



PUERPERIO NORMAL Y PATOLÓGICO

Bibliografía base: *Williams Obstetrics. 26th ed.* McGraw-Hill; 2022.

I. Definición y periodo del puerperio

- El término *puerperio* proviene del latín *puer* (niño) + *parus* (dar a luz). Define el periodo que sigue al parto durante el cual los cambios anatómicos, fisiológicos y hematológicos del embarazo retornan al estado no gravídico.
- Su duración es inexacta, pero clásicamente se considera entre 4 y 6 semanas.
- Si bien muchos cambios se resuelven en ese lapso, el impacto materno puede extenderse más allá, según encuestas: por ejemplo, $\frac{1}{4}$ de las mujeres reportaron problemas de salud hasta 18 meses posparto.

II. Puerperio normal — Cambios fisiológicos

Aquí describimos los principales sistemas afectados, su comportamiento fisiológico normal en el puerperio, así como los hitos clínicos de seguimiento.

A. Involución uterina y tracto reproductor

- Tras el alumbramiento de la placenta, el útero se contrae mediante el músculo liso, facilitando la hemostasia del lecho placentario. Las contracciones uterinas posparto se manifiestan como “after-pains”, que pueden causar dolor incómodo.
- El fondo uterino normalmente se palpa aproximadamente al nivel del ombligo al poco tiempo (<24 h) y desciende gradualmente hacia la pelvis en las primeras 1-2 semanas. Al cabo de 6 semanas, el útero ha regresado aproximadamente a su tamaño no gravídico (aunque no idéntico al nulípara).
- Loquios: el flujo vaginal posparto es característico. Fases:
 - Lochia rubra: flujo rojo oscuro, varios días.
 - Lochia serosa: más acuoso, rosado-marrón.
 - Lochia alba: acuoso, amarillento/blanquecino hacia semanas 3-6. La duración puede variar.
- Vagina, cérvix y perineo:



- La vagina reduce su tamaño y vascularidad, aparecen nuevamente las rugae hacia la 3.^a semana, aunque no suele recuperar dimensiones nulíparas.
- El cérvix se contrae, pero nunca exactamente al estado nulípara. Las cicatrices y cambios estructurales son permanentes.
- El perineo recobra tono muscular en semanas, pero puede persistir debilidad del piso pélvico, lo cual es un factor de riesgo para incontinencia o prolapo.

B. Sistema urinario y renal

- El embarazo produce dilatación de uréteres/pelvis renal y aumento de filtrado glomerular. En puerperio, estos cambios se invierten: diuresis y natriuresis aumentan los primeros días, y la dilatación urinaria retorna gradualmente a lo normal en 2-8 semanas.
- La vejiga puede estar hipotónica inicialmente, con riesgo de *retención urinaria* o vaciamiento incompleto, lo que requiere monitoreo clínico para evitar complicaciones.
- Vigilancia de residuo posmictacional, función renal.

C. Sistema cardiovascular, hemostasia y metabolismo

- El volumen plasmático, gasto cardíaco y frecuencia cardíaca que estaban elevados en el embarazo, disminuyen progresivamente.
- El estado hipercoagulable del embarazo persiste durante el puerperio, lo que mantiene un riesgo de tromboembolismo.
- Metabólicamente, las hormonas gestacionales retroceden, el eje lactogénico-prolactina se activa si hay lactancia, entre otros cambios endocrinos.

D. Glándulas mamarias y lactancia

- Tras la expulsión de la placenta, los estrógenos y progesterona caen; la prolactina y oxitocina adquieren mayor protagonismo: la succión del pezón desencadena oxitocina → contracción del miometrio (auxilia involución uterina) y eyeción de leche; prolactina → producción láctea.
- Si la mujer no amamanta, la suprarrenal glandular se normaliza y el pezón comienza involución.



- Implicaciones: mastitis, obstrucciones de conductos lactíferos, galactoceles pueden considerarse complicaciones.
- Seguimiento: apoyo temprano a lactancia, educación, vigilancia de complicaciones.

