

ANORMALIDADES DEL PUERPERIO

Nelson Yesid Aguilar Jaimes

Ginecología y Obstetricia
Especialista en Medicina Materno Fetal

El Puerperio comprende la etapa desde la expulsión de la placenta hasta el día 42 después del parto, y durante este tiempo ocurre la involución de todos los sistemas maternos a su estado basal, con excepción de la glándula mamaria. Este periodo también es susceptible de presentar algunas anomalías, siendo las más importantes y en un orden aproximado de aparición las complicaciones hemorrágicas, infecciosas, tromboembólicas y mamarias.

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS

La Hemorragia postparto es tratada en su mayor parte en otra sección, y aquí nos enfocaremos en dos condiciones específicas, la inversión uterina y la placenta anormalmente adherida o acreta.

INVERSIÓN UTERINA

Definición. Es la salida parcial o total del útero por su cara interna desde la cavidad abdominal. De acuerdo a estadísticas en EEUU, se presenta 1 en cada 1739 a 6407 partos. Antes de 1960 la mortalidad llegaba hasta el 70% de los casos, pero con los progresos en el diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado del shock hipovolémico, y la restitución temprana del útero, dicha mortalidad ha disminuido.

Clasificación. La siguiente clasificación está basada en el momento del diagnóstico de la inversión y la posición del fondo uterino con respecto al cervix y el introito vaginal:

1. Inversión puerperal aguda. Se diagnostica en las primeras 24 horas del postparto.
2. Inversión puerperal subaguda. Se diagnostica en las primeras 4 semanas postparto.
3. Inversión crónica. Se diagnostica y persiste después de las 4 semanas postparto.
4. Inversión grado 1 o incompleta. Cuando parte del cuerpo uterino no sobrepasa el cervix.
5. Inversión grado 2 o completa. Cuando todo el cuerpo uterino invertido pasa del cervix.
6. Inversión grado 3 o prolapsada. Cuando el cuerpo uterino invertido sobrepasa el introito vaginal.

Etiología. Se ha asociado a extracción manual de la placenta, presión inadecuada del fondo uterino, tracción excesiva del cordón umbilical, cordón umbilical corto, acretismo placentario, implantación fúndica de la placenta, e hipotonía uterina.

Diagnóstico. El principal signo de la inversión uterina es la aparición de una masa cruenta, sangrante y del tamaño de la cabeza fetal, a nivel de la vagina o protruyendo por el introito vaginal, acompañado de la ausencia del fondo uterino a la palpación abdominal. Se puede acompañar de choque de origen neurogénico, o hemorrágico cuando la hemorragia postparto está presente.

Prevención. El manejo activo del alumbramiento ha disminuido la pérdida sanguínea postparto por atonía, pero ha aumentado la probabilidad de inversión uterina, por lo tanto debe aplicarse en todas las pacientes y con cuidado de no exceder en la fuerza de tracción del cordón, realizar un masaje uterino acompañado de la maniobra de Brandt (desplazamiento de la mano en abdomen desde el segmento hasta el fondo uterino), y la infusión endovenosa de oxitocina. Después del alumbramiento debe realizarse una cuidadosa revisión del canal del parto, y en algunos casos de la cavidad uterina para descartar la aparición de la inversión parcial o total.

Tratamiento. Una vez se ha identificado la inversión deben realizarse las siguientes acciones:

1. Suspensión del goteo de oxitocina endovenoso.
2. Asegurar al menos 2 vías venosas para infusión de líquidos o sangre.
3. Monitorización continua de signos vitales y gasto urinario.
4. Infundir 1000-2000cc de soluciones cristaloides, según la magnitud del sangrado, en 10-20 minutos.

