

11217

Handwritten signature



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL
"MAXIMINO AVILA CAMACHO"
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
ESPECIALIDAD GINECOBSTETRICIA

**FACTORES PREDISPONENTES EN INFECCION
PUERPERAL POSTCESAREA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN :

GINECOBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. JOSE MANUEL MARIN PEREZ

ASESOR:

DR. JOSE ADOLFO RODRIGUEZ HERNANDEZ





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.

11217
90



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL
"MAXIMINO AVILA CAMACHO"
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
ESPECIALIDAD GINECOBSTERICIA

**FACTORES PREDISONENTES EN INFECCION
PUERPERAL POSTCESAREA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN :

GINECOBSTERICIA

P R E S E N T A

DR. JOSE MANUEL MARIN PEREZ

ASESOR:

DR. JOSE ADOLFO RODRIGUEZ HERNANDEZ



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL MAXIMINO AVILA CAMACHO
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36

ESPECIALIDAD: GINECOBSTERICIA

TITULAR DEL ESTUDIO DE INVESTIGACION:
MARIN. PEREZ JOSE MANUEL

MEDICO ASESOR DEL ESTUDIO:
DR. JOSE ADOLFO RODRIGUEZ HERNANDEZ

DOMICILIO DEL TITULAR:
20 DE NOVIEMBRE No. 6107
SAN BALTAZAR
45 - 70 - 69

DOMICILIO DEL ASESOR:
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 36

TITULO:
FACTORES PREDISPONENTES EN INFECCION PUERPERAL POSTCESARRA

EN AGRADECIMIENTO A:

* DR. JOSE ADOLFO RODRIGUEZ HERNANDEZ
MEDICO GINECOBSTETRA MAT. 9973206.

HGR No. 36 C.M.N.

POR SU APOYO PARA LA REALIZACION -
DEL PRESENTE TRABAJO.

* A TODO EL PERSONAL MEDICO QUE ME -
BRINDO SUS CONOCIMIENTOS PARA EL DE
SEMPEÑO DE MI ESPECIALIDAD.

* EN ESPECIAL A CELIA, POR TODO LO -
REALIZADO.

* A MIS FAMILIARES POR SU COMPRESION
Y APOYO.

I N D I C E

ANTECEDENTES CIENTIFICOS	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	6
GRAFICAS Y CUADROS	18
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFIA	38

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La sepsis puerperal sigue siendo una de las causas de mortalidad materna en nuestro medio y en ocasiones complicación seria y grave para la madre. (1-4).

Se han realizado diversos estudios y análisis para tratar de identificar con mayor precisión los diferentes factores y circunstancias que influyen en el desarrollo de infección puerperal postcesárea, con la intención de que conociendolos, sea más fácil prevenir el desarrollo de esta complicación. (6)

Es indudable el hecho de que el uso profiláctico de antibióticos redujo notablemente la morbilidad infecciosa, en aquellas mujeres sometidas a operación cesárea, sin embargo posteriormente aparecieron complicaciones que determinaron realizar nuevos estudios, con nuevas publicaciones que determinaron los factores de riesgo asociados a este tipo de cirugía y se demostró que en las situaciones en que están ausentes esos factores, esta morbilidad infecciosa no mejora en forma significativa. (2-3-7)

La cesárea incrementa el riesgo de infección siendo más frecuente la endometritis que se presenta del 6 al 18% e infección de la herida 1.6%. (1-6)

Aunque hay controversia en cuanto a lo que constituye factores de riesgo de infección postoperatoria, parece haber consenso en cuanto a la aceptación, de que la cesárea primaria después de trabajo de parto tiene mayor riesgo de infección que

una cesárea repetida y que los antibióticos profilácticos disminuyen el riesgo de endometritis, si bien su utilización deberá restringirse a pacientes con riesgo. La mejor profilaxia es una excelente técnica quirúrgica. (7-10-11-12)

Otros factores de riesgo para endometritis incluyen, la duración del trabajo de parto, la duración de ruptura prematura de membranas así como la anemia materna. (4-6)

La microinvasión por germen patógeno de líquido amniótico ocasiona un incremento en la posibilidad de endometritis postcesárea, al comparar grupo de pacientes en riesgo de endometritis postparto y postcesárea, la microflora vaginal endógena es causa de la mayoría de los casos. (5-9)

La endometritis es la causa más común de morbilidad en cesárea siendo generalmente polimicrobiana, involucrando aerobios facultativos, anaerobios, Gram negativos y positivos, siendo el mayor riesgo de endometritis la ruptura prematura de membranas de más de 6 horas. (9-13)

