

11217
28
Ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN

**FACTORES ETIOLOGICOS EN LA DECIDUOENDOMETRITIS
POSTCESAREA**

T E S I S

**PARA OBTENER EL GRADO DE :
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA :
DR. JOSE MANUEL CERVANTES ESTRADA**

**DIRECTOR DE TESIS :
DR. J. R. MARCOS HERNANDEZ FIERRO**

**TESIS CON
FALLA DE CALIDAD**

MEXICO, D. F. FEBRERO, 1992





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
HIPOTESIS.....	2
ANTECEDENTES.....	3
OBJETIVOS.....	11
JUSTIFICACION.....	12
MATERIALES Y METODOS.....	13
CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.....	14
RESULTADOS.....	15
ANALISIS.....	28
CONCLUSIONES.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	28

I N T R O D U C C I O N

LA DECIDUOENDOMETRITIS ES LA COMPLICACION INFECCIOSA MAS FRECUENTE DURANTE EL PUERPERIO.

PRESENTA COMO FACTORES DESENCADENANTES UN SINNUMERO DE ENTIDADES QUE SE HAN INCLUIDO, COMO SON: EL EVENTO OBSTETRICO PER-SE, EDAD DE LA MADRE, DEL EMBARAZO, ESTADO NUTRICIONAL, ANTECEDENTES DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO, NUMERO DE TACTOS, PARTO OPERATORIO (FORCEPS, VACUM, VERSION INTERNA).

EN EL CASO DE OPERACION CESAREA, TIEMPO QUIRURGICO, SANGRADO MANIPULACION PARA EXTRACCION, USO DE ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS.

TENIENDO COMO CUADRO CLINICO FIEBRE, HIPERSENSIBILIDAD Y SUBINVOLOCION UTERINA, LOQUIOS FETIDOS.

SIN EMBARGO SE HA ARGUMENTADO QUE LA ETIOLOGIA ES TAMBIEN POLIMICROBIANO DESTACANDO LA PRESENCIA DE MICROORGANISMOS ANAEROBIOS Y AEROBIOS GRAM POSITIVOS, EN ESTE MARCO DE REFERENCIA EN NUESTRO MEDIO ES NECESARIO CONOCER LA FLORA QUE PREDOMINA EN ESTE TIPO DE COMPLICACION INFECCIOSA.

H I P O T E S I S .

LA DECIDUOENDOMETRITIS ES CAUSADA POR UN SOLO GERMEN INFECCIOSO.

A N T E C E D E N T E S

LA DECIDUOENDOMETRITIS SE HA ESTUDIADO EXTENSAMENTE, DADA LA IMPORTANCIA EN CUANTO A LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTA EN LAS PACIENTES PUERPERAS, SIENDO EN LAS DE POSTCESAREA EN LAS QUE MAS OCURRE, SEGUN YONEKURA Y COLS. EN 1988, SE INCREMENTA DE 7 A 30 VECES MAS EN UN PUERPERIO POSTCESAREA, QUE EN UN PUERPERIO POSTPARTO EUTOCICO, ADEMAS REFIEREN UN 5-6% DE TODAS LAS CESAREAS ELECTIVAS Y DE UN 22 A 85% DE LAS OPERACIONES CESAREA REALIZADAS DE URGENCIA. SE LE LLAMA DECIDUITIS, DECIDUOENDOMETRITIS Y DECIDUOENDOMIOMETRITIS SEGUN EL GRADO DE EXTENSION QUE TENGA. (1)

LA INCIDENCIA DE LA DECIDUOENDOMETRITIS POSTCESAREA ES DEL 3%, EN PACIENTES QUE RECIBEN ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS Y QUE SE ATIENDEN DE MANERA PRIVADA, Y UN 95% EN PACIENTES GENERALMENTE DE MEDIO SOCIOECONOMICO BAJO, CON FACTORES DE RIESGO ELEVADOS Y CON CULTIVOS DE LIQUIDO AMNIOTICO POSITIVOS. POR LO ANTERIOR, SE NOTA QUE LA MORBILIDAD ES SIGNIFICATIVA Y COMO RESULTADO DIRECTO DE LA DECIDUOENDOMETRITIS POSTCESAREA, PODEMOS ENCONTRAR SECUELAS SERIAS, POR EJEMPLO: ABSCESO DE LA HERIDA QUIRURGICA CON DEFICIENCIA QUE OCURRE HASTA EN 12%, ABSCESO PELVICO, TROMBOFLEBITIS PELVICA POR SEPSIS, Y MAS RARAMENTE CHOQUE SEPTICO. (2).

CUNNINGHAM Y COLS. ENCONTRARON, QUE EL 51% DE PACIENTES DE NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO, A LAS QUE LES PRACTICO OPERACION CESAREA, DESAROLLARON DECIDUOENDOMETRITIS (3).

GIBBS MENCIONA QUE EN COMPARACION CON LA OPERACION CESAREA, EL PARTO EUTOCICO ES UN FACTOR PROTECTOR CONTRA LA DECIDUOENDOMETRITIS EN UN ESTUDIO REALIZADO EN 1980 CON 13082 PACIENTES DE POSTPARTO UNICAMENTE 188 PRESENTARON DECIDUOENDOMETRITIS SIENDO UN 1.2% DE TODOS LOS PARTOS. (4).

LA CERVICOVAGINITIS BACTERIANA, JUNTO CON LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PROLONGADA Y LA EDAD MATERNA MENOR DE 20 AÑOS, SE ENCONTRARON COMO FACTORES DE RIESGO IMPORTANTES PARA LA DECIDUOENDOMETRITIS POSTCESAREA, SEGUN UN ESTUDIO REALIZADO EN 1990 POR WATTS Y COLABORADORES, EN EL QUE AISLARON MICROORGANISMOS ASOCIADOS CON CERVICOVAGINITIS COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA DECIDUOENDOMETRITIS, COMO LA GARDNERELLA VAGINALIS, BACTEROIDES SP. Y PEPTOSTREPTOCOCCUS SP. DE LOS CULTIVOS ENDOMETRIALES OBTENIDOS DE PACIENTES QUE CURSAN CON DECIDUOENDOMETRITIS. EN ESTE ESTUDIO, LAS MUJERES CON CERVICOVAGINITIS BACTERIANA DIAGNOSTICADA POR TINCION DE GRAM TUVIERON APROXIMADAMENTE 8 VECES MAS RIESGO DE DESARROLLAR DECIDUOENDOMETRITIS POSTCESAREA, QUE LAS MUJERES SIN CERVICOVAGINITIS. LA VAGINITIS BACTERIANA, CONTRIBUYO EN 1/3 CON LA ENDOMETRITIS POSTCESAREA EN ESTE ESTUDIO, Y APROXIMADAMENTE CON CERVICOVAGINITIS BACTERIANA DESARROLLARON DECIDUOENDOMETRITIS POSTCESAREA A PESAR DE LA ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS. (5).