E. Cambio emocional, psicológico y social

- El puerperio es también una fase de adaptación madre-infante, cambios en el rol, alteraciones del sueño, fatiga.
- Estudios muestran que el 50-70 % de las mujeres reportan *baby-blues* (tristeza posparto leve) en los primeros días.
- Si los síntomas persisten >2 semanas o incluyen ideación suicida, debe evaluarse depresión posparto.
- Capacitación en cuidado neonatal, soporte social, educación en salud de la madre y el recién nacido.

F. Otros sistemas

- Pared abdominal y peritoneo: cambios en la musculatura abdominal (rectos, línea alba) requieren recuperación.
- Sistema gastrointestinal: el tránsito intestinal puede normalizarse; el estreñimiento posparto o post-cesárea es frecuente.
- Sistema endocrino: reanudación de la ovulación y menstruación depende de lactancia, estado nutricional y otros factores.

III. Puerperio patológico — Principales complicaciones

A continuación, se desarrollan las complicaciones más relevantes, con su fisiopatología, presentación, diagnóstico y manejo.

1. Hemorragia posparto

- Primaria: ocurre dentro de las 24 horas del parto; se define como pérdida ≥ 1000 mL o signos de hipoperfusión materna tras el parto.
- Secundaria (o tardía): entre 24 h y hasta 12 semanas posparto. Causas: restos placentarios, subinvolución del sitio placentario, coagulopatías, hemorragia de ovario, arteria uterina pseudoaneurisma.



- Principales etiologías:
 - Atonía uterina (más frecuente).
 - Retención de fragmentos placentarios o membranas.
 - Laceraciones del canal del parto, uterinas (ruptura), inversión uterina.
 - Coagulopatías ya existentes o adquiridas.
- Diagnóstico: examen físico, cuantificación pérdida, evaluación hemodinámica, ecografía para restos.
- Tratamiento: masaje uterino, uterotónicos (oxitocina, ergonovas), transfusión si necesario, quirúrgico (embolización, histerectomía) en casos refractarios.

2. Infecciones puerperales

- El término *infección puerperal* incluye cualquier infección bacteriana del tracto genital tras el parto (endometritis, metritis posparto, infecciones de cesárea, etc.).
- Factores de riesgo: cesárea, ruptura prolongada de membranas, múltiples exámenes vaginales durante el parto, retención de placenta, diabetes.
- Presentación: fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, dolor uterino, loquios fétidos, taquicardia, hipersensibilidad uterina.
- Diagnóstico: clínico + cultivos si necesario. Evaluar otras fuentes de fiebre (vías urinarias, mastitis, neumonía) ya que no toda fiebre posparto es EPI.
- Complicaciones: sepsis, tromboflebitis séptica, peritonitis pélvica, infertilidad.
- Tratamiento antibiótico empírico temprano, hospitalización según gravedad, monitorización.

3. Trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar

- El puerperio es periodo de alto riesgo tromboembólico: estado hipercoagulable persistente + inmovilización + cesárea.
- Presentación: dolor/tumefacción en pierna, disnea súbita, dolor torácico.



- Diagnóstico: Doppler vascular, angio-TAC pulmonar, D-dimero (aunque elevado posparto de base).
- Prevención: movilización precoz, profilaxis heparínica en mujeres de riesgo, uso de compresión.
- Tratamiento: anticoagulación (heparina de bajo peso molecular) y seguimiento.

4. Retención urinaria, atonía vesical o disfunción vesical

- Tras el parto, la vejiga puede estar distendida o poco activa, con riesgo de retención, residuo elevado, hematuria, infección.
- Presentación: dificultad miccional, distensión supra-pública, infección de orina.
- Diagnóstico: palpación, ultrasonido de residuo, analítica de orina.
- Tratamiento: cateterización si necesario, vaciado regular, seguimiento.

5. Problemas de lactancia

- Mastitis (fiebre, dolor focal en mama, eritema), absceso mamario, galactocele.
- Presentación: dolor, masa palpable en mama, signos inflamatorios.
- Diagnóstico clínico + ecografía mamaria si absceso.
- Tratamiento: antibióticos, drenaje de absceso, continuar lactancia si es posible.