5. Si todavía no se ha producido el desprendimiento de la placenta, se deja la placenta in situ, pues esto ayuda a disminuir el sangrado, y se extraerá cuando el útero este reposicionado.
 6. Se debe intentar la restitución del útero con la maniobra de Jhonson, que consiste en colocar la punta de los dedos en el segmento uterino y y el fondo uterino en la palma de lamano y se aplica presión desde el fondo uterino invertido hacia en interior de la cavidad abdominal y dirigida hacia el ombligo.
 7. Una vez reposicionado el utero se debe iniciar la infusión de oxitocina IV y otros uterotonicos como se explico en el manejo de la hemorragia postparto por atonia.
 8. Si la maniobra inicial no fue exitosa se debe intentar nuevamente con la administración de relajantes uterinos como Terbutalina (0.25mg IM) o Sulfato de Magnesio (4gr IV) o Nitroglicerina (100mcgs IV).
 9. Si aun no ha sido posible la restitución uterina se debe realizar el procedimiento bajo anestesia general, por lo tanto si no hay anestesiólogo en la institución se debe remitir de urgencia. Si con solo la anestesia general, preferiblemente con halogenados por su efecto relajante uterino, no se ha podido realizar la restitución del utero, se debe administrar alguno de los relajantes uterinos mencionados arriba.
 10. En caso de no lograrse la reducción del útero hasta aqui, se deberá realizar laparotomia e intentar la reducción con los procedimientos de Huntington (con pinzas de Allix se realiza tracción gentil de los ligamentos redondos y la pared uterina con tomas sucesivas harta llegar al fondo uterino, puede tener un asistente realizando presión por via vaginal), o Haultain (insición longitudinal a nivel del anillo de contracción y tracción con pinzas de la pared uterina).
 11. Si con los anteriores procedinientos no se logra la reducción, el procedimiento a realizar es una histerectomia.
 12. Se debe iniciar un esquema acortado de antibióticos por el alto riesgo de infección derivado de la manipulación uterina.
- Todas las indicaciones descritas ariba se sustentan en información con un nivel de evidencia III, y una fuerza de recomendación B.

PLACENTA ANORMALMENTE ADHERIDA (ACRETISMO PLACENTARIO)

Definición. El acretismo placentario esta definido como la invasión de las vellosidades corionicas más alla de la decidua basalis. Hasta 1950 la incidencia era de 1:30000 partos, hacia 1990 era de 1:2500, y a la fecha de hoy se considera alrededor de 1:500; esta incidencia creciente se ha asociado al aumento de la cesarea en la práctica obstétrica actual. Puede presentarse con complicaciones como hemorragia postparto severa, coagulación intravascular diseminada (CID), invasión a organos vecinos como ureteres, vejiga , o intestino, Síndrome de dificultad respiratoria del adulto, falla renal y muerte.

Clasificación. Dependiendo del nivel de invasión se clasifican en:

1. Placenta acreta (80%). pasa la decidua basalis y entra en contacto con el miometrio.
2. Placenta increta (15%). Hay invasión extensa de las vellosidades al miometrio.
3. Placenta percreta (5%). La invasión llega o sobrepasa la serosa uterina pudiendo comprometer organos vecinos.

Factores de riesgo. Placenta previa tiene un riesgo relativo de 20.7 con respecto a placenta de implantación normal; una cesarea previa tiene un riesgo relativo de 4.5 con respecto a pacientes sin cesarea, y aumenta conforme aumenta el número de cesareas. La edad materna mayor de 35 años y la multiparidad tambien aumentan el riesgo de acretismo.

Diagnóstico. En pacientes con los factores de riesgo descritos se debe realizar una busqueda activa anteparto de acretismo placentario con el fin de mejorar el pronóstico materno y prepararse adecuadamente para el manejo de las posibles complicaciones de emergencia, como una cesarea/histerectomia o una transfusión sanguinea masiva. Los criterios ecográficos incluyen la ausencia de la zona miometrial retroplacentaria hipocogénica, el adelgazamiento o interrupción de la zona hiperecogenica entre la serosa uterina y la vejiga, la presencia de masas sobre la serosa uterina, y la presencia de espacios lacunares intraplacentarios. El estudio doppler de la placenta ha mostrado

flujo sanguíneo persistente entre la placenta basal y el miometrio, pero esto no mejora de forma importante la sensibilidad y especificidad de los hallazgos ecográficos convencionales. La resonancia magnética tiene importancia en el diagnóstico con placentas posteriores, pues en las placentas anteriores es suficiente con los hallazgos ecográficos. En la mayoría de los casos en paciente sin los riesgos mencionados el diagnóstico se realiza durante el alumbramiento por la presencia de retención placentaria o por la extracción manual incompleta de la placenta.

Tratamiento. El manejo de estas pacientes requiere de un grupo interdisciplinario que involucra a obstetra, anestesiólogo, hematólogo, intensivista y radiólogo entre otros, y depende de si el diagnóstico es anteparto o postparto, y del deseo de fertilidad futura.

