al sondeo que frecuentemente se utiliza durante el parto, potencialmente contamos con que la orina se encuentre infectada, o que si estos factores mecánicos se presentan en una paciente con urosepsis previa al parto, pueden agravar la infección del tracto uterino bajo y evolucionar hacia pielonefritis.

El sondeo vesical en caso de retención de orina puede ser necesario y éste debe llevarse a cabo con todas las técnicas de asepsia necesarias.

La hematuria persistente nos puede hablar de laceración o ruptura del segmento uterino, lo que requiere un estudio clínico y de laboratorio a fin de llegar al diagnóstico.

Una paciente con síndrome urinario bajo durante el embarazo, la cual no fue tratada, deberá ser vigilada con examen general de orina y urocultivo para detectar urosepsis, e instituirse tratamiento a base de antibióticos, tomando en cuenta que la mayoría de éstos se excretan en concentraciones variables por la leche materna.

Cambios en la coagulación sanguínea

Durante el embarazo existe alteración de los factores de coagulación y posterior al parto hay una disminución de la cuenta plaquetaria inmediatamente posterior al alumbramiento, pero a los pocos días existe un aumento en el número y en la adhesividad plaquetaria, sucediendo lo mismo con el fibrinógeno con un retorno a las cifras normales de los 7 a los 10 días postparto.

Este incremento de la actividad de los factores de la coagulación nos pueden ocasionar problemas tromboembólicos, al asociarse otros problemas como sería la inmovilidad, infecciones o traumatismos. Podemos así encontrar las entidades patológicas que se denominan trombosis pélvica.

Este trastorno puede presentarse alrededor del tercer día de postparto, con dolor del cuadrante superior o flancos derecho o izquierdo, rigidez muscular e íleo; podemos encontrar alzas térmicas a pesar de que no haya datos de abscesos, aunque la tromboflebitis pélvica se puede ver facilitada por la infección puerperal.

El diagnóstico es diferencial y se hace por exclusión, por cirugía, laparoscopia o prueba terapéutica (administración de heparina); si hay mejoría, puede no ser necesario el tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico es recomendable si falla el tratamiento médico, o si ocurren émbolos sépticos durante el tratamiento médico, o bien, si está contraindicado este tipo de tratamiento.

El tratamiento quirúrgico es recomendable si falla el tratamiento médico consiste en ligar las principales venas tributarias de la pelvis. Durante el postoperatorio deberá manejarse con antibióticos y mantener a la paciente anticoagulada.

Hay que hacer diagnóstico diferencial con apendicitis, pielonefritis, formación de hematoma, celulitis de los anexos, mioma degenerativo o torsión de los anexos.

En pacientes, a las que se ha tenido mucho tiempo en posición ginecológica, se presenta estasis venosa, lo que puede ocasionar trombosis de las venas de las extremidades;

ésto se ve aunado a la presencia de insuficiencia venosa previa y agravada por la gestación; en estos casos, es conveniente aplicar vendaje elástico en miembros inferiores y posterior al parto dar masaje a las extremidades y una deambulación precoz.

Mastitis

Se le da el nombre de mastitis a la inflamación e infección de la glándula mamaria.

Es causa frecuente de fiebre, se presenta durante la segunda o tercera semana postparto, generalmente puede estar producida por *Staphylococcus aureus*, y menos frecuentemente por estreptococos del grupo "A".

Los datos clínicos son: dolor, tumor, eritema, la supuración puede estar presente, las cadenas linfáticas axiliares se encuentran dolorosas y palpables.

El tratamiento consiste en el cultivo de la secreción láctea y suspender el amamantamiento durante la antibioticoterapia y la infección activa.

En ocasiones es necesario efectuar una incisión en forma radiada al pezón para el drenaje del absceso.

Debido a los agentes etiológicos más frecuentes de esta entidad, el tratamiento con penicilina o dicloxacilina resuelve en el mayor número de los casos el problema.

Es conveniente utilizar inhibidores de la lactancia para una resolución más rápida de la mastitis.

