

Fiebre puerperal

Olga Rodríguez, José Lombardía, María Dolores Maldonado, Antonio Palacios y Amalio Sánchez-Dehesa

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

INTRODUCCIÓN

Definición

La fiebre se define como el aumento de la temperatura corporal por encima de 37,8 °C¹. El puerperio es el tiempo que va desde el nacimiento hasta las primeras 6 semanas postparto². Por tanto, la fiebre puerperal es el aumento de temperatura por encima de 37,8 °C durante las 6 semanas posteriores al parto y desde las 24 h después de éste³.

Historia

La fiebre puerperal se conoce desde hace mucho tiempo. Ésta se manifestó de forma epidémica a finales del siglo XVIII debido a la creación de las maternidades. En la clínica de mujeres de Viena había dos grandes departamentos: uno para los estudiantes de medicina y otro para las matronas. En el primero la mortalidad puerperal era hasta 5 veces superior que en el segundo. La muerte del profesor de medicina legal, herido por uno de sus discípulos durante una autopsia, con un cuadro septicémico similar a la infección puerperal, hizo pensar a Semmelweis que en los cadáveres había "materias pútridas" que los estudiantes portaban en sus manos desde la sala de disección a las parturientas, contaminándolas. Como consecuencia de ello, se prohibió a los estudiantes que asistían partos atender autopsias y, además, se les obligó a lavarse las manos antes de tocar a las parturientas y el instrumental. Así nacieron los conceptos de *asepsia* y *antisepsia*. Por aquel tiempo, Pasteur enunció su teoría microbiana, identificando aquellas "materias pútridas" con microorganismos^{3,4}.

Epidemiología

La frecuencia de los puerperios febriles varía entre el 1,5 y el 4% de todos los partos⁵.

No todas las fiebres que aparecen en el puerperio son de causa infecciosa, si bien la principal manifestación de la in-

fección es la fiebre; por ello, una de las primeras causas a descartar ante un puerperio febril será un proceso infeccioso. Existen unos factores que predisponen a la infección en el puerperio:

Factores locales:

- Rotura prematura de membranas (RPM), tactos vaginales numerosos, monitorización fetal interna.
- Partos operatorios, heridas en el canal blando.
- Isquemización del útero postparto, procesos de regresión del útero, exudación de la herida placentaria, retención de algún cotiledón.
- Intervenciones de urgencia, reintervenciones, bisturí eléctrico, drenajes.

Factores generales:

- Enfermedades coexistentes con la gestación: obesidad, deficiencias nutricionales, diabetes mellitus. La anemia es un punto controvertido.
- La anemia ferropénica cursa con aumento de transferrina que parece tener algún efecto antibacteriano.
- Ciertas bacterias no crecen si existe déficit de hierro. Por tanto, se podría afirmar que un cierto grado de anemia previene ciertas infecciones⁶.

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE FIEBRE PUERPERAL (tabla 1). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Fiebre fisiológica

La lesión tisular producida por la agresión quirúrgica en el curso de una intervención justifica la presencia de fiebre porque se liberan sustancias identificadas como pirógenos endógenos desde los tejidos lesionados responsables del aumento de temperatura. No precisa tratamiento específico⁷.

Atelectasia pulmonar

Da fiebre en las primeras 24-48 h, aunque no se pueda comprobar su existencia por la exploración física ni por radiología. Se resuelve con la reexpansión del pulmón⁷.

Correspondencia: Dra. O. Rodríguez Gómez.
C/ Guadyerbas, 4, 4.º D. 45007 Toledo.

