



Resumen Infección Puerperal

Ciclo 6 · Tema 2

Definición y Epidemiología

Fiebre puerperal: $\geq 38^{\circ}\text{C}$ en 2 tomas separadas por ≥ 6 horas, DESPUÉS de las primeras 24 horas, dentro de los primeros 10 días postparto.

Causa más frecuente

ENDOMETRITIS postparto.

Incidencia

1-3% tras parto vaginal; 5-10× MAYOR tras cesárea.

Tipo de infección

POLIMICROBIANA (flora vaginal/cervical ascendente).



⚠ Regla de las 24 horas: se excluyen las primeras 24 h del diagnóstico clásico, aunque la fiebre muy alta en ese período sí debe evaluarse activamente.

Etiología y Factores de Riesgo

Microbiología (polimicrobiana):

Aerobios

- Streptococcus grupo B, E. coli, Enterococcus, Gardnerella
- Streptococcus grupo A (raro, shock tóxico)

Anaerobios

- Bacteroides, Peptostreptococcus, Prevotella

Atípicos (endometritis tardía > 7 días)

- Mycoplasma, Ureaplasma, Chlamydia

⚠️ ⚠️ Factor de riesgo MÁS IMPORTANTE: CESÁREA (5-10× mayor riesgo que el parto vaginal). Mayor aún en cesárea NO programada.

Otros factores de riesgo

- Trabajo de parto prolongado
- RPM > 18 h
- Múltiples tactos
- Corioamnionitis
- Anemia, obesidad
- Retención de restos

Cuadro Clínico

Tríada clásica de la endometritis puerperal:

1

FIEBRE

≥38°C, 2 tomas, ≥6 h aparte, tras 24 h.

2

Útero DOLOROSO y SUBINVOLUCIONADO

Signo uterino característico de la endometritis puerperal.

3

Loquios FÉTIDOS o purulentos

Secreción vaginal de olor fétido o aspecto purulento.

Otros: taquicardia desproporcionada, escalofríos, leucocitosis con desviación izquierda.

Diagnóstico: fundamentalmente CLÍNICO.

Diagnóstico Diferencial de la Fiebre Puerperal

Causa	Características distintivas
Endometritis	Fiebre + útero doloroso + loquios fétidos. Más frecuente.
Infección de herida	Eritema/secreción en episiorrafia o cesárea. Día 4-7.
Mastitis	Eritema/dolor mamario unilateral + grietas del pezón.
ITU/pielonefritis	Disuria, puñopercusión +. Tras sondaje vesical.
Tromboflebitis pélvica séptica	Fiebre persistente SIN respuesta a ATB. Dx de EXCLUSIÓN.
Atelectasia/neumonía	Primeras 24-48 h, tras anestesia general (cesárea).

Tratamiento

Primera línea: CLINDAMICINA + GENTAMICINA IV (cobertura aerobios + anaerobios).
Alternativa: ampicilina-sulbactam o cefalosporina + metronidazol.

- SIEMPRE vía IV inicial. Mantener hasta 24-48 h AFEBRIL.

⚠️ ⚠️ NO se requiere antibiótico oral de continuación tras el alta.

Sin respuesta en 48-72 h — reevaluar:

Retención de restos (ecografía)
→ Legrado.

Absceso pélvico (imagen)
→ Drenaje + ATB prolongado.

Tromboflebitis pélvica séptica
→ Heparina (mejoría en 48-72 h).

Prevención: Profilaxis en Cesárea

Toda cesárea recibe profilaxis antibiótica: **CEFAZOLINA 2 g IV dosis única** (3 g si > 120 kg).

⚠️ **MOMENTO CLAVE:** dentro de los 60 minutos **PREVIOS** a la incisión, **NO** después del pinzamiento del cordón (práctica antigua, abandonada).

Otras medidas:

- Limitar tactos vaginales
- Técnica aséptica
- Tratar corioamnionitis intraparto
- Revisar cavidad uterina post-alumbramiento

Ojo Runner

Fiebre puerperal

$\geq 38^{\circ}\text{C} \times 2$ tomas (≥ 6 h aparte), **DESPUÉS** de las primeras 24 h, primeros 10 días.

Causa y factor de riesgo

Causa más frecuente: **ENDOMETRITIS**. Factor de riesgo más importante: **CESÁREA** (5-10%).

Tríada

Fiebre + útero doloroso/subinvolucionado + loquios fétidos.

Primera línea

Clindamicina + gentamicina IV. Mantener hasta 24-48 h afebril.

NO antibiótico oral de continuación tras el alta

No se requiere antibiótico oral de continuación tras el alta.

Profilaxis de cesárea

Cefazolina 2 g IV, dentro de los 60 min **PREVIOS** a la incisión.

Tromboflebitis pélvica séptica

Diagnóstico de exclusión, tratar con heparina.

Leucocitosis puerperal normal

Hasta 20.000-30.000/mm³: el diagnóstico es clínico, no solo de laboratorio.