



# FIEBRE EN EL PUERPERIO

2024

DRA. MARIA ALEJANDRA URUEÑA

**“Proceso febril de origen genital que aparece después de las 24 horas del parto, habitualmente dentro de los 10 días posteriores al mismo”**

- (Joint Commmittee on Maternal Welfare)



**La referencia clásica de infección puerperal data de 1930:**

# FIEBRE PUERPERAL

Se define como una  $T^{\circ}$  corporal = o  $>$  a  $38^{\circ}\text{C}$  en 2 tomas consecutivas en el POP o igual o mayor a  $39^{\circ}\text{C}$  en cualquier toma única.

La fiebre se presenta en más del 50% de los POP grales, incluyendo los obstétricos y en general resuelven espontáneamente.

En menos de la mitad no se identifica una causa infecciosa.

En términos generales, la fiebre es una respuesta normal del huésped frente a pirógenos externos e internos.

# “Síndrome febril postparto

origen:

- a. Infección puerperal “genuina o propiamente dicha”
- b. Infección puerperal no genuina pero de localización genito-mamaria
- c. Infecciones maternas no genito-mamarias
- d. Etiología no infecciosa



## infección puerperal :

# EPIDEMIOLOGÍA

- la tasa de infecciones puerperales se mantiene como promedio en el orden del 7%,
- elevándose en los partos operatorios y en los sectores definidos de la sociedad, siendo en la actualidad responsable del 15% de las muertes maternas.

# FACTORES DE RIESGO

## GENERALES

- bajo nivel socioeconómico
- malnutrición
- anemia
- trastornos inmunitarios

## LOCALES

- Presencia del lecho placentario
- Corioamnionitis
- Monitoreo fetal interno
- Rotura prematura de membranas
- Partos prolongados
- Exámenes vaginales frecuentes.
- Presencia de restos placentarios
- Heridas del canal genital
- Hematomas
- Vaginosis bacteriana
- Necrosis tisular en la línea de sutura

# MORBILIDAD INFECCIOSA

morbilidad infecciosa es diferente en el parto vaginal y en la cesárea, y puede ser de hasta el 1% en el primer caso y superior al 30% en el segundo. Esta última cifra en paciente de alto riesgo y sin una profilaxis adecuada, puede superar el 60%.



**PARTO  
VAGINAL**

**1 %**



**DIFERENTE**



**CESÁREA**

**30%**

**60%**

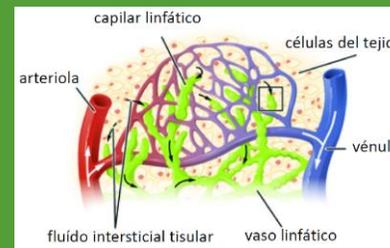
# FISIOPATOLOGÍA

- vías de propagación: hemática, linfática o por contigüidad

HEMÁTICA



LINFÁTICA



POR  
CONTIGUIDAD



# FLORA

## ENDOGENA ( POLIMICROBIANA)

- Staphylococcus aureus
- Streptococcus b hemolítico grupo A (pyogenes)
- Streptococcus b hemolítico grupo B (agalactiae)
- Enterobacterias
- Clostridium spp
- Bacteroides spp
- Mycoplasma hominis

### Aerobios

Cocos grampositivos: estreptococos de los grupos A, B y D,

estreptococos (enterococos)

Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis.

Bacterias gramnegativas: Escherichia coli, especies de Klebsiella y Proteus.

Variables respecto de la tinción de Gram: Gardnerella vaginalis.

### Otros

Especies de Mycoplasma y Chlamydia, Neisseria gonorrhoeae.

### Anaerobios

Cocos: especies de Peptostreptococcus y Peptococcus.