La contaminación bacteriana del líquido amniótico está en relación con la frecuencia de exámenes vaginales y la presencia de ruptura de membranas, mencionando que pacientes con más de 12 horas de ruptura prematura y siete exploraciones vaginales se iniciará profilaxis antimicrobiana para reducir la morbilidad infecciosa. (7-11)

Diversos estudios con antimicrobianos, con diversos esquemas y con dosis profiláctica y regímenes adecuados previene la morbilidad en operación cesárea, pero se ha ocasionado resisten

cia bacteriana. (8-12-13-14)

La incidencia de endometritis puerperal es variable en la literatura, pudiendo ocurrir la infección en situaciones particulares como al realizar una cesárea electiva (3.8%) en comparación de una urgencia (7.5%). (7)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No se han identificado con exactitud y precisión, cuales son los factores de riesgo que influyen en la aparición de infección puerperal, en nuestra Unidad.

En nuestro medio se desconoce con precisión los factores que tengan significancia real y estadística en el desarrollo de infección puerperal postcesárea.

OBJETIVOS

Determinar cuales son los diferentes eventos y/o circunstancias bio-psico-sociales y médicas que influyen directamente y en forma significativa con la aparición de infección puerperal.

Preconizar los factores de riesgo que influyen en la infección puerperal postcesárea.

HIPOTESIS

Las condiciones bio-psico-sociales y médicas son semejantes a los reportados a nivel Nacional.

El ingreso en parto condiciona múltiples exploraciones vaginales, condicionando factor de riesgo para infección puerperal.

Se abusa del uso de antibióticos que no se ajustan a criterios de riesgo.

MATERIAL Y METODOS

Se realizará un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional para determinar los factores de riesgo predisponentes en infección puerperal postcesárea.

Dicho estudio se realizará en el Hospital General Regional No. 36 CMN-MAC de Enero a Junio de 1994. Incluirá 50 pacientes con diagnóstico clínico de infección puerperal, deciduitis y/o infección de herida quirúrgica postcesárea. No se incluirán a pacientes que hallan recibido manejo o tratamiento quirúrgico, se excluirán aquellos pacientes que no se cuente con expediente o aquellos que decidan su alta voluntaria.

El estudio se llevará a cabo por una encuesta que consta de 27 preguntas.

Se realizará un análisis de la información obtenida para valorar la importancia de factores predisponentes en infección puerperal postcesárea.

METODO ESTADISTICO: Descriptivo.

RESULTADOS

CONDICION SOCIO-ECONOMICA:

La gran mayoría de las pacientes (78%) perteneció a un estrato socio-económico bajo, establecido así por las malas condiciones ambientales e higiénicas y a un ingreso económico reducido. E 21% de las pacientes, perteneció a un estrato socio-económico medio y solamente una paciente se consideró pertenecer a un estrato socio-económico alto (Gráfica # 1).

DESNUTRICION:

En correlación estrecha con el medio socio-económico encontramos que la desnutrición fundamentalmente proteica, ocurrió en un alto número de nuestros casos.

En total 41 pacientes tuvieron algún grado de desnutrición proteica.

El 57% del total, tenían desnutrición catalogada como de 1er. grado; 19% de segundo grado, y el 5% de tercer grado.

Tan solo el 19% de las pacientes, tienen una alimentación con suficiente aporte proteico. (Gráfica # 2).

OBESIDAD:

El 60% de las pacientes tenían algún grado de obesidad.

15	pertenecieron al Grado I	(más de 10kg. de sobrepeso)
10	"	" II (más de 10 a 20 kg. ")
5	"	" III (más de 20 kg. de ")

Esto se correlacionaba con un pániculo adiposo grueso y con mayor cantidad de tejido graso que dificultaba la cirugía.

El sobrepeso en nuestras pacientes no necesariamente refleja una buena nutrición, dado que la desnutrición estaba condicionada a deficiencia proteica.

El 20% de nuestros casos se encontraba en un peso satisfactorio. (cuadro No. 1).

EDAD:

El mayor porcentaje de nuestras pacientes correspondieron a mujeres jóvenes en la edad reproductiva, óptima, presentándose el 44% entre los 21 y los 30 años de edad; sin embargo, un número considerable de casos se presentó en mujeres muy jóvenes - menores de 20 años y también se observó un porcentaje del 6% en mujeres añosas de más de 36 años.

Esto probablemente refleje lo comunmente observado en nuestro medio; de iniciar la función reproductora a edades tempranas.

