

PUERPERIO NORMAL

Prof. Dr. Carlos Alberto Cassella, Dr. Vicente Guillermo Gómez, Dr. Domingo J. Maidana Roa

Uno de los objetivos de los que trabajamos en salud, es la disminución de la Morvimortalidad, a través de acciones de promoción y prevención, y la asistencia oportuna y correcta de las enfermedades.

Los que ejercemos la obstetricia, sabemos que el puerperio, conlleva un elevado riesgo de Morvimortalidad materna, convirtiéndose su disminución, en uno de nuestros objetivos.

Para lograr esto es importante tener los conocimientos que nos permitan, el control clínico adecuado, identificar los factores de riesgo, y controlar según el grado de riesgo, reconocer precozmente las desviaciones, hacer un diagnóstico oportuno y un tratamiento correcto, todo esto nos conducirá a una disminución de la Morbimortalidad Materna Puerperal.

DEFINICION

Es el período en el que se producen, transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregravidado. Debemos destacar que solo la glándula mamaria experimenta un gran desarrollo.

Este período se extiende convencionalmente desde la finalización del período de post alumbramiento (T. de parto) hasta 45-60 días del pos parto.

ETAPAS DEL PUERPERIO

- a) Puerperio Inmediato:** comprende las primeras 24 Hs. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.
- b) Puerperio Mediato o Propiamente Dicho:** abarca del 2do al 10mo día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.
- c) Puerperio Alejado:** se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.
- d) Puerperio Tardío:** puede llegar hasta los 6 meses pos parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.

FISIOLOGIA Y CLINICA

Puerperio Inmediato: en este periodo el esfuerzo orgánico, está destinado a lograr la Hemostasia Uterina.

En el alumbramiento, se produce el desprendimiento y expulsión de la placenta y membranas ovulares, éste se produce a nivel del límite entre decidua compacta y esponjosa (fig. 1); y queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes (fig. 2); la capa basal del endometrio tiene una irrigación propia que evita los procesos necrobióticos que experimentan las capas superiores.

Para una eficaz hemostasia se ponen en juego 2 mecanismos:

- **La retractilidad:** fenómeno permanente y pasivo que consiste en un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina.
- **La contractilidad:** fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporario de la fibra muscular uterina.

Fig.1 Placenta y Desidua Basal (sus capas)

Ambos fenómenos en conjunto provocan la compresión y oclusión vascular que se denominan Ligaduras Vivientes de Pinard.

Clínicamente palpamos un útero de consistencia dura elástica, de límites bien definidos que se denomina "Globo de Seguridad de Pinard", periódicamente adquiere una consistencia dura leñosa que provoca dolor, denominados "Entuertos", el fondo uterino se ubica aproximadamente a nivel umbilical.

La hemostasia lograda no es total, se pierden pequeñas cantidades de sangre rojo rutilante, acompañada de restos de decidua esponjosa, lo que se elimina por genitales luego del parto se denomina "Loquios", en las primeras 24 Hs. estos son hemáticos, y se pierden aproximadamente 500 cc. de sangre.

Fig. 2 Desidua basal luego del desprendimiento placentario

En este período aparecen episodios de chuchos, escalofríos y palidez cutánea generalizada, estos pueden durar minutos o prolongarse, existen tres mecanismos fisiológicos que tratan de explicar estos fenómenos.

1. Disminución del aporte sanguíneo a nivel periférico que provoca palidez y frío, que trata de compensarse con temblor.
2. Los vasos sangrantes de la decidua esponjosa, son puertas de entrada para gérmenes, que provocan una bacteriemia que se acompaña de temblores y escalofríos.
3. El pasaje al torrente sanguíneo de tejido trofoblástico, y sangre fetal provocan los temblores y escalofríos.

A nivel cardiovascular hay disminución del retorno venoso con disminución de la frecuencia y gasto cardíaco, esto se debe a la importante dilatación de la red venosa abdominal; otra explicación para la bradicardia es una descarga vagal por depleción brusca del abdomen; la presencia de taquicardia nos debe hacer pensar en una anomalía. La tensión arterial se maneja dentro de parámetros normales.

La temperatura corporal puede ser normal o existir una elevación brusca que llega hasta los 38° C, este ascenso obedece a los mismos mecanismos que los chuchos y escalofríos y suele darse generalmente en pacientes con partos distócicos (fig. 3).