LOS FACTORES DE RIESGO FUERON DIVIDIDOS EN: EXTRINSECOS E INTRINSECOS EN UNA REVISION HECHA POR LYNN YONEKURA M.D. EN 1985. LOS FACTORES EXTRINSECOS: TRABAJO DE PARTO, RUPTURA DE MEMBRANAS, NUMERO DE TACTO, CERVICOVAGINITIS, EMBARAZO PRETERMINO, ETC. YA HAN SIDO REVISADOS EN OTROS ESTUDIOS, ENFOCADOS UNICAMENTE EN ESTE A LOS FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS QUE INCLUYEN: LAS DEFENSAS DEL HUESPED, LA FLORA VAGINAL ENDOGENA, Y LOS FACTORES ANTIBACTERIANOS DEL LIQUIDO AMNIOTICO, LAS CARACTERISTICAS INDIVIDUALES DE CADA PACIENTE PUEDE INFLUENCIAR LA MORBILIDAD INFECCIOSA POSTOPERATORIA.

LOS FACTORES MAS COMUNMENTE REFERIDOS SON: FACTOR SOCIOECONOMICO BAJO, SIN CUIDADO PRENATAL, EDAD, OBESIDAD, ANEMIA, FACTOR NUTRICIONAL, EDAD GESTACIONAL, DURACION DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA PREOPERATORIA ASI COMO LA ENFERMEDAD SISTEMICA, QUE PUEDEN ALTERAR LA FLORA VAGINAL, TAMBIEN SE ALTERAN LOS FACTORES ANTIBACTERIANOS DEL LIQUIDO AMNIOTICO. LA ANEMIA, SE HA SUGERIDO QUE PREDISPONE A ISQUEMIA UTERINA DISMINUYENDO LA RESISTENCIA DEL HUESPED, POR LO QUE SE ASOCIA ANEMIA E INFECCION PUERPERAL.

LA DECIDUENDOMETRITIS ES MAS FRECUENTE EN PACIENTES DE NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO OBSERVADO Y COMPARADO CON MUJERES DE CLASE MEDIA, INDEPENDIENTEMENTE DE LA RAZA. ESTO SE ATRIBUYO A LAS DIFERENCIAS DE FLORA VAGINAL, HIGIENE, NUTRICION, Y LOS FACTORES INHIBIDORES BACTERIANOS DEL LIQUIDO AMNIOTICO, EL CUIDADO PRENATAL Y LA RESOLUCION OBSTETRICA DEL EMBARAZO, EN LA PACIENTE DE NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO QUE FRECUENTEMENTE SE REALIZA MAS EXPLORACIONES VAGINALES, TRABAJO DE PARTO MAS PROLONGADO ANTES DE LA CESAREA, CIRUJANOS INEXPERTOS, Y POR LO TANTO TECNICA QUIRURGICA DEFICIENTE, TIEMPOS QUIRURGICOS MAS PROLONGADOS, Y MAYOR PERDIDA SANGUINEA.

LA FLORA VAGINAL SE VE ALTERADA POR LA INMUNOSUPRESION FARMACOLOGICA AL APLICAR DOSIS ALTAS DE ESTEROIDES, PARA INDUCIR MADUREZ PULMONAR FETAL, SIENDO PACIENTES CON EMBARAZOS PRETERMINO CON MAYOR PREDISPOSICION A CULTIVOS ANAEROBIOS. DE HECHO EL EMBARAZO POR SI MISMO ALTERA LA INMUNIDAD. SIN EMBARGO LA RESPUESTA INMUNOLOGICA EN LA INFECCION POSTCESAREA PERMANECE OSCURA. LAS ADOLESCENTES PRESENTAN UN RIESGO ELEVADO, TANTO AL AUMENTO DE LA CERVICOVAGINITIS Y PARA LA DECIDUENDOMETRITIS POSTCESAREA. ESTO PURDE TENER RELACION CON LA EXPERIENCIA INMUNOLOGICA, COMO LA PRESENCIA DE MICROORGANISMOS TRANSMITIDOS SEXUALMENTE, ANEMIA, FALTA DE CUIDADO PRENATAL, DESNUTRICION, EN GENERAL ESTADO SOCIO ECONOMICO BAJO, ETC.

ADEMAS LA FLORA VAGINAL SE ALTERA POR LAS ENFERMEDADES SISTEMATICAS COMO LA DIABETES, OBESIDAD, TAMBIEN POR FACTORES NUTRICIONALES, POR ESTANCIA HOSPITALARIA PREOPERATORIA, ASI COMO LA ANEMIA QUE SE DICE PREDISPONE A ISQUEMIA UTERINA Y DISMINUYE LA RESISTENCIA DEL HUESPED. (6).

DISMOOR Y COLABORADORES EN 1989, REPORTARON QUE LA INCIDENCIA Y FRECUENCIA DE DECIDUOENDOMETRITIS NO ES SIGNIFICATIVA EN COMPARACION CON LA POBLACION GENERAL. LA UNICA DIFERENCIA QUE NOTARON FUE QUE LAS PACIENTES QUE TENIAN INFECCIONES INTRAAMNIOTICAS RECURRENTES HABIAN TENIDO TRABAJO DE PARTO PROLONGADO, MAYOR TIEMPO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, Y UN NUMERO MAS ALTO DE TACTOS VAGINALES. (7).

DUFF Y COLABORADORES, REALIZARON UNA INVESTIGACION EN 70 MUJERES A LAS CUALES SE LES PRACTICO OPERACION CESAREA DE URGENCIA, Y TENIAN ALTO RIESGO PARA DESARROLLAR DECIDUOENDOMETRITIS, SE LES TOMO CULTIVO ENDOMETRIAL, TINCCION DE GRAMM Y SE ENVJARON MEMBRANAS CORIOAMNIOTICAS A PATOLOGIA, ENCONTRANDOSE DESARROLLO DE BACTERIAS DE GRAN VIRULENCIA A LAS 24 HORAS. EN LA TINCCION DE GRAMM EN UN CAMPO DE INMERSION. SE OBSERVARON BACTERIAS, E INFILTRACION LEUCOCITARIA IGUAL O MAYOR A DIEZ LEUCOCITOS POR CAMPO. ESTAS PACIENTES DESARROLLARON INFECCION. TODOS LOS EXAMENES DE LABORATORIO EVALUADOS FUERON ESPECIFICOS, PERO POCO SENSIBLES, COMO PREDICTORES DE INFECCION. EL TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO, LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EL NUMERO MAYOR DE TACTOS VAGINALES, FUERON LOS MEJORES PREDICTORES CLINICOS PARA LA DECIDUOENDOMETRITIS. (8).

LA DECIDUOENDOMETRITIS ES DE ETIOLOGIA POLIMICROBIANA ENTRE LOS QUE SE INCLUYEN BACTERIAS GRAM POSITIVO, GRAM NEGATIVOS, Y ANAEROBIOS. ESCHENBACH EN 1982, COMENTO QUE LOS MICROORGANISMOS QUE CAUSAN LA DECIDUOENDOMETRITIS POSTPARTO SON MUY SIMILARES A AQUELLOS QUE CAUSAN LA ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA. MIENTRAS NEISSERIA, GONORRAE, Y CLAMYDIA TRACHOMATIS SON CAUSAS COMUNES DE ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA AGUDA, LOS MICROORGANISMOS AEROBIOS Y ANAEROBIOS, INCLUYENDO LOS GRUPOS B Y D DE ESTREPTOCOCCOS, E. COLI, GARDNERELLA VAGINALIS, BACTEROIDES BIVIVUS, PEPTOCOCCI Y PEPTOESTREPTOCOCCI Y LOS MYCOPLASMAS GENITALES SON LA CAUSA MAS COMUN DE DECIDUOENDOMETRITIS POSTPARTO (9).