Y al parecer, no hay una mayor incidencia de infección puerperal con predominio en alguno de los grupos de edades.

(Gráfica # 3).

GESTA:

Observamos en nuestro estudio, un alto porcentaje de pacientes primigestas, lo que probablemente refleje la incidencia global del paciente admitidas a nuestro hospital.

Cabe mencionar que se presentaron 5 casos de infecciones puerperales en grandes múltiparas. (Cuadro No. 2).

Respecto a la paridad, el 24% de nuestras pacientes tenían un parto previo y el total (66%), habían tenido uno o varios partos previos; ésto quizá refleje alguna complicación o desarrollo anormal en el embarazo actual que dificultó el advenimiento de un parto eutócico actual. Además refleja el hecho de que un parto previo en una mujer no garantice un embarazo y un parto normas subsecuente.

No encontramos una diferencia real con el número de gestaciones y paridad en relación con la infección puerperal.

ABORTOS:

Asi mismo, 16 de nuestras pacientes tenían el antecedente de aborto, 7 pacientes con un aborto previo; 6 con dos abortos y tres con tres abortos.

CESAREAS:

En total, 36% tenían el antecedente de una o dos cesáreas previas (10 con una cesárea previa y 8 con dos cesáreas previas).

Encontramos un número elevado de casos en nuestra serie con cesárea previa, lo que posiblemente refleje no una mayor susceptibilidad a la infección puerperal, sino el hecho de que la paciente con cesárea previa tiene una mayor probabilidad o

reunó ciertas condiciones para la indicación de la presente cesárea.

EDAD GESTIONAL:

A un número bajo de pacientes se les practicó la operación cesárea (6%) antes del término, desarrollando posteriormente infección puerperal. Esto manifiesta probablemente una complicación serie durante la gestación, que obligó a interrumpirla antes del término.

Es posible que no haya influencia respecto a edad gestional e infección (Cuadro No.3).

ENFERMEDADES DURANTE LA GESTACION:

Un número de enfermedades intercurrentes se observó en nuestra serie y es particularmente notorio la alta incidencia de enfermedades infecciosas tales como: infección de vías urinarias (34%), y la cervico-vaginitis (24%).

Nos parece que puede establecerse correlación con la presencia de una enfermedad infecciosa en el transcurso de la gestación, con la posibilidad de desarrollar una infección puerperal.

Así mismo, es importante el hacer notar el alto índice de toxemia en nuestra serie (40%). Esto probablemente esté en relación con el bajo estado socio-económico y la desnutrición de nuestras pacientes. Puede haber una correlación entre la presencia de toxemia y un mayor riesgo de adquirir una infección

puerperal. (Cuadro No. 4).

ANTIBIOTICOS USADOS TRES MESES PREVIOS A LA INTERRUPCION
DEL EMBARAZO.

El 3% de las pacientes en nuestra serie recibieron algún antibiótico o bacteriostático en los tres últimos meses previos a la operación cesárea.

Nos parece que esto sobrepasa lo observado en la población en general.

El antibiótico al final de la gestación, podría provocar aparición y desarrollo de sepsis bacterianas resistentes u oportunistas que pudieran favorecer la aparición de una infección puerperal, sobre todo en los casos en los cuales no se hacen una elección cuidadosa del fármaco, se indican dosis subóptimas o la paciente no las toma en forma adecuada. (Cuadro No.5)

PRUEBAS DE LABORATORIO DURANTE LA GESTACION:

Bimetría Hemática:

Se analizaron las biometrías hemáticas consignadas en los expedientes de 36 pacientes durante el curso de la gestación, observándose que la minoría se encontraba en cifras subnormales.

Únicamente 6 pacientes con una hemoglobina de 14 mg y una paciente con cifras tan bajas como de 8 mg. (Cuadro No.6)

LEUCOCITOS:

Las cifras leucocitarias únicamente se encontraron en 22-

pacientes, observándose que la mayoría de la muestra tenía cifras normales.

(Cuadro No. 7)

CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA:

En 18 pacientes se encontró el antecedente de cesárea previa; 10 pacientes con una cesárea previa y 8 con dos cesáreas previas; 3 con el antecedente de apendicectomía y 1 con colecistectomía.

INDICACION DE LA CESAREA:

La indicación para realizar la operación cesárea en nuestra serie fué variada, siendo los diagnósticos principales los siguientes:

DCP 10 casos; SPA: 8 casos; DPPNI: 2 casos; toxemia severa 10 ; inminencia de eclampsia 2; presentación placenta previa 2; gemelares 1; RPM 13 casos.