Otros: especies de Clostridium, Fusobacterium y Mobiluncus2

## EXOGENA

De acuerdo a la forma en que se disemina la infección, a partir de la puerta de entrada, se originan los siguientes cuadros:



**ENDOMETRITIS Y ENDOMIOMETRITIS**



**CELULITIS PELVIANA**



**ABSCESOS PELVIANOS**

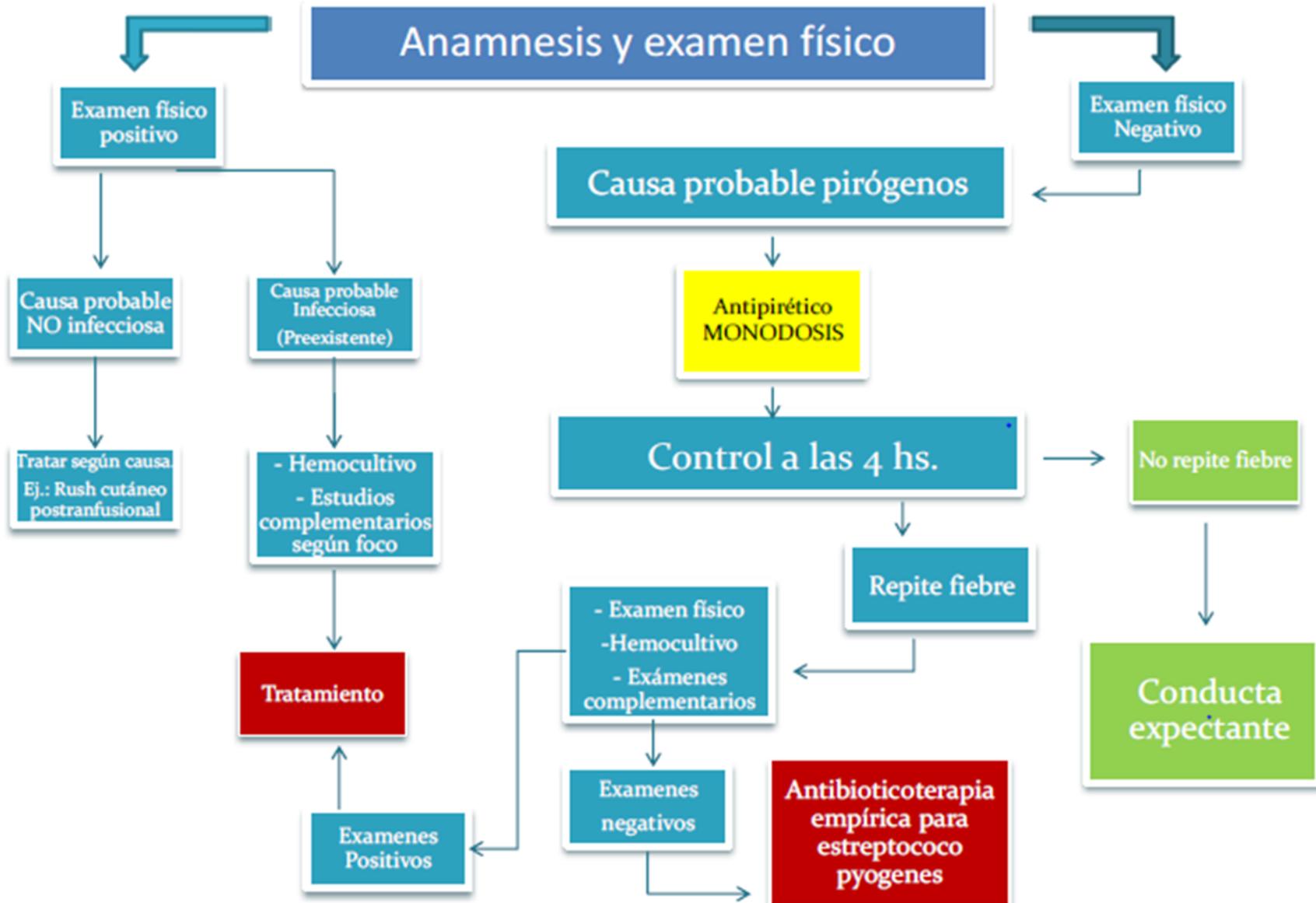


**PERITONITIS**

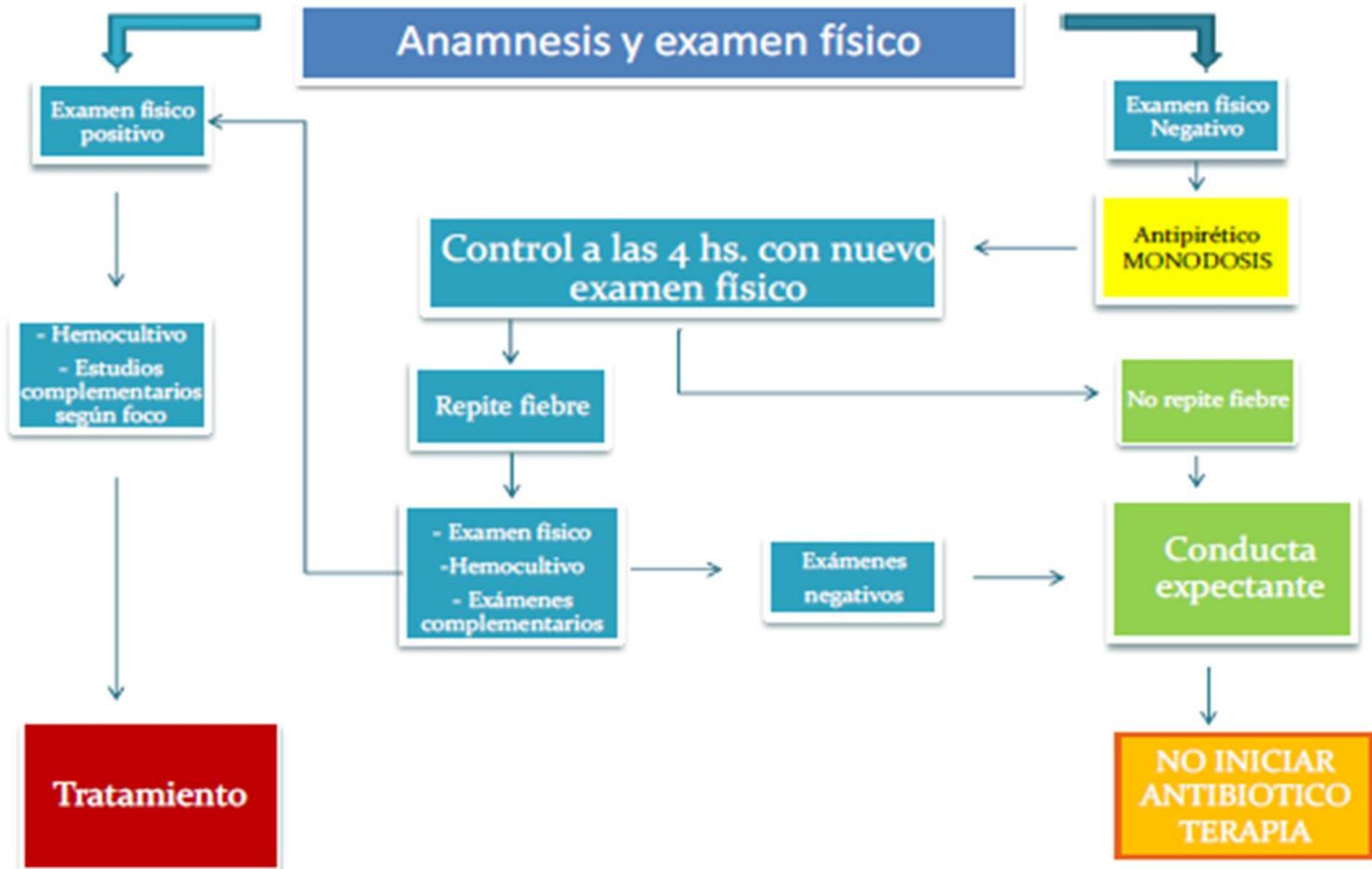


**TROMBOFLEBITIS**

# Fiebre en las primeras 24 hs. de puerperio



# Fiebre A las 48 hs. o más de puerperio





# INFECCIÓN PUERPERAL “GENUINA O PROPIAMENTE DICHA”

ENDOMETRITIS. ENDOMIOMETRITIS  
TROMBOFLEBITIS. PERITONITIS