Fig. 3 - Curva Térmica Puerperal

Puerperio propiamente dicho: durante este periodo se ponen en juego mecanismos involutivos para recuperar los caracteres pregrávidos:

Aparato genital: la cavidad uterina esta cubierta por restos de decidua esponjosa con vasos escasamente sangrantes, los loquios en los primeros días de este periodo mantienen características hemáticas. El lecho cruento que cubre la cavidad uterina comienza a secretar un material serofibrinoso que forma una capa sobre él, en el límite entre decidua esponjosa y vasal aparece un infiltrado leucocitario (con predominio de neutrófilos), también aparece un infiltrado perivascular, hialinización de las paredes de los vasos y trombos endoluminales, estos mecanismos contribuyen a disminuir las pérdidas sanguíneas. Paulatinamente aumenta el contenido seroso de los loquios, producto del trasudado de la superficie endometrial y por desematización del cervix y vagina, al cuarto o quinto día los loquios se convierten en serohemáticos con contenido leucocitario y células descamadas de cervix y vagina, los loquios nunca deben presentar olor fétido.

En el miometrio las fibras musculares hipertrofiadas vuelven a su tamaño normal, las fibras neoformadas sufren una degeneración hialina, esto se manifiesta clínicamente con una disminución de la altura uterina a una velocidad de 1 – 2 cm. / día (Fig. 4).

Fig. 4 – Involución uterina puerperal

El segmento uterino adelgazado y plegado le da al cuerpo gran movilidad y sufre un proceso involutivo que lo lleva a desaparecer al final de este periodo. Las contracciones disminuyen en

intensidad y frecuencia. El cuello uterino al tercer día por la desematización que sufre recupera su forma, longitud y consistencia, se restablece el canal cervical que al cuarto o quinto día no es permeable al dedo. La vagina se desematiza, reaparecen los pliegues vaginales y recupera su tonicidad igual mecanismo se pone en juego en la vulva.

Fenómenos humorales: la desematización aumenta el volumen vascular renal que provoca un aumento en la diuresis (poliuria fisiológica del puerperio). Aumenta el catabolismo proteico con un consecuente aumento de la uremia. Se mantiene elevada por unos días la eliminación de creatinina que luego se normaliza. El hematocrito y la hemoglobina disminuyen por dilución. La leucocitosis se normaliza en este período. la hipercoagulabilidad sanguínea exagerada durante el embarazo y el parto se mantiene. Hay aumento de las plaquetas, de la agregación plaquetaria y del fibrinógeno plasmático; la velocidad de sedimentación globular se acelera pudiendo llegar en la primera hora hasta 50 milímetros.

Signos vitales: la tensión arterial y la frecuencia cardiaca se mantienen dentro de parámetros normales. La temperatura al tercer o cuarto día experimenta una elevación por aumento del metabolismo mamario "bajada de la leche" este aumento no debe durar más de 24 hs., con disociación axilorectal a predominio de la axilar y debe descartarse otro foco infeccioso.

Otros aparatos:

- *Piel y mucosas:* desaparece la hiperpigmentación cutánea, las estrías pasan de un color rojizo a un tinte nacarado definitivo, desaparecen los hematomas suconjutivales, las petequias y las hemorragias capilares originadas por los pujos.

- *Tejido mioconjuntivo:* la pared abdominal presenta un estado de flacidez, los músculos rectos del abdomen experimentan distintos grados de diástasis, si la separación llega hasta la sínfisis pubiana, la misma se considera definitiva.

- *Aparato urinario:* la vejiga y la uretra se desematizan facilitando la micción, pero en ocasiones la hiperdistensión de la musculatura pelviana, las lesiones vesicales y la relajación vesical pos parto, pueden inhibir el reflejo miccional favoreciendo la retención urinaria, estos hechos desaparecen al final de este período.

- *Aparato digestivo:* los órganos digestivos vuelven a su posición normal y retoman su normal fisiología, durante los primeros días suele haber una hiperdistensión intestinal con disminución del peristaltismo, apareciendo cuadros de constipación que deben retrogradar espontáneamente.

- *Aparato respiratorio:* la respiración se normaliza, vuelve a ser abdominal y desaparece la alcalosis respiratoria.

Puerperio alejado: a partir de las células de la porción basal de las glándulas endometriales se produce la reepitelización endometrial. Los loquios de serohemáticos pasan a ser serosos y tienden a desaparecer hacia la tercer semana pos parto. Hacia el día 12, el orificio cervical interno se debe encontrar totalmente cerrado. Entre los días 10 y 14, el útero se hace intrapélvico mediante el proceso involutivo miometrial. El día 21 por un mecanismo no muy claro, se produce una pérdida hemática denominada pequeño retorno. Entre los 30 y 45 días puede reaparecer la ovulación y en caso de no haber fecundación reaparece la menstruación.