Tipo de Incisión:

A 42 pacientes de nuestro estudio se les realizó incisión tipo Kerr, a 5 pacientes incisión segmento corporal, a 3 pacientes incisión corporal.

A 33 pacientes, se les realizó además de la operación cesárea, O.T.B.

A una paciente se le realizó cesárea-histerectomía y salpingooforectomía izquierda.

A una paciente de nuestra serie se le realizó HTA posterior a la cesárea, por Sepsis.

PESO DE LOS PRODUCTOS:

El peso de los productos se desglosa en el Cuadro No. 8.

Por lo que respecta el hallazgo de meconio cuantificado en cruces se representa en el Cuadro No. 9, encontrándose fetidez en uno de los casos.

HORAS DE ESTANCIA EN LABOR:

Se calculó el rango y promedio de la muestra de las pacientes, respecto a su estancia en labor, resultando un rango de 1 a 12 horas y un promedio de 5.4 horas de estancia en labor.

NUMERO DE TACTOS:

El rango de tactos documentados fué de 1 a 15 tactos. El promedio fué de 7 tactos por paciente.

RUPTURA DE MEMBRANAS:

De nuestra muestra a 15 pacientes les sucedió RPM; a 12 le fué practicada amniorrexis.

6 pacientes no fueron catalogadas y/o diagnosticadas como portadoras de amniocitis.

COMPLICACIONES OBSTETRICAS:

Las complicaciones obstétricas más frecuentemente encontradas durante el análisis de los expedientes fueron los si -

güentes:

- . Desgarros en 7 casos;
- . Anemia aguda en 7 casos;
- . DPPNI en 2 casos;
- . Placenta anterior 3 casos;
- . Sangrado de la histerotomía por segmento muy vascularizado -- en 3 casos;
- . Acretismo placentario 1 caso;

DILATACION CERVICAL:

La dilatación cervical fué medida en la forma convencional, se representa en el Cuadro No. 10.

APLICACION DE FORCEPS:

Hubo dos aplicaciones fórceps fallidos en nuestra muestra para dos pacientes, a las cuales posteriormente se les sometió a operación cesárea y subsecuentemente desarrollaron infección puerperal.

SANGRADO TRANS-QUIRURGICO:

- . 23 pacientes con sangrado entre 500 y 600 ml.
- . 3 " " " " 600 y 700 ml.
- . 3 " " " " 700 y 800 ml.
- . 2 " " " " 800 y 900 ml.
- . 2 " " " " 900 y 1000 ml.

.1 paciente con sangrado de más de 1000 ml.

.1 " " " " " " 1600 ml.

.y las 15 restantes de la serie de 50 casos estudiados, sin anotación al respecto.

JERARQUIA DEL MEDICO COMO CIRUJANO Y COMO AYUDANTE:

9 pacientes fueron operadas por Médico Base,

36 " " " " R-III,

5 " " " " R-II.

AYUDANTE:

En 2 pacientes el Médico Base fué ayudante,

En 8 pacientes el R-III fué ayudante,

En 40 pacientes el R-II fué ayudante.

SEPSIS PRE-CESAREA:

El criterio para considerar a una paciente infectada se basó primordialmente en la elevación de la curva térmica por arriba de 37.5°C, encontrándose en la presente serie de casos de 16 pacientes presentaron dicha elevación térmica por arriba de 37.5°C.

USO DE ANTIBIOTICOS PROFILACTICO:

De nuestras 50 pacientes estudiadas, 24 pacientes recibieron antibióticos o bacteriostático en forma profiláctica, lo cual se representa en el Cuadro No. 11.

BIOMETRIA HEMATICA POST-OPERATORIA:

Respecto a la biometría hemática post-operatoria, los resultados del reporte del laboratorio de 20 pacientes a las que les fueron tomadas muestras sanguíneas para Biometría Hemática fué:

La Hemoglobina fluctuó entre el rango de 7.3 a 11.2. El promedio fué de 9.3 mg. de Hb.

Los leucocitos fluctuaron entre 5 a 11,000.

El promedio fué de 9200.

El promedio de linfocitos fué de 18.

El promedio de bandas fué de 2.

El promedio de segmentados fué de 48.

INFECCION NEONATAL:

En el servicio de pediatría se investigaron el estado de salud de los neonatos de nuestra serie, de los cuales 18 recibieron antibioticoterapia.