# PRESENTACIÓN CLÍNICA

**GRAVE**

**SEPSIS**

**DETERIORO SENSORIO**

**FMO**

**MODERADA**

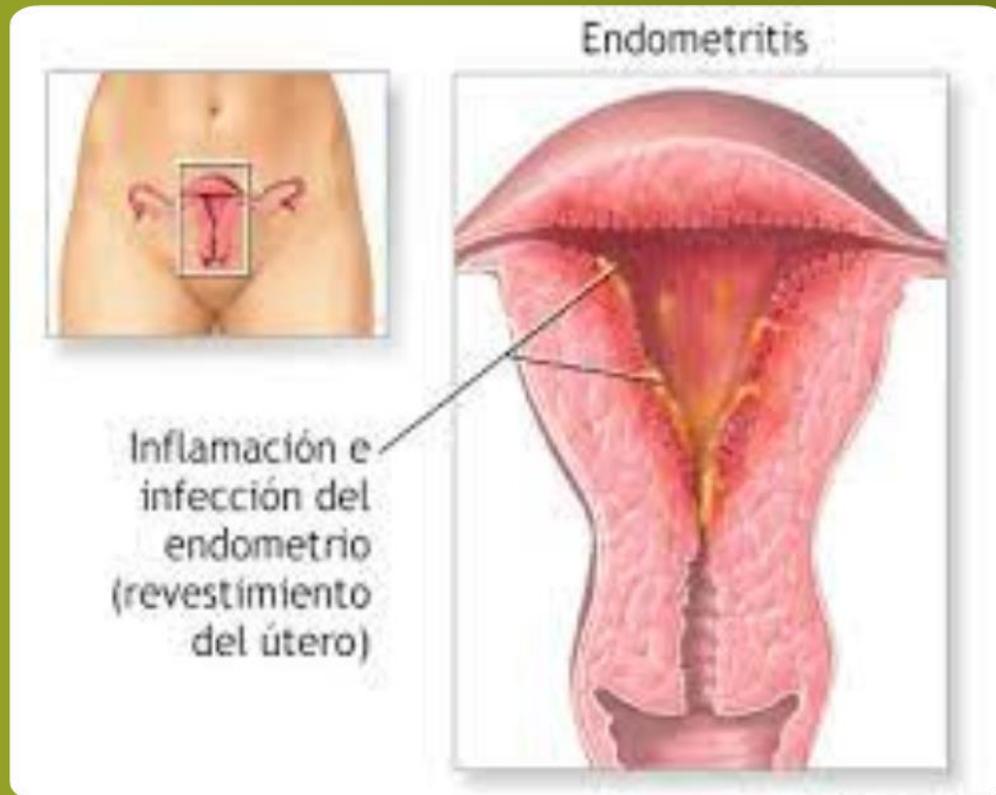
**LEVE**

**TAQUICARDIA**

**TAQUIPNEA**

**FIEBRE**

# ENDOMETRITIS PUERPERAL



*INFECCIÓN DE LA DECIDUA O REVESTIMIENTO UTERINO Y PUEDE EXTENDERSE HASTA EL MIOMETRIO (ENDOMIOMETRITIS) O INVOLUCRAR AL PARAMETRIO (PARAMETRITIS).*

ES LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE FIEBRE PUERPERAL.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE PRODUCE POR VÍA ASCENDENTE TRAS LA COLONIZACIÓN MICROBIANA CERVICOVAGINAL.

OCURRE EN EL 1.2% DE LOS NACIMIENTOS CON UN INCIDENCIA DE 10 A 20 VECES MAYOR LUEGO DE UNA CESÁREA.