Tabla 1. Causas más frecuentes de fiebre puerperal

Fiebre fisiológica
Atelectasia pulmonar
Ingurgitación mamaria
Mastitis puerperal
Flebitis
Complicaciones respiratorias
Infección urinaria
Infección episiotomía
Infección herida laparotómica
Endometritis
Tromboflebitis pélvica-trombosis venosa profunda
Septicemia

Ingurgitación mamaria

Es más frecuente entre el segundo y tercer días posparto. Aparece como una súbita turgencia mamaria con dolor local, aparente red venosa superficial y, en algunas ocasiones, con aparición de nódulos en la axila⁸. Se diferencia de la mastitis en que la ingurgitación es bilateral y da febrícula (de duración menor de 24 h). La actitud terapéutica indicada es:

– Mujer lactante. Sujetador ajustado además de vaciado mamario, calor local y analgesia si precisa. Si estas medidas no fueran suficientes se puede utilizar oxitocina: 10 unidades de oxitocina (1 ampolla) intramuscular (i.m.) cada 8 h o bien 5 unidades de oxitocina (media ampolla) i.m. media hora antes de cada toma.

– Mujer no lactante. Vendaje mamario junto con frío local, restricción hídrica, analgesia y un antagonista de la prolactina (p. ej., bromocriptina o cabergolina, ambos agonistas dopaminérgicos).

Mastitis puerperal

Sobre todo en la segunda semana posparto. Se trata de una infección del parénquima glandular o vasos linfáticos causada generalmente por *Staphylococcus* o *Streptococcus*. Cursa con fiebre (39-40 °C) que suele durar más de 24 h y localmente se presenta como zona eritematosa, indurada, dolorosa en un cuadrante o en toda la mama⁸.

Es primordial la prevención. Cuando ya está instaurada, el tratamiento debe ser con calor local, antiinflamatorios y antibióticos betalactámicos (penicilina resistente a penicilinas o cefalosporina de primera generación).

En principio no será necesario suprimir la lactancia, pero si la temperatura es mayor de 38 °C, justo antes de una toma se puede suprimir la lactancia materna por lactancia artificial en esa toma y esperar el efecto del tratamiento. Si hay sospecha de un absceso de mama, se suspenderá desde el principio.

Flebitis

Principalmente en las primeras 24-72 h posquirúrgicas. Suele ser por gérmenes de la piel (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*). El tratamiento consistirá en retirar el catéter y dar antibiótico betalactámico⁷.

Complicaciones respiratorias

En las primeras 24 h y casi el 100% tras cesárea. Puede ser por:

- Atelectasia.
- Neumonía por aspiración.

La alteración del sistema mucociliar por la intubación orotraqueal unido a la escasa efectividad del mecanismo de la tos en el postoperatorio propicia la aparición de estos procesos⁷. Se diagnosticarán a través de la auscultación pulmonar y placa de tórax.

Infección urinaria

Generalmente en las primeras 72 h, pero si el parto ha sido vaginal puede ser antes. Viene favorecida por los sondajes vesicales frecuentes, sondas permanentes, partos laboriosos y anestesia epidural (favorece la retención urinaria).

Se manifiesta con febrícula o fiebre en agujas, síndrome miccional y a veces con puñopercusión renal positiva⁸, en cuyo caso se sospechará infección de vías urinarias altas. La clínica, junto con el análisis sistemático de orina, el urocultivo y el antibiograma, nos dará el diagnóstico. El tratamiento habrá que comenzar antes de saber el resultado del cultivo: acidificación de la orina, abundante ingesta de líquidos, antibioterapia (teniendo en cuenta que el germen más frecuente es *E. coli*). Si es necesario, el antibiótico se modificará según el antibiograma. Debemos considerar que, aunque en un pequeño porcentaje de casos, la infección del tracto urinario puede ser producida por otro germen menos común como es el *Proteus* (en sus distintas especies), en cuyo caso la medida no será acidificar la orina sino alcalinizarla⁹.

Infección, episiotomía

La exploración hace sencillo el diagnóstico: eritema e induración de los bordes de la herida con hipersensibilidad de la zona (incluso disuria) y, a veces, dehiscencia parcial. Cuando encontremos una episiotomía así, las medidas a seguir deben ser: limpieza de la región, punción y drenaje de posibles colecciones purulentas, antiinflamatorios, baños de asiento 2-3 veces/día⁸ y cobertura antibiótica de amplio espectro. Si ya existe dehiscencia será necesario desbridar la herida y rellenar la cavidad con una pomada de acción bacteriostática y/o bacteriolítica que no altere las condiciones naturales de la piel y favorezca la cicatrización además de usar polvos cicatrizantes. No se debe cerrar la herida mientras se observe que está infectada, entonces dejaremos que se cierre por segunda intención (si a los 12-15 días no ha cerrado, nos replantaremos la sutura)⁸.