FEBRICULA O FIEBRE LAS PRIMERAS 24 HORAS POST-QUIRURGICAS:

Fuente: Expediente clínico. Se registraron las temperaturas de todas las pacientes de cada 4 - 8 horas y se representa en el Cuadro No. 12

FEBRICULA O FIEBRE TRANS-CESAREA:

La fuente fué diversa: Registros de enfermería, notas de anestesia, notas médicas, notas de descripción de la interven-

ción quirúrgica, encontrándose un total de 4 pacientes que presentaron fiebre o febrícula durante la intervención quirúrgica.

3 pacientes con 37.5°C.

1 paciente con 38°C.

Lo cual pone de manifiesto que el obstetra debe hacer uso científico de los antibióticos así como determinar en forma adecuada, el origen de la fiebre previa a la intervención quirúrgica.

INFECCION POST-CESAREA:

Al 90% de la muestra estudiada, se le diagnosticó endometritis o endomiometritis; 10% presentaron infección de pared abdominal.

MANEJO ANTIBIOTICO:

Se desglosa en el Cuadro No. 13.

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL:

Al 28% de las pacientes se les realizó LUI; a 2 pacientes se les realizó un segundo legrado, por la pobre respuesta al tratamiento antibiótico y persistencia de loquios anormales, así como fiebre. De la serie, a 1 paciente se les realizó HTA por sepsis.

En 7 pacientes se usó canalización Penrose.

TIPO DE ANESTESIA:

A 38 pacientes se les practicó bloqueo peridural.

A 8 pacientes se les practicó bloqueo peridural más anestesia general, y

A 4 pacientes se les aplicó anestesia general.

DIAS DE ESTANCIA:

Se contabilizaron los días de estancia hospitalaria encontrándose un rango de 6 a 20 días, y como promedio 5.8 días.