LA MAYORÍA PRESENTA SÍNTOMAS DENTRO DE LOS 5 DÍAS DESPUÉS DEL PARTO.

# FACTORES DE RIESGO

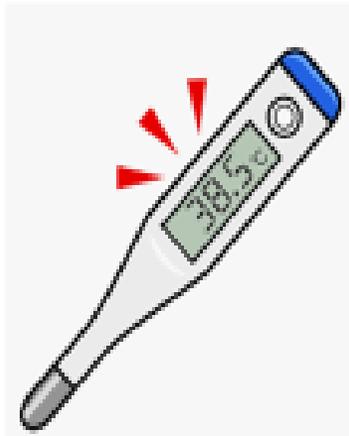
## MATERNOS

- Enfermedades Preexistentes. DBT, anemia, ect.
- Inmunodeficiencias
- Obesidad
- Infecciones vaginales
- Edad Avanzada
- TBQ
- Higiene deficiente

- INTRAPARTO
- POST PARTO

- Cesárea
- Parto instrumental
- RPM
- TP Prolongado
- Tactos frecuentes
- Retención de restos placentarios
- Corioanmionitis
- Hematomas
- Hemorragia postparto
- Laceración de tejidos

# Diagnóstico



## FIEBRE $>38^{\circ}\text{C}$ AXILAR

En las primeras 24 hs hs tiene que ser  $>38^{\circ}\text{C}$  o asociada a otros sg clx de Infx.