EN UN ESTUDIO REALIZADO EN 1989 POR WATTS Y COLABORADORES. CARACTERIZARON LA FLORA DE LA DECIDUOENDOMETRITIS POSTPARTO TEMPRANO PARA LO CUAL UTILIZARON UN CATETER DE TRIPLE LUZ Y TOMARON CULTIVO PARA AEROBIOS, MYCOPLASMAS, CHLAMYDIA TRACHOMATIS. MAS DE UN MICROORGANISMO FUE RECUPERADO EN EL 80% DE LAS MUJERES. MAS DEL 80% TUVIERON GARDNERELLA VAGINALIS Y/O ANAEROBIOS ASOCIADOS CON CERVICOVAGINITIS BACTERIANA AISLADAS DEL ENDOMETRIO. ESTAS MUJERES CURSARON CON INFECCIONES MAS SEVERAS. DESARROLLANDO ADEMÁS INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA. LOS MICOPLASMAS GENITALES SE AISLARON FRECUENTEMENTE. PERO NO SE REQUIRIO DE TRATAMIENTO ESPECIFICO PARA SU RECUPERACION. SIENDO ESTA NECESARIA SOLO EN EL 10% DE PACIENTES QUE PRESENTARON UREAPLASMA UREALYCTUM. LA CHLAMYDIA TRACHOMATIS NO SE AISLO COMUNMENTE. PERO CUANDO SE ENCONTRO PERMANECIO EN LOS CULTIVOS AUN DESPUES DE LA ANTIBIOTICOTERAPIA. (10).

DIEZGA Y COLABORADORES EN 1982. REALIZARON UN ESTUDIO DE CULTIVO TOMADOS A TRAVES DEL CERVIX. COMENTARON QUE AL TOMAR LA MUESTRA ENDOCERVICAL CON UN COTONETE, MULTIPLES MICROORGANISMOS. LA MAYORIA QUE NO SE CORRELACIONAN CON LA BACTEREMIA DEL PACIENTE, SIN EMBARGO LA INTERPRETACION DE ESTOS DATOS DEBE SER TOMADA CON PRECAUCION DEBIDO A LA INHABILIDAD PARA RECUPERAR UN MICROORGANISMO DE LA SANGRE DE LA PACIENTE. Y LA AUSENCIA NO DESCARTA LA INFECCION VISCERAL. SOLO EL 53% DE LOS CULTIVOS CORRELACIONARON EL GERME ENCONTRADO EN ESTOS, CON LOS ENCONTRADOS EN EL HEMOCULTIVO. (11).

SE REALIZO UN ESTUDIO EN 1989. POR MARTENS DONDE NO SOLO SE PREOCUPO POR LA CALIDAD DE LA MUESTRA. SINO ADEMÁS POR EL COSTO-EFICIENCIA, Y LA FACILIDAD-DIFICULTAD PARA PODER LOGRARLO.

PARA PODER DETERMINAR QUE ORGANISMOS SE ENCUENTRAN INVOLUCRADOS EN LA DECIDUOENDOMETRITIS Y AYUDAR ASI A DESARROLLAR UN MEJOR ENTENDIMIENTO Y TRATAMIENTO DE ESTAS INFECCIONES. SE HAN DESARROLLADO DIVERSAS TECNICAS. EL USO DE UN COTONETE CON PUNTA DE ALGODON NO PROTEGIDA ES UN METODO DIRECTO. QUE ES CONTROVERSIAL DEBIDO A EL GRADO INCIERTO DE CONTAMINACION.

SE COLOCO UN ESPEJO VAGINAL ESTERIL. Y ENTONCES LA VAGINA Y EL CERVIX SE LIMPIARON CON ISODINE, EL CUAL FUE REMOVIDO CON UNA SEGUNDA GASA ESTERIL. CON UNA PINZA SE DILATA EL CERVIX SUAVEMENTE Y SE COLOCA EL COTONETE HASTA EL FONDO. TOMANDO LA MUESTRA, RETIRANDOLA Y COLOCANDOLA EN UN MEDIO DE TRANSPORTE. COMO COMPARACION SE UTILIZO UN CATETER DOBLE, UTILIZANDO LA MISMA METODOLOGIA. EN LOS RESULTADOS LO IMPORTANTE DE HACER NOTAR ES QUE EL 52% DE LAS PACIENTES TUVIERON UN NUMERO MAYOR DE ESPECIES RECOGIDAS POR EL COTONETE Y SOLO EL 2% TUVIERON FLORA DIFERENTE. EL SIGUIENTE PUNTO IMPORTANTE ES QUE CUANDO SE UTILIZA UN COTONETE EL COSTO ES MENOR QUE CUANDO SE UTILIZO CATETER DE DOBLE LUZ COMO EL USADO EN ESTE ESTUDIO. (12).

EN UN REPORTE REALIZADO POR ESCHEBACH EN 1986. EN CUANTO A LOS RESULTADOS DE LOS CULTIVOS UTILIZANDO UN CATETER CON TRIPLE LUZ PARA PROTEGERSE DE LA CONTAMINACION ENDOCERVICAL Y ASI PODER TOMAR MUESTRAS MAS FIDELIGNAS SIN REALIZAR UN PROCESO INVASIVO COMO ES LA PUNCION DEL FONDO UTERINO. Y FINALMENTE COMENTO QUE ENTRE LA MAYORIA DE LAS MUJERES CON DECIDUOENDOMETRITIS. EL AISLAMIENTO DE MICROORGANISMOS DEL ENDOMETRIO NOS PROVEE DE EXCELENTES DATOS. LOS CULTIVOS CERVICALES TIENEN UN VALOR LIMITADO: UN CULTIVO TRANSCERVICAL ENDOMETRIAL ES EL CULTIVO MAS PRACTICO. EL CULTIVO TOMADO CON UN DISPOSITIVO PARA EVITAR LA CONTAMINACION ENDOCERVICAL ES EL QUE PROVEE DE INFORMACION MAS PRECISA. (13).

EN 1990. NEWTON Y COLABORADORES. REALIZARON UN ESTUDIO ENFOCADO AL ANALISIS MICROBIOLOGICO DEL LIQUIDO AMNIOTICO. Y ENCONTRARON QUE EL CULTIVO POSITIVO AUNADO A CERVICOVAGINITIS BACTERIANA EN ESPECIAL MYCOPLASMA HOMINIS. TUVIERON UNA GRAN CORRELACION CON DECIDUOENDOMETRITIS. MIENTRAS QUE LOS DEMAS FACTORES CLINICOS TRADICIONALMENTE IMPLICADOS COMO FACTORES DE RIESGO. SON FACILITADORES MAS QUE PREDICTORES. INDEPENDIENTEMENTE DE LA VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO. (14).