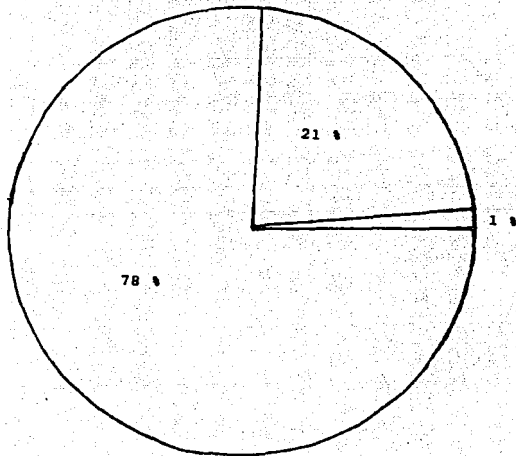
G R A F I C A S

Y

C U A D R O S

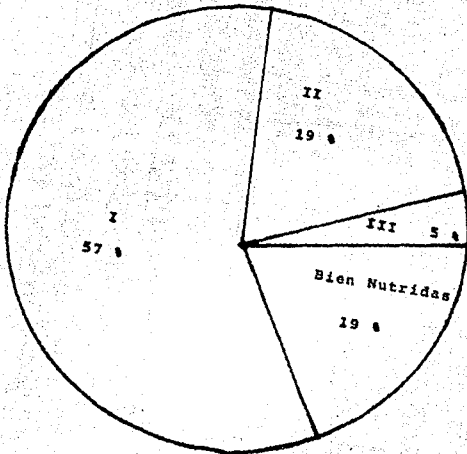
GRAFICA No. 1

CONDICION SOCIOECONOMICA

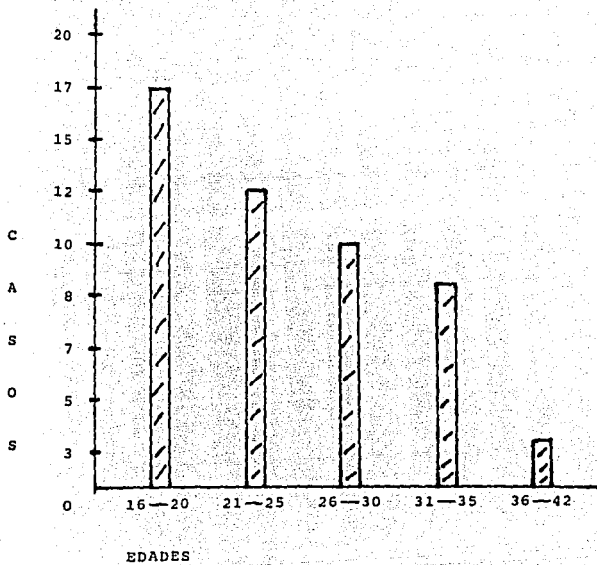


GRAFICA No. 2

DESNUTRICION



GRAFICA No. 3



CUADRO No. 1

DESNUTRICION

GRADO	No. DE CASOS	%
I	15	30 %
II	10	20 %
III	5	10 %
NO	20	40 %
TOTAL	50	100 %

CUADRO No. 2

GESTACIONES

GESTA	No. DE CASOS	%
I	15	30 %
II	10	20 %
III	12	24 %
IV	7	14 %
V	4	8 %
VI	2	4 %
TOTAL	50	100 %

CUADRO No. 3

EDAD GESTACIONAL

SEMANAS DE GESTACION	No. DE CASOS	%
30-35	3	6 %
35-40	35	70 %
40-42	12	24 %
TOTAL	50	100 %

CUADRO No. 4

ENFERMEDADES DURANTE LA GESTACION

PATOLOGIA	No. DE CASOS	%
TOXEMIA	20	40 %
INFECCION VIAS URINARIAS	17	34 %
CERVICOVAGINITIS	12	24 %
PLACENTA PREVIA	5	10 %
EPILEPSIA	2	4 %
HIPERTENSION A.C.	5	10 %
HIPOTIROIDISMO	1	2 %
T O T A L	62	---

CUADRO No. 5

ANTIBIOTICOS EMPLEADOS 3 MESES PREVIOS A LA OPERACION CESAREA

ANTIBIOTICOS	No. DE CASOS	%
AMPICILINA	10	20 %
AC. NALIDIXICO	3	6 %
PENICILINA PROCAINA	3	6 %
ERITROMICINA	2	4 %
TOTAL	18	36 %

CUADRO No. 6

BIONOMETRIA HEMATICA

Hb.	No. DE CASOS	%
+8	2	4 %
10	3	6 %
11	4	8 %
12	13	26 %
13	8	16 %
14	6	12 %
TOTAL	36	

CUADRO No. 7

CUENTA LEUCOCITARIA	No. DE CASOS	%
÷ 5 y 10 MIL	16	32 %
MAS 10 MIL	4	8 %
MAS 15 MIL	2	4 %
TOTAL	22	44 %

CUADRO NO. 8

PESO DE LOS PRODUCTOS

PESO	GR	No. DE CASOS	%
1600 a 2000		3	6 %
2100 a 2500		30	60 %
2600 a 3000		15	30 %
3100 a 3500		3	6 %
TOTAL		51	

CUADRO No. 9

MECONIO

+	4
++	6
+++	3
FETIDO	1
TOTAL CASOS		10

CUADRO NO. 10

DILATACION CERVICAL

DILATACION CERVICAL CM	No. DE CASOS	%
0	1	2 %
1	1	2 %
2	1	2 %
3	2	4 %
4	8	16 %
5	10	20 %
6	14	28 %
7	9	18 %
8	2	4 %
9	1	2 %
10	1	2 %
TOTAL	50	100 %

CUADRO NO. 11

USO DE:

ANTIBIOTICO PROFILACTICO Y/O BACTERIOSTATICO

NOMBRE	No. DE CASOS	%
CLORANFENICOL	7	14 %
AMPICILINA MAS GENTAMICINA	5	10 %
PENICILINA	8	16 %
PENICILINA SODICA CRISTALINA MAS GENTAMICINA	4	8 %
TOTAL	24	48 %

CUADRO NO. 12

FEBRICULA O FIEBRE LAS 1RAS. 24 HRAS. POST CESAREA

TEMPERATURA	No. DE CASOS	%
37.5 °C	6	12 %
38 °C	8	16 %
38.5 °C	7	14 %
39 °C	3	6 %
TOTAL	24	46 %

CUADRO No. 13

MANEJO ANTIBIOTICO

FARMACO	No. DE CASOS	%
PENICILINA SODICA CRISTA LINA MAS GENTAMICINA	10	20 %
PENICILINA SODICA CRISTA LINA	15	30 %
PENICILINA SODICA CRISTA LINA MAS AMIKACINA MAS - METRONIDAZOL	20	40 %
CLINDAMICINA	5	10 %
TOTAL	50	100 %