$>50\%$  fiebre sin foco



## LOQUIOS MALOLIENTES

Deben ser achocolatadas, purulentas, hemorrágicas o malolientes incluso fétidas.



## DOLOR Y SUB-INVOLUCIÓN UTERINA

Dolor Inespecífico, sobre todo en csáreas

# ENDOMETRITIS

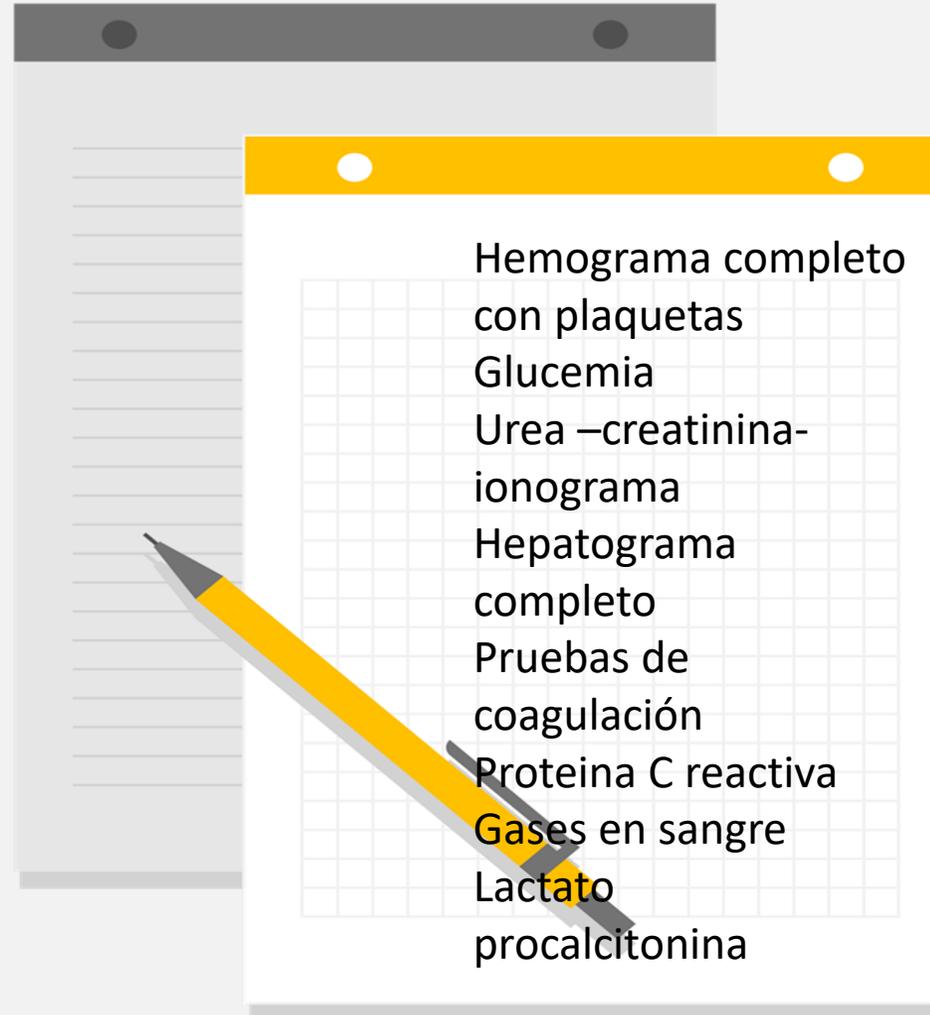
Síntomas	Endometritis leve	ENDOMIOMETRITIS SEVERA
HIPERTERMIA	< 38º	> 38 °C
LOQUIOS	FÉTIDOS	FÉTIDOS
DOLOR UTERINO O PELVIANO	AUSENTE O LEVE	PRESENTE CON O SIN REACCIÓN PERITONEAL
COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL	AUSENTE	PRESENTE
TRATAMIENTO	AMBULATORIO	HOSPITALIZADA

# TROMBOFLEBITIS PELVIANA

- La infección atravesó las paredes del útero y llega a las venas de la pelvis causando trombosis; es un cuadro clínico grave, ya que se trata de una septicemia, con un alto riesgo de shock séptico.