6. Subinvolución uterina y loquios prolongados

- La involución uterina puede retardarse por infección, retención de productos de la concepción, fibrosis, anemia grave.
- Presentación: loquios prolongados o reactivos, sangrado irregular, útero mayor de lo esperado a la palpación.
- Diagnóstico: examen físico, ecografía para restos placentarios o pólipos placentarios.
- Tratamiento: uterotónicos, en casos selectos legrado uterino o embolización.

7. Depresión posparto y trastornos psicológicos

- Aunque no es exclusivo del puerperio físico, tiene gran relevancia clínica. El *Williams* señala que la salud materna posparto tiene componentes físicos, emocionales y sociales.



- Presentación: tristeza persistente, ansiedad, falta de vínculo materno-infantil, pensamientos suicidas.
- Diagnóstico: escala screening (Edinburgh Postnatal Depression Scale), evaluación psiquiátrica.
- Tratamiento: terapia psicológica, apoyo social, medicación si indicado.

8. Hipertensión o preeclampsia persistente posparto

- Algunas mujeres con preeclampsia o eclampsia pueden persistir con hipertensión posparto o desarrollar hipertensión “desconocida” en el puerperio. Requiere seguimiento.
- Diagnóstico: monitoreo de tensión arterial, proteinuria.
- Tratamiento: antihipertensivos, monitorización renal y oftálmica.

IV. Evaluación y seguimiento posparto

- La visita posparto tradicional se realiza entre 4 y 6 semanas, pero en muchas guías se propone revisión precoz (2-4 semanas) para mujeres de alto riesgo o complicadas.
- Se evalúan:
 - Estado hemodinámico, signos de hemorragia o infección.
 - Involución uterina, loquios.
 - Herida de episiotomía/cesárea.
 - Lactancia e higiene mamaria.
 - Salud mental.
 - Movilización, riesgo tromboembólico.
 - Consejería sobre anticoncepción, estilo de vida y cuidado neonatal.

V. Prevención

- Manejo activo del tercer estadio del parto (prevención de hemorragia).
- Profilaxis antibiótica en cesárea o factores de riesgo.
- Movilización precoz, tromboprofilaxis en riesgo.



- Educación materna sobre lactancia, soporte social, signos de alarma (fiebre, sangrado excesivo).
- Evaluación de factores de riesgo preconcepcionales y posparto (obesidad, hipertensión, diabetes).
- Revisión nutricional, promoción de ejercicio y preparación para la vida posparto.

VI. Tabla comparativa – Cambios normales vs. señales de alarma

Sistema / Cambio	Puerperio normal	Señales de alarma (patológico)
Útero	Involución gradual; fondo descendiendo; loquios rubra → serosa → alba	Útero blando, > 2 cm encima del ombligo a 24h; loquios persistentes > 6 semanas; sangrado profuso
Loquios	Flujo rojo → rosado → amarillo; duración típica hasta 4-6 semanas	Loquios fétidos, fiebre, aumento de volumen del flujo o sangrado intermitente
Vejiga / urinario	Reanudación micción normal, mínimo residuo	Retención urinaria (>100 mL residuo), disuria persistente, signos de infección urinaria
Sistema hemostático	Riesgo tromboembolismo disminuyendo gradualmente	Dolor/tumefacción de pierna, disnea súbita, signos de TVP/embolismo
Lactancia	Producción normal, sin dolor severo, sin fiebre	Fiebre + masa mamaria dolorosa (mastitis/absceso), falta de inicio de lactancia
Estado mental	“Baby-blues” leve, breve, se resuelve en <2 semanas	Tristeza persistente >2 semanas, pérdida de vínculo, pensamientos suicidas
Vías genitales	Vagina, cérvix y perineo recuperándose	Dolor intenso perineal, incontinencia nueva, signos de lesión o infección
Involución uterina	Progresiva, sin dolor excesivo	Dolor intensificado, after-pains severos, sospecha de subinvolución o infección

VII. Perlas clínicas para examen

- El puerperio dura típicamente 4-6 semanas pero puede extenderse.



- Loquios pasan de rubra → serosa → alba.
- Hemorragia posparto primaria: primeras 24h; secundaria: hasta 12 semanas.
- Febrícula posparto + loquios malolientes = sospecha de endometritis.
- Cesárea + inmovilización = alto riesgo de tromboembolismo.

Evaluar la salud mental de todas las madres en la visita posparto.