Infección de la herida laparotómica

Sobre todo entre 5 y 10 días posquirúrgica. A veces la herida sugiere la presencia de un absceso, en cuyo caso se abrirá y drenará con un estilete. Si no hay datos definitivos, se realizará una segunda exploración a las 24 h. Cuando el absceso es importante, se tomará material para cultivo y antibiograma; hasta obtener los resultados, la actitud terapéutica será: antibioterapia (betalactámico), lavados con solución salina a presión con jeringa, drenaje y dejar cicatrizar por segunda intención si se puede⁸.

Endometritis

Es una causa frecuente de fiebre posparto y su principal factor de riesgo es el parto por cesárea². Se trata de una infección polimicrobiana que debe sospecharse en una puerpera con factores favorecedores, como pueden ser:

- Muchas horas de bolsa rota.
- Muchos tactos vaginales.
- Partos prolongados.

Suele producir fiebre de 38,5-39 °C en serrucho, así como subinvolución uterina, retención de loquios (lo que da lugar a un útero aumentado de tamaño), loquios malolientes e hipersensibilidad uterina.

Para confirmar el diagnóstico solicitaremos: hemograma de sangre, estudio de coagulación, cultivos cervical y/o endometrial. En el hemograma se pretende detectar la leucocitosis, que es relativamente frecuente, con desviación izquierda (aunque cifras de leucocitos de hasta 15-20.000/μl pueden ser normales en el puerperio)⁵; en el estudio de coagulación puede detectarse una posible coagulopatía por extensión de la infección a niveles sistémicos. Los hemocultivos podrían ser útiles sobre todo si existe extensión linfática del proceso infeccioso⁸.

Hasta tener todos los resultados hay que establecer un tratamiento antibiótico energético:

- Clindamicina con gentamicina. Suele curar al 85-95% de las pacientes².
- Ampicilina con gentamicina y clindamicina.

Se usan por vía intravenosa, y tras 48 h afebril se puede pasar a tratamiento oral e intramuscular con gentamicina hasta completar el ciclo de 8-10 días.

Además, habrá que asociar: oxitocina 20 unidades/6 h disueltas en 500 ml de suero glucosado al 5% y una dieta hiperproteica.

Otra prueba complementaria importante para el diagnóstico será la ecografía, en la que se pueden encontrar restos en cavidad, en cuyo caso habrá que hacer un legrado puerperal con correcta cobertura antibiótica.

Lo más importante es prevenir la endometritis utilizando antibióticos a dosis profilácticas, especialmente en las cesáreas inmediatamente después de pinzar el cordón.

Y es que los problemas que una endometritis puede ocasionar, entre otros, proceden de la extensión de la infección a otras áreas provocando salpingitis, parametritis o peritonitis, con las secuelas que de ello se pueden derivar⁴.

Tromboflebitis pélvica-trombosis venosa profunda puerperal

Al segundo o tercer día posparto, cuando se ha diagnosticado una endometritis y la fiebre persiste 72 h después del tratamiento antibiótico, se debe pensar en una tromboflebitis pélvica⁴. Se manifiesta de forma similar a la endometritis, con escalofríos, fiebre alta, dolores abdominales intensos, movilización dolorosa del útero. A veces, pueden ser asintomáticas, salvo que aparecen escalofríos⁵.

Cuando se produce una infección del lugar de inserción de la placenta se forman trombos en las venas de la zona afectada, lo cual favorece la proliferación de bacterias anaerobias. Se pueden llegar a comprometer las venas ováricas debido a que drenan el sitio de inserción de la placenta.

Así, cuando una puerpera presenta fiebre persistente, con masa parametrial palpable o sin ella, no es descabellado solicitar una TC, una RM o una eco-Doppler ante la sospecha de una flebitis pelviana.