ANTEPARTO. El grupo multidisciplinario debe reunirse con la paciente y su familia, y explicarles las posibles complicaciones y las opciones de manejo disponibles en el medio. Se debe definir si desea o no fertilidad después de este embarazo, y en caso de no desear más hijos, la mejor opción es programar para cesarea/histerectomía. El día de la cirugía debe estar listo el equipo multidisciplinario con banco de sangre activado y cama de UCI lista para recibir a la paciente. En la preparación para la cirugía se debe realizar monitorización materna exhaustiva incluyendo la invasiva, tener accesos circulatorios suficientes y eficientes para el caso de necesitar infusión rápida de líquidos y derivados sanguíneos; se ha visto beneficio de la instalación previa, en lugar de colocarlo durante el procedimiento de un catéter de embolización arterial para el caso de ser necesario un procedimiento de radiología intervencionista; Al momento de iniciar el procedimiento se debe contar en el quirófano con 2 a 4 unidades de glóbulos rojos y plasma para el manejo de una hemorragia masiva, y en el banco de sangre debe estar reservada y lista una cantidad similar para el caso de ser necesitada de manera urgente. En el caso de realizarse una cesarea/histerectomía se hace una histerotomía clásica, se extrae el feto y se deja intacta la placenta para proceder con la histerectomía. También se podría realizar una confirmación clínica del acretismo con tracción suave del cordón y la aplicación de 10 unidades de oxitocina endovenosa para favorecer el alumbramiento, para en caso de no tener el acretismo se pueda terminar la cesárea y el procedimiento.

En caso de definir el tratamiento conservador (sin histerectomía), se debe realizar una histerotomía lejos de la inserción de la placenta y probablemente del tipo clásica, extraer el feto, intentar el alumbramiento como se indicó arriba y en caso de confirmar el acretismo se debe cortar el cordón umbilical a nivel de la inserción, y realizar la rrafi de útero y tejidos. Se ha observado con este manejo conservador menor frecuencia de histerectomía, hemorragia postparto y CID, pero más de sepsis, por lo cual es necesario el manejo intrahospitalario, la realización de control paraclínico con hemograma y proteína C reactiva para la detección temprana, y la administración de antibióticos profilácticos. Este manejo conservador se debe llevar hasta que la placenta se reabsorba, por lo que se realizan ecografías semanales de control, o sea expulsada espontáneamente por vagina; también se debe mencionar que a pesar de intentarse el manejo conservador el caso puede terminar en histerectomía por complicaciones como hemorragia y sepsis.. Existen otras terapias adyuvantes a este manejo conservador como son la administración de Metotrexate, la embolización de arterias uterinas y el uso de análogos de prostaglandinas.

INTRAPARTO. Cuando el diagnóstico es intraparto usualmente se acompaña de la retención total o parcial de la placenta después de intentar su extracción manual, y en este caso se puede tomar cualquiera de los manejos mencionados, el manejo conservador o el no conservador, pero la hemorragia es en este caso el determinante para escoger el manejo.

ENFERMEDADES MAMARIAS

PEZONES PLANOS O INVERTIDOS

Se producen por la presencia de adherencias en la base del pezón. Esta condición puede dificultar el proceso de amamantamiento al recién nacido y aumentar las complicaciones mamarias como la mastitis y la formación de galactoceles, llevando a su vez a la madre a disminuir su confianza para lograr una lactancia adecuada. Su manejo ha sido muy controversial y existen varios dispositivos diseñados para favorecer la protrusión del

pezón, sin lograr una evidencia satisfactoria sobre su eficacia. Se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones para su manejo:

1. Anteparto. No se recomienda ningún tipo de estimulación del pezón, pues puede desencadenar el reflejo que induce la liberación de oxitocina por la hipófisis posterior, e inducir un parto pretérmino.

2. Postparto. Se recomienda aplicar en la base del pezón una presión gentil alrededor del mismo con el fin de disminuir las adherencias; también se recomienda realizar un bombeo o tracción con vacío del pezón en los momentos previos al amamantamiento para lograr una ligera elongación del pezón y este pueda ser tomado más fácilmente por el recién nacido.

PEZÓN DOLOROSO

Generalmente es el resultado de una técnica de amamantamiento, que incluye una mala posición y una forma incorrecta de tomar el pezón por el recién nacido; también se produce por presión negativa sostenida, succión desorganizada y disfuncional, uso incorrecto de bombas de succión y la infección por candida. La mejor forma de prevenirlo es la educación y entrenamiento adecuado en el control prenatal sobre la técnica de amamantamiento, un aseo adecuado de los pezones con jabones neutros y el uso de algunas cremas humectantes específicas para este uso. La succión desorganizada del recién nacido es un evento usualmente transitorio que se mejora después de 24 horas, pero la disfuncional requiere de intervención terapéutica adecuada según su etiología.