LAS MUJERES CON DECIDUOENDOMETRITIS TARDIA. QUE HA SIDO DEFINIDA COMO LA QUE OCURRE ENTRE DOS DIAS Y SEIS SEMANAS POSTPARTO QUE PUEDEN ESCAPAR A LA DETECCION TEMPRANA. MUCHAS DE ESTAS MUJERES CON ESTA INFECCION QUE OCURRE TAN TARDIAMENTE SE ENCUENTRAN AFEBRILES Y TIENEN SOLO SINTOMAS MINIMOS. EN ALGUNOS REPORTES SE ASOCIA A LA PRESENTACION TARDIA CON EL GERME C. TRACHOMATIS. LAS MUJERES CON ESTA PATOLOGIA GENERALMENTE TIENEN EUTOCIAS. EN CONTRASTE CON LAS MUJERES CON PRESENTACION TEMPRANA DE LA INFECCION. LAS CUALES TIENEN COMO VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO LA OPERACION CESAREA. LAS PACIENTES EN ESTE ESTUDIO DESARROLLARON 18 DE ELLAS DECIDUOENDOMETRITIS TARDIA. ENTRE LOS DIAS SIETE Y CUARENTA Y DOS. Y SOLO TRES SE PRESENTARON CON FIEBRE. AUNQUE CINCO SE QUEJARON DE CALOSFRIOS.

SE AISLARON MYCOPLASMAS GENITALES EN EL 44% DE LAS PACIENTES Y EN 22% SE AISLO C. TRACHOMATIS. ES DE PARTICULAR INTERES EL HECHO DE QUE NO SE HAYAN AISLADO COMUNMENTE GERMEANES ANAEROBIOS. (15).

YONEKURA Y COLABORADORES EN 1988. COMENTARON QUE DESDE 1980 LA RECOMENDACION PARA LA TERAPEUTICA INICIAL PARTICULARMENTE PARA LA DECIDUOENDOMETRITIS POSTCESAREA HA SIDO ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO CON COBERTURA PARA ANAEROBIOS INCLUYENDO LAS ESPECIALES DE BACTEROIDES FRAGILES, ASI COMO LOS GRAM POSITIVOS Y LOS GRAM NEGATIVOS. ALGUNOS MEDICOS SUGIEREN QUE LA TERAPEUTICA DEBE INCLUIR AL GERME CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN SUS ESQUEMAS INICIALES Y POSIBLEMENTE A LOS MYCOPLASMAS TAMBIEN.

LA TERAPEUTICA QUE SE INICIA PRONTAMENTE. EMPIRICAMENTE ESCOGIDA ES EL EVENTO PRINCIPAL DE LA TERAPEUTICA EN LA DECIDUOENDOMETRITIS. MIENTRAS QUE APROXIMADAMENTE 95% DE LAS PACIENTES POSTPARTO RESPONDEN A UNA COMBINACION DE PENICILINA MAS UN AMINOGLUCOSIDO, SOLO 85 A 78% DE LAS PACIENTES POSTCESAREA RESPONDERAN A ESTE REGIMEN DE ANTIBIOTICOS. CERCA DE LA MITAD DE LAS FALLAS LA CAUSA PUEDE SER IDENTIFICADA Y SE INCLUYEN LA PRESENCIA DE ORGANISMOS RESISTENTES (FRECUENTEMENTE BACTEROIDES FRAGILIS Y OTRAS ESPECIES PENICILINO-RESISTENTES). INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA, HEMATOMA O ABSCESO PELVICO O PRENSION DE TROMBOFLEBITIS PELVICA SEPTICA, SIN EMBARGO CUANDO LA TERAPEUTICA INICIAL CONSISTE EN CLINDAMICINA MAS GENTAMICINA, EL 90 A 95% DE LAS PACIENTES CON DECIDUOENDOMETRITIS POSTCESAREA RESPONDEN.

LA PENICILINA SE AGREGA CUANDO NO SE ENCUENTRA MEJORIA EN LA PACIENTE QUE ES TRATADA CON CLINDAMICINA GENTAMICINA DESPUES DE 48-72 HORAS. EL RAZONAMIENTO PARA EL USO DE ESTE FARMACO CONSISTE EN UN SINERGISMO CONTRA LOS ENTEROCOCOS, LA PACIENTE QUE A PESAR DEL TRIPLE ESQUEMA PERMANECE FEBRIL ES MUY RARA Y DEBE SER RE-EVALUADA COMPLETAMENTE. EL DIAGNOSTICO DEBE INCLUIR DECIDUOENDOMETRITIS, CON ORGANISMOS RESISTENTES AL ACTUAL REGIMEN TERAPEUTICO, TROMBOFLEBITIS PELVICA SEPTICA, ABSCESO PELVICO, INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA Y MASTITIS.

EL MEJOR RESULTADO CON CLINDAMICINA-GENTAMICINA, POSIBLEMENTE SEA EL RESULTADO DE LA SUCEPTIBILIDAD DE B. FRAGILIS, B. BIVIVUS Y OTROS ANAEROBIOS A LA CLINDAMICINA. MIENTRAS QUE ESTOS ORGANISMOS SON GENERALMENTE RESISTENTES A LA PENICILINA.

LA COMBINACION CLINDAMICINA-GENTAMICINA, NO SE ENCUENTRA LIBRE DE PROBLEMAS POTENCIALES. AMBAS DROGAS PUEDEN CAUSAR SERIOS EFECTOS SECUNDARIOS. CLINDAMICINA ES UN FARMACO QUE PUEDE DIRIGIRNOS A LA DIARREA EN 2 A 8% DE LOS PACIENTES Y RARA VEZ A LA COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA. LOS AMINOGLUCOSIDOS NOS PUEDEN DIRIGIR A LA NEFROTOXICIDAD Y OTOTOXICIDAD EN 2 A 10% DE LOS PACIENTES. LAS PACIENTES OBSTETRICAS PRESENTAN BAJO RIESGO. DEBIDO A QUE LOS NIVELES DE AMINOGLUCOCIDOS SE ENCUENTRAN DEBAJO DEL REGIMEN TERAPEUTICO A CONSECUENCIA DE LA EXCRECION RENAL RAPIDA (17).

FORTUNATO Y DODSON EN 1988, REALIZARON UNA REVISION DE LOS FACTORES QUE AFECTAN A LA EFECTIVIDAD EN EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DE LAS PACIENTES QUE PRESENTAN DECIDUOENDOMETRITIS. LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL EMBARAZO Y EL PUERPERIO Y SU EFECTO EN LA TERAPIA ANTIBIOTICA NO HAN RECIBIDO MUCHA ATENCION. EL EMBARAZO ESTA ACOMPAÑADO DE MÚLTIPLES CAMBIOS, ENTRE LOS QUE SE INCLUYEN: EL INCREMENTO DEL PESO UTERINO, EL VOLUMEN SANGUÍNEO, EL LÍQUIDO EXTRACELULAR, FLUJO ENDOMETRIAL Y LOS CAMBIOS EN LA FUNCION RENAL. ESTOS CAMBIOS AFECTAN LA TERAPÉUTICA PARA LA DECIDUOENDOMETRITIS, YA QUE TOMARA VARIAS SEMANAS PARA QUE LA MUJER REGRESE A SU ESTADO DE PREGRAVIDEZ. ALGUNAS PATOLOGIAS COMO LA PRECLAMPSIA SE ASOCIAN A REDUCCIONES EN EL ESPACIO INTRAVASCULAR. MAYOR ESPACIO EXTRAVASCULAR DEBIDO AL EDEMA Y LA FUNCION RENAL ALTERADA. LOS CAMBIOS UTERINOS POSTPARTO TAMBIEN COMPLICAN LA TERAPÉUTICA, DEBIDO A LA POBRE PERFUSION CON ANTIBIOTICOS. EL ANTIBIOTICO IDEAL PARA LA DECIDUOENDOMETRITIS DEBERIA LOGRAR NIVELES OPTIMOS UTERINOS, QUE TUVIERA ADMINISTRACION POCO FRECUENTE Y ADEMAS UNA ACTIVIDAD ADECUADA CONTRA LOS ANAEROBIOS, ASI COMO TOXICIDAD MINIMA. (16).