Problemas intestinales

La progesterona ocasiona un efecto relajante del músculo liso; ésto, aunado al efecto mecánico compresivo del útero sobre el recto, puede ocasionar constipación preparto, misma que continuará durante el puerperio, por lo que es necesario en ocasiones administrar laxantes suaves, dieta con abundantes líquidos y residuo o administrar "psyllium plantago", a fin de impedir esta complicación que en ocasiones puede llegar hasta la impactación fecal.

Isoinmunización materno-fetal

En los casos de madre Rh negativa y pro-

ducto Rh positivo, debe administrarse la vacuna anti D para prevenir la isoinmunización fetal.

Es por ésto, que de rutina debe solicitarse biometría hemática con grupo y Rh, y en el caso de reporte de Rh negativo, se tomará grupo y Rh del producto; en el caso de ser Rh positivo, deberá aplicarse dicha vacuna, previa prueba de Coombs indirecto negativo en la madre, o Coombs directo negativo en el producto.

En caso de que la paciente presente anemia, deberá administrarse sulfato ferroso, 300 mg, vía bucal por 60 días con control posterior de biometría hemática.

A continuación enumeraremos el manejo y vigilancia que se debe dar a la paciente púérpera en términos generales, para detectar a tiempo, las complicaciones más frecuentes:

1. Suspender la administración de soluciones parenterales en caso de que la hemorragia transvaginal sea normal.

2. Vigilancia de signos vitales, revisión del fondo uterino y hemorragia transvaginal cada 15 minutos durante la primera hora postparto y posteriormente cada 4 horas durante las primeras 24 horas, para después seguir vigilando signos vitales cada 6 u 8 horas.

3. Aplicar bolsa de hielo en periné (para disminuir el edema) en el postparto inmediato.

4. Vigilar la diuresis espontánea; en caso de no ser así, practicar sondeo vesical.

5. Dieta normal con abundantes líquidos y residuo.

6. Deambulación y baño, en pacientes sin complicaciones y vigilancia de signos vitales.

7. Biometría hemática con grupo y Rh.

8. Analgésicos por vía bucal en caso de dolor.

9. Sulfato ferroso (300 mg, vía bucal cada 8 horas en caso de anemia leve o moderada.).

10. Ergonovina bucal cada 4 ó 6 horas, en caso de loquios hemáticos excesivos.

11. Vigilar evacuación espontánea y aseo

Tema monográfico (concluye)

perineal.

12. Examen general de orina.

Antes del egreso de la paciente, deberá explorarse abdomen y mamas, se observará el grado de involución y sensibilidad uterina, se explorarán extremidades inferiores en busca de flebitis o tromboflebitis, la característica de los loquios al igual que el estado de la episiotomía.

Deberá recomendarse a la paciente restringir sus actividades normales y reposar cuando menos 2 horas durante el día, se indicará una alimentación balanceada. Es conveniente hablar con la paciente para mostrarle los métodos de control natal existentes y que la pareja pueda decidirse por uno para evitar embarazo inmediato.

La paciente deberá ser revalorada por el médico, 20 días postparto o antes si la paciente acusara alguna molestia.

Deberán dársele indicaciones precisas en relación al cuidado que debe tener de sus senos para evitar grietas o mastitis, además de infecciones gastrointestinales en el niño.

Bibliografía

- Benson, R.C.: Current Obstetric and Gynecologic. Diagnosis and treatment. 3a. Ed. Lange Medical Publications. Los Altos California. 1980.
- Davey, D.A.: Inducción del Parto. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Ed. Interamericana. Vol. 3. México 1980.
- Hellman, L.M.; Pritchard, J.A.: Obstetricia. Salvat Editores. México 1979.
- Lieberman, B.A.: Reparación del aparato Genital. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Vol. 3. Ed. Interamericana. México 1980.
- Niswadner, K.R.: Manual of Obstetrics. Little Brown and Company. Boston. 1980.
- Taber, B.: Manual of Gynecologic and Obstetric. Emergencies. W.B. Saunders Company. Philadelphia, 1979.
- Varios autores. Ginecología y Obstetricia. Am. H. G.O. No. 3. IMSS. 7a. Ed. Francisco Méndez Oteo. México. 1980.