CONCLUSIONES

- 1.- El estrato socio-económico bajo es un factor que influye directamente o se correlaciona con una mayor posibilidad de infección puerperal.
- 2.- La desnutrición en la gestante es un factor de riesgo para la infección puerperal.
- 3.- La obesidad se consideró como un factor de riesgo, por el abundante panículo adiposo que dificulta la cirugía.
- 4.- No hay correlación aparente entre el número de gestaciones y paridad con la infección puerperal.
- 5.- La infección puerperal puede ocurrir con igual frecuencia en pacientes sin cicatriz uterina previa como en aquellas que tienen antecedente de una cesárea anterior.
- 6.- Es posible que no haya correlación entre edad gestacional e infección puerperal.
- 7.- Las enfermedades intercurrentes durante la gestación, tales como la infección de vías urinarias, la cervicovaginitis, toxemia y otras enfermedades sistémicas, se asocian con un mayor riesgo de infección puerperal.
- 8.- Toxemia: En nuestro trabajo apreciamos un elevado número con toxemia del embarazo. Nos parece que sobrepasa a lo observado a la población en general, por lo que consideramos que la paciente toxémica en nuestro medio por las circunstancias que implica, puede ser considerada también como un factor de riesgo de infección.

- 9.- Los antibióticos al final del embarazo pueden favorecer - aparición y/o desarrollo de cepas bacterianas oportunistas que implique una mayor posibilidad de sepsis puerperal; por lo que todo antibiótico empleado durante el embarazo debe ser indicado con precisión y a dosis suficiente.
- 10.- Por lo que respecta a las cifras de hemoglobina, se pudo correlacionar una hemoglobina baja con un nivel socio-económico bajo, malos hábitos alimentarios e irresponsabilidad de la paciente al no acudir a la consulta prenatal en forma adecuada, ya que en nuestra muestra encontramos pacientes que sólo tenían una consulta prenatal.
- 11.- La cirugía abdominal previa no parece tener influencia en el desarrollo de infección puerperal.
- 12.- La operación de urgencia es sin duda, un factor directo - que puede propiciar una infección puerperal post-cesárea.
- 13.- Las causas más frecuentes de indicación de cesárea asociada con sepsis puerperal, son la DCP y el sufrimiento fetal agudo.

La DCP se relaciona con un trabajo de parto prolongado y un aumento del número de exploraciones vaginales, y el sufrimiento fetal agudo con presencia de meconio; implica decisiones súbitas y cirugía de urgencia. Bajo estas condiciones, la DCP y el SFA son las indicaciones de cesárea que más se relaciona con una infección puerperal.
- 14.- Indiscutiblemente que el número de tactos se encuentra en relación directa con la contaminación repetida de vagina, cérvix, membranas amnióticas y cavidad uterina, lo cual - consecuentemente propicia el desarrollo de una infección puerperal como se encuentra consignado en múltiples publi

caciones.

Creemos que el número de tactos está en relación inversa a la calidad profesional.

- 15.- La ruptura prematura de membranas como ha sido mencionada ampliamente en la literatura, es un factor que participa directamente en la aparición de una infección puerperal.
- 16.- Los traumatismos transparto, desgarro y el sangrado preparto, así como el fórceps fallido y la excesiva manipulación anteparto, también deben ser considerados como factores de riesgo de la infección puerperal.
- 17.- La eventualidad de una complicación obstétrica pone en juego la habilidad del obstetra y en la medida de su experiencia se reflejará el éxito con su paciente.
- 18.- El sangrado profuso transcesárea por ocasionar anemia aguda, es un factor que propicia la infección en la mujer puerpera.
- 19.- Un cirujano en fase de adiestramiento y con poca experiencia o cuidado puede relacionarse con la sepsis puerperal-post-cesárea.
- 20.- Las pacientes con fiebre inmediatamente antes de la operación cesárea, tienen una inclinación mayor a desarrollar morbilidad puerperal.
- 21.- El uso de los antibióticos profilácticos NO LOGRO impedir el desarrollo de un puerperio séptico en nuestra revisión por lo que su eficacia requiere de estudios posteriores para una adecuada revaloración.