El tratamiento consiste en anticoagulantes directos i.v. (heparina sódica como máximo representante), con cobertura antibiótica; pero la medida más importante de todas es el reposo absoluto, para evitar el desprendimiento de trombos y la producción de embolia pulmonar (entidad que se produce infrecuentemente)⁴.

Septicemia

Es la penetración de gérmenes en el torrente sanguíneo. El paso de trombos sépticos a la circulación coincide con pico febril y escalofrío (la fiebre puede ser de hasta 40 °C, dura pocas horas y termina remitiendo). Característicamente, el pulso se mantiene más rápido de lo que corresponde a la temperatura. En las formas más graves la taquicardia puede acompañarse de hipotensión, que puede

Tabla 2. Estudio básico inicial ante un puerperio febril

Exploración física	
Auscultación pulmonar	Para descartar procesos de atelectasia-neumonía
Exploración de mamas	Para diferenciar si fuera ingurgitación mamaria o mastitis
Exploración abdominal	Buscando puntos dolorosos de mayor intensidad de lo considerado como normal
Levantar apósito (en caso de cesárea)	Para descartar infección de la herida laparotómica
Revisión de la episiotomía	Para descartar infección
Exploración de miembros inferiores	Ante la posibilidad de un proceso trombótico
Pruebas complementarias	
Análisis sistemático de sangre	Buscando leucocitosis, con desviación a la izquierda o no
Estudio de coagulación	Ante la posibilidad de que haya un proceso sistémico que haya podido afectar al sistema de coagulación
Análisis sistemático de orina	En busca de datos sugestivo de infección del tracto urinario
Urocultivo	Porque a veces el análisis sistemático de orina no da datos concretos, pero sí crece algún germen en el cultivo de orina
Hemocultivos	Podrían ser útiles en algunos casos de endometritis (rara vez son positivos)
Cultivo de loquios	Para descartar una endometritis

llegar al colapso (hipotensión, pulso débil, piel fría, facies hipocrática, mal estado general)⁴.

Muchas veces, cuando una puérpera tiene fiebre, existen signos clínicos muy poco sugerentes de una enfermedad concreta; por eso, además de basarnos en la clínica para poder llegar a un diagnóstico, tenemos que basarnos en una exploración física y en pruebas complementarias básicas (tabla 2).

Ante un primer pico febril en una puérpera, lo primero que debemos hacer es comprobar la clínica de la paciente y si no es sugerente de ningún proceso concreto sería correcto administrar un antipirético y seguir estrictamente el control de la temperatura y estado general. Si unas horas después (pongamos por límite 12 h) se volviera a repetir el pico, es el momento de buscar una explicación para establecer las medidas terapéuticas adecuadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Obeso G. Infecciosas. En: Sanz F, editor. Manual CTO (2.ª ed.).1997; 264.
2. Larry C, Thomas A, Charles E et al. Puerperio. En: Preci V, editor. 1998; 2: 202-207.
3. Dexeus J.M. Carreras, H. Infección puerperal. En: Dexeus S, editor. Tratado de obstetricia Dexeus. Barcelona: Salvat, 1982; 2: 703-716.
4. Botella J, Clavero JA. La infección puerperal. En: Botella J, editor. Tratado de ginecología. Madrid: Díaz de Santos, 1993; 614-623.
5. Del Sol JR, Vanrell JA. Patología del puerperio. En: González-Merlo, editor. Obstetricia. Barcelona: Masson-Salvat, 1994; 608-614.
6. Cunningham F, McDonald P, Gant N et al. Infección y trastornos del puerperio. En: Williams, editor. Obstetricia. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 1998: 513-532.
7. Olivares JI, Marugán JA, Nuño JM et al. Fiebre postoperatoria. En: Manual de diagnóstico y tratamiento quirúrgico. 1987; 127-132.
8. Carrera JM. Puerperio patología. En: Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. Barcelona: Masson, 1996; 402-412.
9. Leiva O, Díaz R. Infección del tracto urinario. En: Leiva O, editor. Patología quirúrgica. Urología. Madrid: Luzán 5, 1995;175-192.