EN 1990 RODOLFO WALSS-RODRIGUEZ, Y COLABORADORES, COMPROBARON DOS ESQUEMAS TERAPÉUTICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DECIDUOENDOMETRITIS POSTCESAREA. AMPICILINA-GENTAMICINA Y OTRO, PENICILINA-METRONIDAZOL. EL GERMEN AISLADO FUE EL STAPHYLOCOCCUS AUREUS COAGULOSA POSITIVO, NO HUBO FRACASOS CON NINGUNO DE LOS DOS ESQUEMAS UTILIZADOS, NI DIFERENCIA EN LA VELOCIDAD CON QUE OCURRIO LA DESAPARICION DE LOS SINTOMAS; EN CAMBIO LOS DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA Y EL COSTO PROMEDIO DEL TRATAMIENTO FUERON SIGNIFICATIVAMENTE MENOS CON EL ESQUEMA DE PENICILINA METRONIDAZOL. (18).

EN CUANTO A LOS DIFERENTES ANTIBIOTICOS, SEGUN LOS REPORTES DE LA LITERATURA MUNDIAL, CADA UNO LO POSTULA COMO EL MEJOR Y MAS EFICIENTE, PERO NO SIENDO EL TEMA EN ESTE ESTUDIO LA PROFILAXIS Y EL TRATAMIENTO, ÚNICAMENTE SE ENFOCO AL AGENTE ETIOLÓGICO, FACTORES PREDISponentes, Y MÉTODOS DE OBTENCION DE CULTIVOS.

O B J E T I V O S .

1.-IDENTIFICAR LA FLORA BACTERIANA MAS FRECUENTE EN LA DECIDUOENDOMETRITIS POSTCESAREA EN LAS PACIENTES OPERADAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN.

2.- CONOCER LOS FACTORES PREDISPONENTES MAS IMPORTANTES EN LA DECIDUOENDOMETRITIS EN NUESTRO MEDIO.

J U S T I F I C A C I O N .

ES IMPORTANTE CONOCER EL FACTOR ETIOLOGICO MAS FRECUENTE. PARA MANEJAR ANTIBIOTICOS MAS SELECTIVOS Y ESPECIFICOS QUE MINIMISEN LA ESTANCIA. EL COSTO. Y EL DETERIORO SOCIAL QUE IMPLICA EL MANTENER HOSPITALIZADA A UNA PACIENTE DURANTE EL PUERPERIO.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

EN EL HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN, SE REALIZA ESTUDIO RETROSPECTIVO, OBSERVACIONAL Y DESCRIPTIVAMENTE DE PACIENTES CON DECIDUOENDOMETRITIS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A DICIEMBRE DE 1991.

SE ANALIZARON LOS EXPEDIENTES DE LAS PACIENTES QUE CURSARON CON DECIDUOENDOMETRITIS POSTNACIMIENTO SEGUN CRITERIOS DE INCLUSION QUE FUERON:

- 1.- PACIENTES QUE CURSEN CON DECIDUOENDOMETRITIS POSTCESAREA.
- 2.- PACIENTES CON DECIDUOENDOMETRITIS QUE SE LES HAYA TOMADO CULTIVO ENDOCERVICAL.
- 3.- PACIENTES QUE NO HAYAN RECIBIDO ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILACTICA.

LOS CRITERIOS DE EXCLUSION FUERON:

- 1.- PACIENTES CON DECIDUOENDOMETRITIS A LAS CUALES NO SE LES HAYA TOMADO CULTIVO ENDOCERVICAL.
- 2.- PACIENTES QUE RECIBIERON ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILACTICA, ANTES DE LA TOMA DEL CULTIVO ENDOCERVICAL.

LA TOMA DE LA MUESTRA DEL CULTIVO ENDOCERVICAL, FUE CON COTOMETE ESTERIL TRANSCERVICAL, APOYANDOSE CON ESPEJO VAGINAL Y DILATANDO SUAVEMENTE EL CERVIX, CON PINZA DE BOSSEMAN.

SE EVALUARON LOS ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE EDAD GESTACION. APARICION DE LA FIEBRE EN HORAS. TIEMPO QUIRURGICO Y SANGRADO, ASI COMO, SI REQUIRIERON LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL, LOS DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA Y LAS ESPECIES AISLADAS EN LOS CULTIVOS. SE REALIZARON CUADROS Y GRAFICAS CON LOS DATOS DE MAYOR PREVALENCIA MEDIANTE LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS ADJUNTA.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NUMERO DE REGISTRO _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ EDAD GESTACIONAL: _____

PARIDAD: G. _____ P. _____ C. _____ A. _____

DIAGNOSTICO OPERATORIO: _____

TIEMPO QUIRURGICO: _____ SANGRADO APROX. _____

R.P.M. _____

TIEMPO DE T. DE PARTO: _____

NUMERO DE TACTOS: _____

HEMOGLOBINA: _____

HEMATOCRITO: _____

CUADRO CLINICO:

FIEBRE: 24 HRS. _____ 48 HRS. _____ 72 HRS. _____

LOQUIOS FETIDOS: X _____ XX _____ XXX _____

HIPERSENSIBILIDAD UTERINA: _____

SUBINVOLUCION UTERINA: _____

REQUIRIERON REVISION DE CAVIDAD: SI _____ NO _____

CULTIVO BACTERIOLOGICO TRANSCERVICAL CON COTONETE ESTERIL: _____

TRATAMIENTO: _____

ESTANCIA HOSPITALARIA: _____

R E S U L T A D O S

EN EL HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN, DURANTE EL LAPSO DE ENERO A DICIEMBRE DE 1991, SE OBTUVIERON 2923 NACIMIENTOS, DE LOS CUALES, 643 FUERON MEDIANTE OPERACION CESAREA, CON UN INDICE PROMEDIO DE 26.16%. SE REPORTARON 75 PACIENTES COMPLICADAS CON DECIDUOENDOMETRITIS, CORRESPONDIENDO A 71 NACIMIENTOS POR CESAREA Y 4 POSTPARTO EUTOCICO, CON UN INDICE DE INFECCIONES DE 2.26%.

DE LAS 75 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DECIDUOENDOMETRITIS ENTRARON AL ESTUDIO 20 PACIENTES QUE LLENARON LOS REQUISITOS DE INCLUSION.