- 22.- No se han definido con precisión los niveles de leucocitos en el puerperio temprano y su relación con la posibilidad de desarrollar infección post-cesárea.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Plauché WC. Clinics in Obstetrics and Gynaecology. Cesa-- rean section. Ed. Mc Graw-Hill 1988: 219-232.
- 2.- Lobaton ME. Uso profiláctico de antibioticos en cesárea. - Ginecología y Obstetricia de México 1991; 59: 35-38.
- 3.- Arredondo JL. Tratamiento de endometritis postcesárea. Gi- necología y Obstetricia de México. 1990; 58: 7-9.
- 4.- Pritchard JA. Williams-Obstetrics 3era. ed. México: Ed. - Salvat 1990: 697-705.
- 5.- Poka R. Microinvasion of the amniotic cavity increases the risk of post-cesarean section endometritis. Am J Obstet - Gynecol. 1993 Jan; 19 (3); 275-6.
- 6.- Karimov ZD. Endometritis after cesarean section: mutual y aggravating risk factors. Ginecol Mosk. 1991 Jul; 7: 51-4.
- 7.- Alba E. antibiotic profilaxis in obstetric surgery. Miner- va Ginecol. 1991 Sep; 43 (9): 409-11.
- 8.- Faro S. Ticarcillin Clavulanate for treatment of postpartum endometritis. Rev. Infec Dis 1991 Jul-Augus; 9: 758-62.
- 9.- Martens MG. Suceptibility of female pelvic pathogens to - oral antibiotic agents in patients who develop postpartum- endometritis. Am J Obstet Gynecol. 1991 Jul; 164: 1383-6
- 10.- Pastorek JG. Antibiotic therapy for postcesarean endome - tritis Rev. Infec Dis. 1991 Jul-Augus; 9: 752-7.
- 11.- Walls R. Antibioticoterapia en endometritis postcesarea. Gaceta Médica de México. 1990; 126 (2): 90-5.
- 12.- Galask RP. Changing in obstetrics antibiotic prophylaxis. Am J Obstet Gynecol 157: 491, 1987.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 39 -

- 13.- Fuller L. postcesarean endometritis: a brief review.
- 14.- Gibbs, R. "Infection after Cesarean Section". Cl. Obstet.-Gynecol. 28: 697, 1993.
- 15.- Yonekura, M.L. "Risk Factors for Postcesarean Endomyometritis". The Am. H. of Med. 78 (suppl 6B). 177, June 1992.
- 16.- Gibbs, R.S., Jones, P. and Wilder, C.J. "Antibiotic Therapy of Endometritis following Cesarean Section". Obstet. & Gynecol. 52,31, 1991.
- 17.- Watts, D.H., Krohn, M.A., Hiller, Sh. L. and Eschenbach, D.A. "Bacterial Vaginosis as a risk factor for Postcesarean Endometritis". Obstet Gynecol. 75: 52, 1990.
- 18.- Abbassi, A.F., Said, A. and Gaber, A. "I.M. Sulbactam-Ampicillin Combination Therapy in Gynecological and Obstetric Bacterial Infections". Med. J. Cairo Univ. 57: 85, 1989. - Also: The J. of Inter. Med. Research. 19-(suppl 1), 44, - 1991.
- 19.- Berenson, A.B., Hammill, H.A., Martens, M.G. and Faro, S. "Bacteriologic findings of Post-Cesarean Endometritis in Adolescents". Obstet & Gynecol. 75: 627, 1990.
- 20.- Hillier, Sh., Watts, D.H., Lee, M.F.L. and Eschenbach, D.A. "Etiology and Treatment of Post Cesarean-Section Endometritis after Cephalosporin Prophylaxis". The J. of Reprod. Med. 35, 322, 1990.
- 21.- Gilstrap, L.C. and Cunningham, F.G. "The bacterial Pathogenesis of infection following Cesarean Section". Obstet. & Gynecol. 53: 545, 1990.
- 22.- Miller, P.J. Searcy, M.A., Kaiser, D.L. and Wenzel, R.P. - "The relationship between surgeon Experience and Endometritis After Cesarean Section". Surg. Gynecol. & Obstet. 165, 535, 1987.

A1. DR. JOSE MANUEL MARIN PEREZ.
RESIDENTE 3er. AÑO GINECO-OBST. HGR 36
Presente:
Del DR. MANUEL GARZON LARGANO.

Ref. 6061/112

Fecha 14 noviembre 1994

Asunto: PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

Por este medio le comunicamos que su protocolo de investigación titulado "FACTORES PRONOSPONTOS EN INFECCION PUERPERAL POSTCESAREA", con asesoramiento DEL Dr. Celastino Beristain Martinez, Jefe Div. Ginecología, fué revisado y aprobado para su realización por el Comité de Investigación de este Hospital quedando registrado con el Núm. L-93-411-97.

A partir de la fecha arriba anotada en dos meses se le solicitará información sobre el desarrollo de su trabajo.

Atentamente
"SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL"

DR. MANUEL GARZON LARGANO.
JEFE DIVISION EDUC. MEDICA
HGR No. 36 PUEBLA

C.M.N. "MANUEL AVILA CAMACHO"
HGR. GRAL. REGIONAL No. 36
PUEBLA.



Jefatura de División de
Fiscalización e Investigación