Puerperio tardío: se extiende desde los 45 días hasta que continúe una lactancia prolongada y activa, que puede evitar el retorno al ciclo sexual normal.

ATENCION DEL PUERPERIO

La correcta atención del puerperio consiste en aplicar las medidas necesarias para una adecuada evolución, detectar factores de riesgo para complicaciones y ejecutar las medidas profilácticas necesarias y si aparecen las mismas diagnosticarlas precozmente para un adecuado tratamiento.

Puerperio inmediato: la complicación mas temida en este periodo es la hemorragia sus factores de riesgo son:

multiparidad, edad mayor a 35 años, embarazo insuficiente o no controlado, macrosomía fetal, embarazo múltiple, polihidramnios, coagulopatía, miomatosis uterina, cirugías uterinas previas, hiper estimulación uterina, parto precipitado, parto instrumental, distosia de hombros, alumbramiento patológico, parto no institucional, etc.

Control Clínico: luego de estar 2 hs. en la sala de post alumbramiento la paciente pasa a la sala de puerperio donde se le efectuará durante este periodo, 3 controles / día.

En cada control se evaluará:

1. Anamnesis: se le interrogará sobre la presencia de síntomas relacionados o no al parto.

2. Examen físico:

- a) *control de signos vitales*: se evaluará frecuencia cardiaca, pulso, tensión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura, teniendo en cuenta aquellas alteraciones fisiológicas ya enunciadas.
- b) *Piel y mucosas*: se buscará todos los signos relacionados con la anemia.
- c) *Aparato respiratorio y cardiovascular*: se buscará la presencia de signos relacionados a patologías.
- d) *Abdomen*: se buscará la presencia de puntos dolorosos, RHA, flatos y se palpará el útero a través de la pared abdominal. Se evaluará su ubicación, tamaño y consistencia, si duele o no. Se evaluará la herida quirúrgica en caso de cesárea abdominal.
- e) *Genitales externos*: se evaluará los loquios, cantidad, color y olor, se controlará la vulva, el periné y la episiorrafia.
- f) *Miembros inferiores*: se evaluará la presencia de edemas y varices, se buscarán signos asociados a trombosis venosa profunda.
- g) *Control de los emuntorios*: la paciente deberá orinar antes de las 12 hs. de culminado el trabajo de parto. En caso de que no lo haga espontáneamente, se la invitará a levantarse e intentar la micción por sí sola, si no lo hace se evaluará la presencia de un globo vesical o lesiones parauretrales y será necesario colocar una sonda vesical manteniendo las normas de asepsia. En pacientes anestesiadas la pérdida de sensibilidad puede ocasionar que no sienta deseo miccional, en esos casos se sugerirá la micción aunque no sienta deseos de hacerlo. En las primeras 24 hs. no es necesario que la paciente evacue sus intestinos.

3. Laboratorio. Se solicitará hemograma, VDRL y grupo y factor sanguíneo.

4. Indicaciones terapéuticas:

a) Uterorretractores:

· *Ergotínicos*: se utilizará ergonovina 0.6 mg./día, vía oral o intramuscular, metil ergometrina 0.6 mg./día intramuscular, metil ergonovina 0.4 mg./día vía oral. El uso de ergotínicos está contraindicado en pacientes hipertensas, se indicará por 24 hs. o se podrá utilizar más días según evolución obstétrica.

· *Oxitósicos*: está indicado en pacientes hipertensas o con factores de riesgo para hemorragias, se usará asociado a ergotínicos.

b) *Antibioticoterapia*: se indicará el uso de antibióticos en pacientes con episiorrafia, cesárea abdominal y factores de riesgo para infección. Si durante la cesárea abdominal o la episiorrafia se mantuvieron normas de asepsia y no existen factores de riesgo para infecciones se realizará antibioticoprofilaxis con cefalotina 1 gr. por vía endovenosa o intramuscular durante el acto quirúrgico y otro gramo a las 6 hs. si no se dan las condiciones enunciadas anteriormente se realizará tratamiento antibiótico completo durante 7 – 10 días, las drogas de elección son: ampicilina, amoxicilina, cefalexina, cefalotina, eritromicina, gentamicina, etc.

c) *Analgesia*: en caso de cesárea abdominal o episiorragia se indicará analgesia reglada las primeras 24 hs.