EN LA TABLA No. I, SE ESPECIFICAN LOS GRUPOS DE EDAD, ENCONTRANDO QUE LA MAYORIA DE LAS PACIENTES TENIAN MENOS DE 24 AÑOS DE EDAD; EN LA TABLA No. II, EN CUANTO A PARIDAD CORRESPONDIO A MAS DEL 50% DE PACIENTES PRIMIGESTAS; LA INDICACION PREOPERATORIA EN EL SERVICIO, MAS FRECUENTE ES LA DESPROPORCION CEFALO PELVICA, SIN EMBARGO EN ESTE TIPO DE PACIENTES COMPLICADAS SOLO OCUPO EL 25%, COMO SE MUESTRA EN LA GRAFICA No. I, TENIENDO EL DIAGNOSTICO DE PRESENTACION PELVICA EL MAYOR NUMERO DE PACIENTES.

TODAS LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO CURSABAN CON EMBARAZO DE TERMINO, LA RESOLUCION OBSTETRICA FUE MEDIANTE OPERACION CESAREA, CON UN TIEMPO QUIRURGICO DE 30 A 90 MINUTOS, COMO SE MUESTRA EN LA TABLA No. III, EL NUMERO DE TACTOS FUE DE DOS A CUATRO EN PROMEDIO, CON UN MAXIMO DE SEIS TACTOS EN UNA PACIENTES; NINGUNA PACIENTE LLEVO CONTROL PRENATAL, POR LO QUE LA CIFRA DE HEMOGLOBINA PREOPERATORIA SE IGNORA, SIN EMBARGO LAS CIFRAS POSTOPERATORIAS SE DESCRIBEN EN LA TABLA No. IV.

EL DIAGNOSTICO DE LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO, PRESENTARON HIPERTERMIA DE MAS DE 38°C, CON DIFERENCIA DE SEIS HORAS, UTERO SUBINVOLUCIONADO, HIPERSENSIBILIDAD UTERINA Y LOQUIOS FETIDOS. LA DIFERENCIA FUE EL TIEMPO EN QUE SE INICIO EL CUADRO FEBRIL COMO SE MUESTRA EN LA GRAFICA No. II.

EL MANEJO DE LA DECIDUOENDOMETRITIS SE REALIZO MEDIANTE EL AISLAMIENTO DE LA PACIENTE. RETIRO DEL PROGRAMA DE HABITACION COMPARTIDA. LA TOMA DE EXAMENES PARACLINICOS. ENTRE LOS QUE SE CUENTA EL CULTIVO ENDOCERVICAL. INICIANDOSE EL MANEJO DE ANTIBIOTICOS CON PENICILINA SODICA CRISTALINA 5 000 000 I.V. CADA CUATRO HORAS Y GENTAMICINA 80 MG. I.V. CADA OCHO HORAS: DE TAL FORMA SE REALIZO EN 19 PACIENTES. CAMBIANO EN UN CASO LA PENICILINA. POR CLORAFENICOL. A DOSIS DE UN GRAMO I.V. CADA SEIS HORAS POR SER ALERGICA A LA PENICILINA: AMERITANDO EL MANEJO CON METRONIDAZOL EN TRES CASOS.

REQUIRIERON LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL 11 PACIENTES, YA QUE LA SUBINVOLUCION PERSISTIA A PESAR DEL MANEJO CON OXITOCICICOS. SE MUESTRA EN LA GRAFICA No. III.

LA ESTANCIA HOSPITALARIA VARJO DE 3 A 18 DIAS. COMO SE MUESTRA EN LA GRAFICA No. IV. CON UN PROMEDIO DE CUATRO DIAS. EL GERMEN AISLADO SE DESCRIBE EN LA GRAFICA No. V. ENCONTRANDO CUATRO MUESTRAS SIN DESARROLLO Y EL GERMEN MAS FRECUENTE FUE EL STAPHYLOCOCO EN SUS DIFERENTES CEPAS.

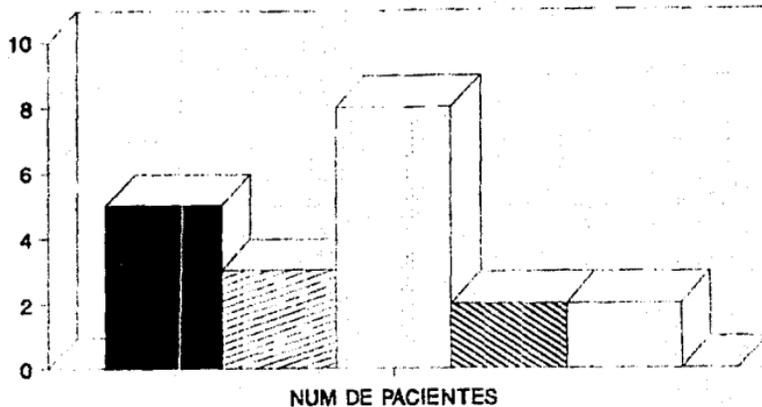
T A B L A I
GRUPOS DE EDAD

EDAD	NUM. DE PACIENTES	%
15 A 19	6	30
20 A 24	10	50
25 A 29	2	10
30 A 34	1	5
35 A MAS	1	5
TOTAL	20	100

T A B L A I I
ANTECEDENTES DE EMBARAZO

GESTA	NUM. DE PACIENTES	%
I	11	55
II	4	20
III Y MAS	4	25
TOTAL	20	100

GRAFICA I INDICACION OBSTETRICA PREOPERATORIA



■ DEPROPOR. CEF PELV. ▨ S.F.A. □ PRESENT. PELVICA
 ▩ CESAREA ITERATIVA □ CESAREA PREVIA PIB.

NUMERO DE PACIENTES

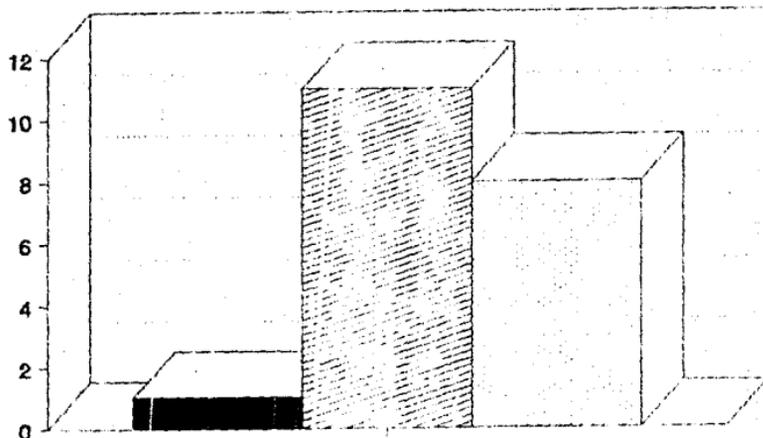
T A B L A I I I
T I E M P O Q U I R U R G I C O

MINUTOS	NUM. DE PACIENTES	%
30 A 60	14	70
61 A 90	6	30
91 A MAS	0	0
TOTAL	20	100

T A B L A IV
HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA	NUM. DE PACIENTES	%
7.6 A 9.4	4	20
9.5 A 10.4	3	15
10.5 A 11.4	8	40
11.5 A MAS	5	25
TOTAL	20	100

GRAFICA II
CUADRO FEBRIL



■ 24 hrs 1 pac.