- Fiebre,
- dolor abdominal,
- útero blando y doloroso,
- flujo café oscuro fétido,
- rebote (+),
- leucocitosis >15000 con neutrofilia (>80%),





Hemograma completo  
con plaquetas

Glucemia

Urea –creatinina-  
ionograma

Hepatograma  
completo

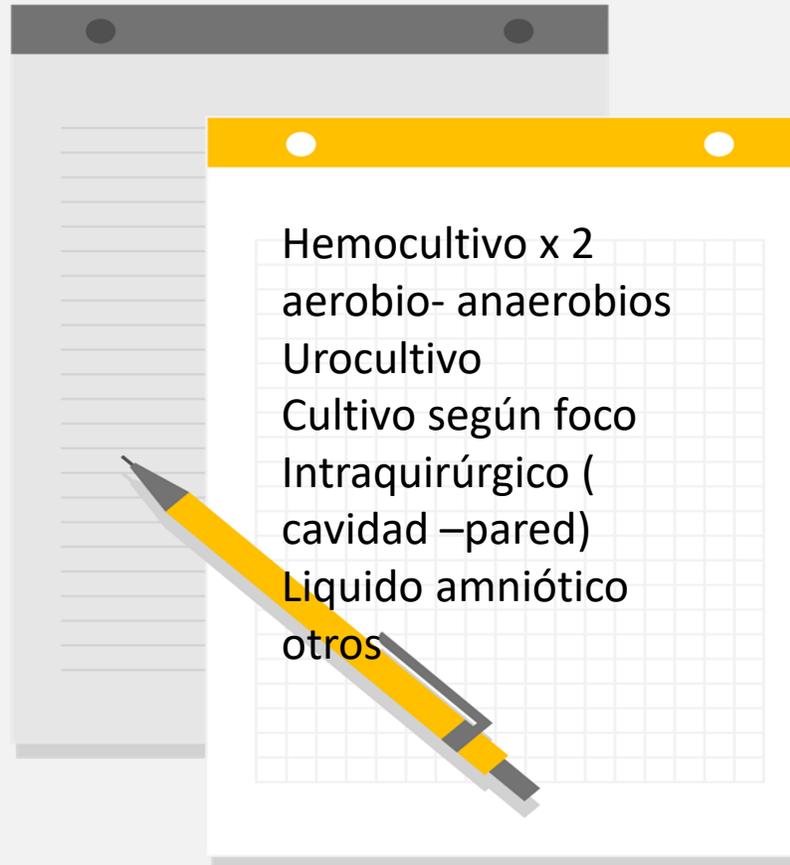
Pruebas de  
coagulación