En infección por Candida es necesario cumplir las siguientes recomendaciones:

Buen lavado de manos y secado con toallas de papel desechables; suspender al recién nacido del uso de biberones, pacificadores o juguetes orales por lo menos 20 minutos antes de amamantarlo, y cambiarlos cada semana por unos nuevos; no debe almacenarse la leche extraída.

CONGESTIÓN MAMARIA

Después de 36 horas postparto el tamaño de las mamas aumenta por el incremento del volumen lácteo y la circulación sanguínea y linfática, pero se mantiene blando y depresible. La congestión mamaria aparece por la retención láctea y se manifiesta bilateralmente con mamas duras, dolorosas, abultadas, aumento de la circulación cutánea, y puede tener fiebre (T < 38.5 C). La principal consecuencia es el aumento de la presión intraalveolar que puede producir la atrofia de las células secretoras y mioepiteliales, con una disminución en la producción de leche. Para su prevención y manejo es importante no separar la madre del recién nacido para mantener el amamantamiento, realizar masajes suaves de la periferia hacia el pezón para lograr el drenaje de la leche, utilizar bombas de succión, la colocación de compresas frías sobre el seno, y la utilización de brassiere para sostener el seno. En caso de ser necesario se deben administrar analgésicos a la paciente.

GALACTOCELE

Se produce por la obstrucción del conducto galactóforo, y está caracterizado por una masa generalmente unilateral, ligeramente dolorosa, sin eritema, y bien delimitada. Su manejo incluye aumento en la frecuencia y duración del amamantamiento, extracción manual o mecánica de la leche, paños calientes y masaje del sitio de obstrucción hacia el pezón.

MASTITIS

Definición. Celulitis bacteriana del tejido conectivo interlobular en la glándula mamaria, y producida por la entrada de gérmenes por los conductos galactóforos o por fisuras del pezón, y facilitada por mal drenaje lácteo y mal aseo del pezón. Generalmente producida por Staphylococcus y Streptococcus, se presenta principalmente de las semanas 2 a 6 del puerperio.

Diagnóstico.

-Fiebre mayor de 38°C.

-Dolor, eritema, calor y edema mamario, generalmente unilateral.

-En caso de absceso mamario se encuentra una masa fluctuante y dolorosa.

Tratamiento.

1. Medidas generales:

-Continuar el vaciado mamario y la lactancia con el seno contralateral.

-Aplicar compresas calientes húmedas con sal de Epson o de Inglaterra.

-Mantener el uso de Brassiere

-Pacacetamol 500mgs VO a necesidad según el dolor.

2.Terapia antimicrobiana:

-Ambulatoria: Dicloxacilina 500mgs VO cada 6 horas por 7-10 días, o si es alérgica a la penicilina dar Eritromicina 250mgs VO cada 6 horas.

-Hospitalaria: Se utiliza en caso de no responder a terapia oral en 72 horas o si hay absceso mamario. Oxacilina 2gr IV cada 4 horas.

3. Drenaje de absceso: se debe realizar bajo anestesia general, con técnicas de asepsia y antisepsia, se toma muestra de pus para tinción de Gram y cultivo, se deja gasa en cavidad, la cual se retira a las 24 horas. Se hace curación de la herida 2 veces al día.

INFECCIÓN PUERPERAL

Para iniciar hay que diferenciar los términos fiebre puerperal de infección puerperal:

Fiebre puerperal: Es el aumento de la temperatura más de 38°C, que aparece desde el primero hasta el décimo día del parto.

Infección puerperal: Es la infección del tracto genital que ocurre en cualquier momento desde la ruptura de membranas y el trabajo de parto hasta el día 42 postparto.

Son factores de riesgo el parto en casa en condiciones no adecuadas, bajo nivel socioeconómico, primiparidad, desnutrición, anemia, inmunosupresión, ruptura prolongada de membranas ovulares, trabajo de parto prolongado, múltiples tactos vaginales (mayor de 5), monitorización fetal interna, cesárea, maniobras obstétricas, retención de placenta y hemorragia postparto.

INFECCIÓN PERINEAL

El principal cuadro clínico lo constituye la infección de la episiotomía, y usualmente esta limitada a la infección de la piel y el tejido celular subcutáneo hasta la fascia de Camper.

El cuadro clínico es dolor perineal, eritema y edema del sitio de la episiotomía; se pueden encontrar masas como hematomas o abscesos localizados, fascitis necrotizante cuando se comprometen las fascias de Scarpa y Colle, y extendiéndose hasta producir abscesos glúteos o retroperitoneales, con compromiso de músculos elevadores del ano, plexo lumbosacro y espacio del retroperitoneo.