MEDIDAS HIGIENICO DIETETICAS

a) Higiene perineal: se recomendará tres veces por día, se utilizará guantes y se evitará contacto directo de las manos con los genitales, se utilizará antisépticos diluidos (DG6, Merthiolate) o agua hervida. La técnica sugerida es derramar el líquido en sentido antero posterior, se evitará las duchas vaginales y el uso del bidet. Se mantendrá la zona de la episiorrafia limpia, seca y cubierta con apósitos estériles.

b) Higiene corporal: no está contraindicada la ducha en las primeras 24 hs. del puerperio.

c) Dieta: se sugerirá una dieta liviana con alimentos que ayuden a la evacuación intestinal.

d) Ejercicios: se aconsejará la movilización y deambulación precoz, se evitará con esta medida el éxtasis circulatorio que predisponen a las tromboflebitis, favorecerá la eliminación loquial y facilitará la pronta recuperación de la puerpera, en casos de cesárea abdominal se siguen las indicaciones propias de los post operatorios.

Puerperio propiamente dicho: durante los primeros días de este periodo la complicación más frecuente siguen siendo las hemorragias, posteriormente y en el puerperio alejado la complicación predominante son las infecciones. Los factores de riesgo para las infecciones son: estado socioeconómico bajo, embarazo insuficiente o no controlado, incumplimiento de normas de asepsia y antisepsia, rotura prematura o prolongada de membranas, cervicopatías no tratadas, trabajo de parto prolongado, tactos reiterados (más de 5), periodo expulsivo prolongado, parto instrumental, patologías del periodo placentario, alumbramiento manual, legrado pos alumbramiento, cesárea intraparto, parto no institucional, etc.

Control clínico: pasada las primeras 24 hs. la paciente debe continuar internada 24 hs. mas si fue parto por vía vaginal y 48 hs. si fue por vía abdominal, se le realizaran durante este periodo 2 controles diarios. El control clínico será el mismo que en el puerperio inmediato. En relación a los signos vitales no olvidarse que al tercer o cuarto día y al quinto o sexto día pueden aparecer dos picos febriles fisiológicos, el primero se deberá a la bajada de la leche y el segundo a una falta de evacuación intestinal, pero es el medico quien debe asumirlos como fisiológicos o no.

El útero seguirá involucionando a una velocidad de 1 o 2 cms / día. Si a las 72 hs. pos parto no se produce la evacuación intestinal se administrara laxantes suaves o se realizará enema evacuante. Se evaluarán las mamas, su areola, su pezón, buscando escoriaciones o grietas que constituirán puertas de entrada para infecciones mamarias.

Indicaciones al alta médica: se indicarán como anomalías la aparición de: fiebre, dolor en pantorrillas, aumento o fetidez de los loquios, episiorrafia edematosa o sangrante, útero doloroso, herida quirúrgica flogótica o con secreciones, areolas y pezón dolorosos o con grietas sangrantes.

La higiene perineal deberá realizarse tres veces al día. Se le permitirá la ducha corporal y se le prohibirá baños de inmersión y el uso del bidet, hasta que desaparezcan los loquios, se le recomendará una reincorporación progresiva a su vida normal. A partir del décimo quinto día se le sugerirá ejercicios suaves para recuperar el tono de la prensa abdominal, de los elevadores, y de los músculos de la pantorrilla.

Luego de la primera evacuación intestinal se le indicara una dieta general rica en leche y sus derivados, frutas, verduras, carnes, deberá continuar la suplementación con hierros y vitaminas.

En relación a su vida sexual se recomendará no reiniciarla hasta que desaparezcan los loquios. Se le darán las informaciones correspondientes sobre anticoncepción. Se la citara para control a la semana del alta, si no aparecen complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. IFFI – Kaminetzky. Obstetricia y perinatología.
2. Ricardo Schwarz – Carlos Duverges – Silvestre Sala. Obstetricia.
3. Roberto A. Votta – Osvaldo H. Parada. Obstetricia.
4. Uranga Imaz - F. Uranga Imaz (h). Obstetricia Práctica.
5. Servicio de Obstetricia del Instituto Dexeus. Tratado de Obstetricia de Dexeus – Tratado de Fisiología Obstétrica.
6. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Bs. As. Normas en Obstetricias.
7. Servicio de Tocoginecología Hospital Dr. J. R. Vidal. Normas en Obstetricia.
8. Ministerio de Salud Publica de la Nación – Propuesta Normativa Perinatal Tomo I.