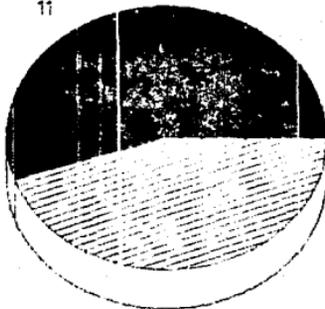
▨ 48 hrs 11 pac.

□ 72 hrs 8 pac.

APARICION EN HORAS

GRAFICA III PACIENTES QUE REQUIRIERON LUI*

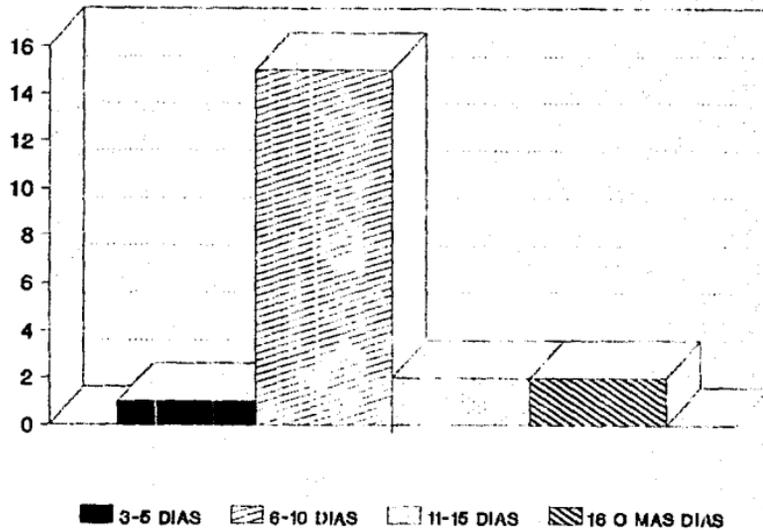
REQ. 11 PAC. (55%)
11



NO REQ. 9 PAC. (45%)
9

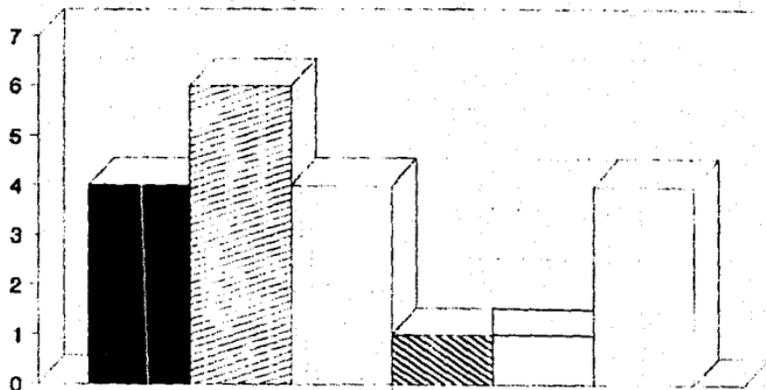
* LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL

GRAFICA IV
ESTANCIA HOSPITALARIA



NUMERO DE PACIENTES

GRAFICA V
 MICROORGANISMOS AISLADOS EN CULTIVOS



■ E. coli

▨ Citrobacter

□ S. aureus c+

▧ S. aureus c-

▤ S. sp.

□ Sin desarrollo

NUMERO DE PACIENTES

ANALISIS

EL NUMERO DE TACTOS, FUE EN BASE A EL PARTOGRAMA, REPRESENTANDO UNA VARIABLE NO CONTROLADA PARA TODAS LAS PACIENTES INFECTADAS Y NO INFECTADAS, YA QUE EN OCASIONES NO SE REGISTRO EL NUMERO REAL DE TACTOS. PODRIA PENSARSE AUN ASI, QUE EN PRIMIGESTAS (MAYOR INCIDENCIA DE DECIDUOENDOMETRITIS), ES MAYOR EL NUMERO DE TACTOS QUE EN MULTIGESTAS.

EL LABORATORIO DE NUESTRO HOSPITAL NOS REPORTO UN SOLO GERME EN LOS CULTIVOS ENDOCERVICALES. EN ALGUNOS CASOS NOS REPORTO UN GERME DETERMINADO: "MAS BACTERIAS", Y NOS HACE PENSAR QUE ESTAS BACTERIAS FUERON EL AGENTE ETIOLOGICO. SERIA CONVENIENTE INVESTIGAR, SI CORRESPONDEN A GERME PATOGENOS, O DE LA FLORA NORMAL.

EN NUESTRO HOSPITAL, EL USO DE ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS, SE LIMITA A LA PRESENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DE MAS DE SEIS HORAS DE EVOLUCION, CON DOSIS BAJA DE PENICILINA SODICA CRISTALINA (2 000 000 I.V., CADA CUATRO HORAS), Y ANTE LA PRESENCIA DE SIGNOS Y SIGNOMAS DE DECIDUOENDOMETRITIS SE INICIA EL PROTOCOLO DE MANEJO YA DESCRITO.

LA DECIDUOENDOMETRITIS EN NUESTRO MEDIO ES UNA DE LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES PRECEDIENTE EN ORDEN DE FRECUENCIA LA ANEMIA.

EL GRAN NUMERO DE PACIENTES JOVENES, (SEGUNDA Y TERCERA DECADE DE LA VIDA). ASI COMO EL ALTO PORCENTAJE DE PRIMIGESTAS HABLAN DE LAS CARACTERISTICAS DE LA POBLACION QUE SE ATIENDE EN ESTE HOSPITAL, CON LA INHERENTE PROBLEMATICA SOCIAL Y CULTURAL QUE CONLEVA. A ESTO SE AUNA EL HECHO DE QUE LAS PACIENTES ESTUDIADAS NO TENIAN CONTROL PRENATAL.

DENTRO DE LOS FACTORES CONVOCADOS COMO PREDISONENTES NO SE ENCONTRO NINGUNO QUE INFLUYERA DIRECTAMENTE EN LA INCIDENCIA DE LA DECIDUOENDOMETRITIS, YA QUE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, ASI COMO EL NUMERO DE TACTOS, NO TUVIERON EL PESO DE PREDISPOSICION DIRECTA.

EL TIEMPO QUIRURGICO EMPLEADO NO FUE SIGNIFICATIVAMENTE MAS ALARGADO QUE EL HABITUAL EN CUALQUIERA DE LAS OTRAS CIRUGIAS REALIZADAS.

LLAMA LA ATENCION QUE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA POSTOPERATORIOS ESTUVIERON POR ABAJO DE 11.4%. EN EL SERVICIO, LA INDICACION MAS FRECUENTE DE CESAREA ES LA DESPROPORCION CEFALO PELVICA. SIN EMBARGO EN EL GRUPO DE ESTUDIO LA PRESENTACION PELVICA OCUPO EL PRIMER LUGAR, NO ENCONTRANDO NINGUN CASO CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

LA EVOLUCION DE TODAS LAS PACIENTES FUE SATISFATORIA, DEBIDO AL MANEJO EFICAZ CON ANTIBIOTICOS, LOS CUALES CUBRIERON LOS ESPECTROS MAS FRECUENTES DENTRO DE LA ETIOLOGIA REPORTADA EN OTROS ESTUDIOS, SIN EMBARGO SOLO SE LOGRARON REALIZAR ESTUDIOS DE CULTIVO ENDOCERVICAL EN UN NUMERO BAJO DE PACIENTES, REPORTANDOSE GERME INTRAHOSPITALARIOS EN SU MAYORIA, LLAMANDO LA ATENCION QUE EN CUATRO CASOS NO SE AISLO GERME ALGUNO.