Proteína C reactiva

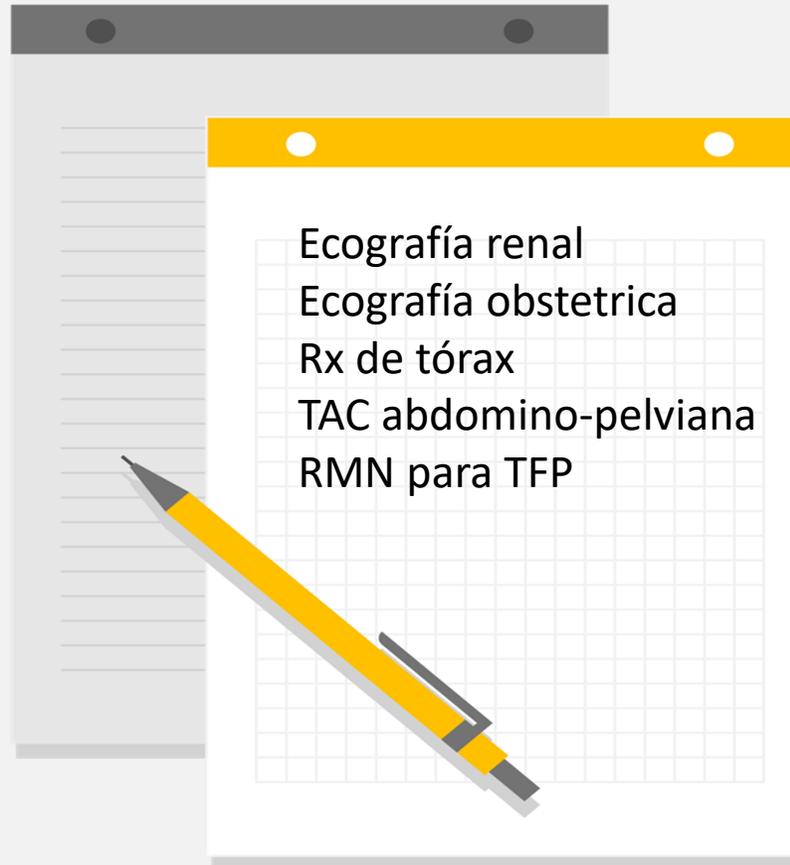
Gases en sangre

Lactato

procalcitonina



Hemocultivo x 2  
aerobio- anaerobios  
Urocultivo  
Cultivo según foco  
Intraquirúrgico (  
cavidad –pared)  
Líquido amniótico  
otros

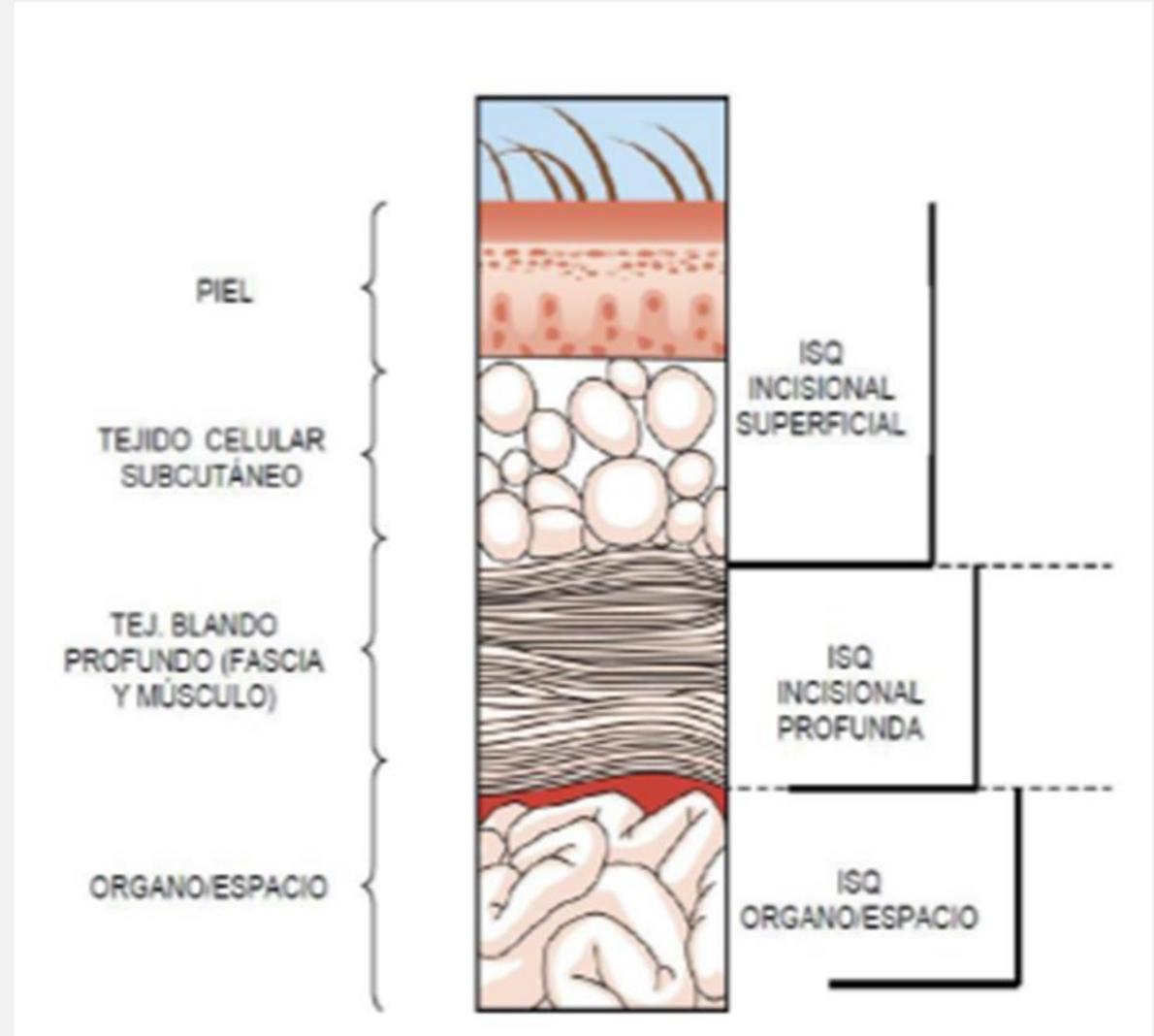
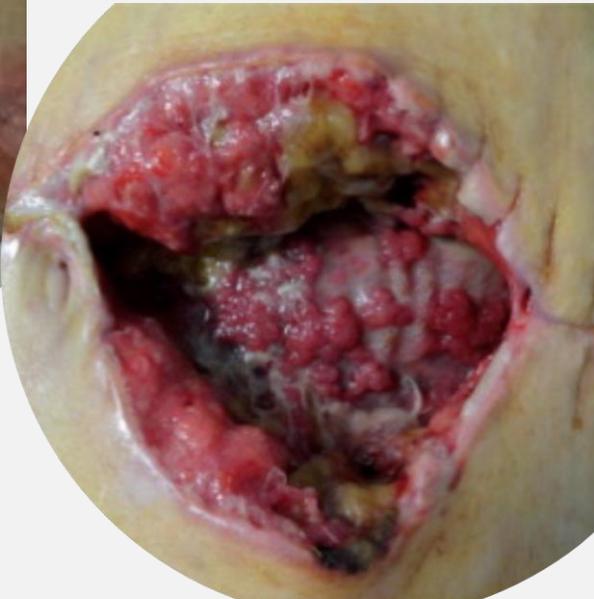