El tratamiento consiste en exploración, drenaje y desbridamiento, en unión del uso de antibióticos.

INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA O SITIO OPERATORIO (ISO)

En las pacientes que se les realiza cesárea se puede encontrar una incidencia del 2-16% de infección del sitio operatorio; esta infección se produce por contaminación directa desde la piel, o por extensión desde la cavidad amniótica en el momento de la cirugía.

La ISO puede ser celulitis, absceso subcutáneo, fascitis y abscesos pélvicos. En la primera se identifican dolor, eritema, edema y tensión; en el absceso se adiciona la sensación de masa y/o la salida de secreción purulenta proveniente desde la herida. En la fascitis se observa la fascia necrótica y con solución de continuidad, no hay respuesta adecuada al uso de antibióticos, y puede encontrarse enfisema y bulas si se trata de una infección por *Clostridium* spp. Los abscesos pélvicos se sospechan en pacientes que persisten febriles a pesar del tratamiento antibiótico, y se describen colecciones intraabdominales en la ecografía o TAC.

El tratamiento consiste en administración de antibióticos y el drenaje y desbridamiento del tejido necrótico, excepto en la celulitis en la cual, no hay necrosis ni colección purulenta.

ENDOMETRITIS POSTPARTO

Definición. Es la infección de la cavidad uterina presente después del parto. Puede extenderse hasta producir endometritis, absceso pélvico, tromboflebitis pélvica séptica, sepsis y choque séptico. Se caracteriza por ser de etiología polimicrobiana, la cual proviene principalmente del tracto genital inferior.

Prevención.

-Tratar infecciones vaginales previas (Vaginosis Bacteriana, Colonización por *Streptococcus agalactiae*, Tricomonirosis).

-Inducción del parto en RPMO que no necesiten manejo expectante.

- Adecuado control del trabajo de parto.
- Disminución de índices de cesárea.

Diagnostico.

- Fiebre mayor de 38°C.
- Taquicardia.
- Útero suninvolucionado y doloroso.
- Loquios malolientes y aspecto sanguinopurulentos.
- Hemoleucograma con leucocitosis y neutrofilia.
- Si es posible, tomar muestras de cavidad endometrial para cultivo de aerobios y anaerobios.
- Diagnostico diferencial: Infección urinaria, hematoma infectado, absceso pélvico, mastitis, infección viral.

Tratamiento.

1. Terapia antimicrobiana: se utilizan esquemas de amplio espectro y via parenteral, hasta cuando pase la paciente 48 horas asintomática.
 - a. Clindamicina 900mg IV cada 8 horas + Gentamicina 5mg/kg/día IV en una dosis.
 - b. Ampicilina-Sulbactam 1,5-3grs IV cada 6 horas.
 - c. Penicilina G cristalina 5.000.000 U.I. IV cada 6 horas + Gentamicina + Metronidazol 0,5-1gr IV cada 8 horas.
 - d. Cefoxitina 2gr IV cada 6 horas.
 - e. Piperacilina/Tazobactam 2-4gr/0,25-0,5gr cada 6-8 horas IV.
2. Extracción de restos placentarios si hay evidencia de retención.
3. En caso de Endometriometritis y/o Absceso pélvico, los cuales se presentan por diseminación hemática, linfática o de continuidad, se deberá realizar laparotomía y anexohisterectomía.
4. En caso de tromboflebitis pélvica séptica, la cual se sospecha por descarte en pacientes con picos febriles a pesar del uso adecuado de antibióticos y descartar la presencia de abscesos pelvicos o abdominales, se deberá iniciar heparina con bolo de 5000-10000 UI y continuar a 1000 UI/hora con control de coagulación cada 6 horas. Tambien puede usarse heparinas de bajo peso molecular como Enoxaparina o Nadroparina 1mg/kg cada 12 horas, o Dalteparina 200 UI/Kg.

BIBLIOGRAFIA

- Kayem G, Grange G, Schmitz T. Clinical aspects and management of morbidly adherent placenta. Eur Clinics Obstet Gynaecol 2006; 2:139-45.
- Prachniak GK. Common breastfeeding problems. Obstet Gynecol Clinics North Am 2002;29(1):77-88.
- Maharaj D, Tert Teach D. Puerperal piroxia: a rewiew. Part I. Obstet Gynecol Surv 2007; 62(6):393-99.
- Maharaj D, Tert Teach D. Puerperal piroxia: a rewiew. Part II. Obstet Gynecol Surv 2007; 62(6):400-6.