CONCLUSIONES

- 1.- LA HIPOTESIS FUE VALEDERA. SE DEMOSTRO QUE UN SOLO GERMEEN ES EL CAUSANTE DE LA DECIDUOENDOMETRITIS EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS EN NUESTRO HOSPITAL.
- 2.- LOS FACTORES SOCIALES Y CULTURALES DE LAS PACIENTES INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE LA DECIDUOENDOMETRITIS.
- 3.- LA VIGILANCIA DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS INFECCIOSOS. SON IMPORTANTES PARA LA DETECCION OPORTUNA Y EL MANEJO DE LA DECIDUOENDOMETRITIS.
- 4.- EN NUESTRO GRUPO DE ESTUDIO. EL NUMERO DE TACTOS. Y EL TIEMPO QUIRURGICO NO INFLUYERON EN LA INCIDENCIA DE LA DECIDUOENDOMETRITIS.
- 5.- LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA BAJOS. SE PRESENTARON EN LA MAYORIA DE LAS PACIENTES INFECTADAS.
- 6.- LA UTILIZACION DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DEL TIPO DEL LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL. FAVORECE LA INVOLUCION UTERINA EN AQUELLAS PACIENTES EN QUE EL USO DE OXITOCICOS ESTA LIMITADO. O NO HAY RESPUESTA A ESTOS.
- 7.- SE DEBE INICIAR EL MANEJO CON ANTIBIOTICOS. UNA VEZ HECHO EL DIAGNOSTICO DE DECIDUOENDOMETRITIS SIN ESPERAR RESULTADO DE CULTIVO. YA QUE ESTE INFLUYE POCO O NADA EN EL CRITERIO DEL MANEJO DE ANTIBIOTICOS.
- 8.- SIN EMBARGO. EL CONOCIMIENTO DE LA FLORA BACTERIANA PREDOMINANTE. ES IMPORTANTE PARA MODIFICAR PROTOCOLO DE MANEJO EN PRESENCIA DE GERMEENES INFRECUENTES.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- YONEKURA, ML: TREATMENT OF POSTCESAREAN ENDOMYOMETRITIS: CLIN. OBSTET. GYNECOL. 31:488. 1988.
- 2.- SOPER, DE: POST PARTUM ENDOMETRITIS PATHOPHYSIOLOGY AND PREVENTION: J. REPROD MED. 33:375. 1988.
- 3.- CUNNINGHAM FG, HAUTH JC, STRONG JD, ET AL INFECTIOUS MORBIDITY FOLLOWING CESAREAN SECTION: COMAPRISON OF TWO TREATMENT REGIMESN. OBSTET. GYNECOL 52:656. 1978.
- 4.- GIBBS RS, RODGERS PJ, CASTANEDA YS, ET AL: ENDOMETRITIS FOLLOWING VAGINAL DELIVER: OBSTET. GYNECOL. 56:555. 1980.
- 5.- WATTS DH, KROHN MA, HILLIER SL, ET AL: BACTERIAL VAGINOSIS AS A RISK FACTOR FOR POST CESAREAN ENDOMETRITIS. OBSTET. GYNECOL. 75:52. 1980.
- 6.- YONEKURA ML: RISK FACTORS FOR POSTCESAREAN ENDOMYOMETRITIS AM J. MED. 78: 5177. 1985.
- 7.- DISMOOR MJ, GIBBS RS: PREVIOUS INTRA-AMNIOTIC INFECTION AS A RISK FACTOR FOR SUBSEQUENT PERIPARTAL UTERINE INFECTIONS OBSTET. GYNECOL. 74: 299. 2989.
- 8.- DUFF P, GIBBS RS, ST, CLAIR PJ, ET AL: CORRELATION OF LABORATORY AND CLINICAL CRITERIA IN PREDICTION OF POSTCESAREAN ENDOMYOMETRITIS. OBSTET. GYNECOL. 63: 781. 1984.
- 9.- ESCHENBACH DA: NEW CONCEPTS OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGIC INFECTION: ARCH INTERN MED 142:293. 1982.
- 10.- WATTS DH, ESCHENBACH DA, KENNY GE: EARLY POST PARTUM ENDOMETRITIS: ROLE OF BACTERI, GENITAL MYCOPLASMAS, AND C. TRACHOMATIS. OBSTET. GYNECOL. 73: 52. 1989.
- 11.- DIZERGA GS, YONEKURA ML, LEDGER WJ: POST CESARRAN SECTION ENDOMIOMETRITIS: SIGNIFICANCE OF TRANSCERVIAL ENDOMETRIAL CULTURRS IN BACTEREMIC PATIENTES. INT J. GYNECOL OBSTET. 20: 313. 1982.
- 12.- MARTENS MG, FAR S, HAMMILL H, ET AL: COMPARISON OF TWO ENDOMETRIAL SAMPLING DEVICES, COTTON-TIPPED SWAB AND DOUBLE LUMEN CATHETER WIT A BRUXH. H. REPROD. MED. 34:875. 1989.
- 13 ESCHENBACH DA, ROSENE K, TOMPKINS LS, ET AL: ENDOMETRIAL CULTURES OBTAINED BY A TRIPLE LUMEN METHOD FROM AFEBRILE AND FEBRIL POST PARTUM WOMEN. J INFECT DIS 153: 1038. 1986.

14.- NEWTON ER, PRIHODA TJ, GIBBS RS: A CLINICAL AND MICROBIOLOGIC ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR PUERPERAL ENDOMETRITIS. OBSTET GYNECOL 75: 402, 1990.

15.- HOYME UB, KIVIAT N, ESCHBACH DA: MICROBIOLOGY AND TREATMENT OF LATE POSTPARTUM ENDOMETRITIS. OBSTET GYNECOL, 68: 226, 1986.

18.- FORTUNATO SJ, DODSON MG: THERAPEUTIC CONSIDRATIONS IN POST-PARTUM ENDOMETRITIS. J. REPROD MED. 33:5101, 1988.

17.- YONEKURA ML: THE TREATMENT OF ENDOMYOMETRITIS. J. REPROD. MED. 33:5579, 1988.

18.- RODOLFO WALSS-RODRIGUEZ. ANTIBIOTICOTERAPIA EN ENDOMETRITIS POSCESAREA COMPARACION DE LOS ESQUEMAS AMPICILINA-GENTAMICINA Y AMPICILINA-METRONIDAZOL. GACETA MEDICA DE MEXICO VOL. 126 NO. 2 MARZO/ABRIL 1990.

19.- IFFY KAMINETZKY, OBSTETRICIA Y PERINATOLOGIA. INFECCIONES PERINATALES: BACTERIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. 1050-1085, 1990.