# INFECCIÓN PUERPERAL NO GENUINA PERO DE LOCALIZACIÓN GENITO-MAMARIA



MASTITIS.  
INFECCIÓN URINARIA.  
INFECCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA.  
INFECCIÓN DE PARED  
HEMATOMAS O LACERACIONES  
GENITALES INFECTADOS  
TORUNDA O CUERPO EXTRAÑO  
FASCEITIS NECROTIZANTE  
CELULITIS PELVIANA ASOCIADAS A  
ANESTESIA REGIONALES

# ISQ



# INFECCIONES MATERNAS NO GENITO-MAMARIAS



INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS Y  
BAJAS

INFECCIONES DEL TRACTO  
GASTROINTESTINAL

SACROILEITIS SÉPTICA

OTRAS INFECCIONES SISTÉMICAS

# ETIOLOGÍA NO INFECCIOSA



FIEBRE MEDICAMENTOSA  
INFUSIÓN EV CONTAMINADA  
LACERACIÓN VAGINAL  
LACERACIÓN CERVICAL.  
HEMATOMA PARAVAGINAL  
ESTASIS LÁCTEA O INICIO DE LA  
LACTANCIA  
ATELECTASIA

# TRATAMIENTO

1

- ANTIBIOTICOTERAPIA



2

- MEDIDAS DE APOYO



3

- ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DEL FOCO INFECCIOSO

# TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

## OPCIONES

### ELECCIÓN

- **GENTAMICINA** 5 mg/k/día EV
- + **METRONIDAZOL** 500 mg cada 8 hs EV

Si presenta falla renal:

- **CEFTRIAXONA** 1 g cada 12 hs EV
- + **METRONIDAZOL** 500 mg cada 8 hs EV



### alternativas

- **CLINDAMICINA** 600 mg cada 6 hs EV
- + **GENTAMICINA** 5 mg/k/día EV
- **AMS** 1,5 g - 3 g cada 6 hs EV



- Otros...

Tx EV HASTA 48 HS  
ADECUADA RESPUESTA  
Y AFEBRIL..... VO

# GRACIAS

URUEÑA MARIA ALEJANDRA 