

11217

78



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3 FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO MEDICO LA RAZA U. N. A. M.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INCIDENCIA DE DECIDUOMIOMETRITIS EN EL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO LA RAZA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. SANDRA EDITH FLORES MONTEERRUBIO
1998-2002

ASESOR DE TESIS
DR. RICARDO OLVERA GUEVARA



NÚMERO DE REGISTRO OFICIAL 2001-692-0014



MEXICO D.F.

CENTRO MEDICO LA RAZA

Hospital de Gineco-Obstetricia
Instituto Mexicano del Seguro Social

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

6301519

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

DEDICATORIA

A DIOS:

Por haberme dado la paciencia y fortaleza necesarios para poder realizar y culminar èste sueño, GRACIAS, SEÑOR.

A MI MADRE:

Con amor infinito por su apoyo, cariño y comprensión brindados a lo largo de toda mi vida y formaciòn profesional. Dios te bendiga por ser una mujer y madre excepcional.

A MIS ABUELOS MATERNOS:

Porque yo sè que desde el cielo han velado siempre por mì, estoy segura estaràn orgullosos de èste logro.

A MIS TIAS, TIOS, PRIMAS Y PRIMO:

Gracias por su valiosa contribuciòn a mi formaciòn como persona y mèdico. Los quiero mucho.

AGRADECIMIENTO

- De manera especial a mi asesor de Tesis, Dr. Ricardo Olvera Guevara por su apoyo desinteresado en la elaboración de éste trabajo.
- Al Departamento de Archivo Clínico, del Hospital de Gineco Obstetricia no. 3, CMR, por las facilidades otorgadas para la revisión de expedientes clínicos de las pacientes en estudio.
- A las pacientes del Hospital de Gineco Obstetricia no. 3, Centro Médico La Raza por haber contribuido en mi formación como especialista.

LA INFECCION PUERPERAL, JIRON
DE LA POBREZA, NO PODRA SER
ERRADICADA HASTA NO ELEVAR
EL NIVEL SOCIOECONOMICO DE LA
PACIENTE.

Ginec. Obstet. Mèx.

30:449,1971.

INDICE GENERAL

	Página
•PROLOGO.....	1
•INTRODUCCION.....	2
•RESUMEN.....	4
•DEFINICION.....	6
•ANTECEDENTES HISTORICOS.....	7
•ANTECEDENTES CIENTIFICOS	9
•OBJETIVO.....	23
•JUSTIFICACION.....	24
•HIPOTESIS.....	25
•MATERIAL Y METODOS.....	30
•RESULTADOS Y ANALISIS ESTADISTICO.....	36
•DISCUSION.....	47
•CONCLUSIONES.....	49
•SUGERENCIAS.....	51
•BIBLIOGRAFIA.....	53



PROLOGO

La infección puerperal continúa siendo hasta nuestros días una de las principales causas de morbimortalidad intrahospitalaria.

Los procesos infecciosos puerperales, en efecto, representan una de las complicaciones más frecuentes de nuestra especialidad.

Los estudios epidemiológicos muestran una estrecha relación entre bajo nivel socioeconómico y cultural y las complicaciones infecciosas resultantes durante el puerperio.

Nuestro hospital no podía ser la excepción, ya que de igual forma se reportan un número importante de casos de deciduomiometritis durante el año.

Por lo anterior, el presente trabajo de investigación tiene el propósito, en primer lugar, de determinar la cifra promedio de casos de deciduomiometritis en nuestra Unidad Médica, así como identificar los factores predisponentes para el desarrollo de esta patología, para así definir estrategias de prevención.

INTRODUCCION

La *deciduiometritis* es una complicación relativamente común durante el puerperio. Lo cual tiene un gran impacto en el núcleo familiar, la economía hospitalaria y la morbilidad materna.

Se considera que la infección puerperal, complica cerca de 15% de los nacimientos por cesárea y 2.5-5% de los nacimientos vía vaginal. (7)

En la mayoría de los casos, los agentes infectantes son bacterias que normalmente colonizan el tracto genital, siendo rápida la respuesta a los antibióticos apropiados. (6) La formación de abscesos o la tromboflebitis pélvica sin embargo, explicaría la mayoría de las fallas de los antibióticos.

Como ya se mencionó, la infección puerperal ocupa el primer lugar como causa de morbilidad materna tanto en nuestro hospital como a nivel nacional.

Los datos epidemiológicos de que disponemos en la actualidad, señalan que la sepsis puerperal esta estrechamente relacionada con diversos factores predisponentes, entre los que se encuentran: bajo nivel socioeconómico y cultural, desnutrición, patología previa, cervicovaginitis recurrentes durante el embarazo,



control prenatal deficiente, ruptura prematura de membranas, etc. entre otras (18).

Por lo anterior, el objetivo principal del presente estudio es determinar la incidencia de deciduomiotritis en nuestro Hospital durante el año previo, así como identificar los principales factores que predisponen a la infección durante el puerperio, para así poder lograr una prevención adecuada de la misma.

RESUMEN

Incidencia de Deciduomiometritis en el Hospital de Gineco Obstetricia N° 3, Centro Medico La Raza.

INTRODUCCION: La infección puerperal continua siendo hasta nuestros días, una de las principales causas de morbimortalidad intrahospitalaria. La deciduomiometritis es una complicación relativamente común durante el puerperio, ya que se estima en 15 % de los nacimientos por cesárea y 2.5 % - 5 % de los nacimientos vía vaginal.

OBJETIVO: Conocer la incidencia, así como los factores predisponentes de deciduomiometritis en las pacientes puérperas (parto o cesárea) atendidas en el HGO 3, CMR, durante el periodo Enero-Diciembre 2001.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio de tipo *observacional*, que consistió en la revisión de los expediente clínicos de las pacientes puérperas (parto o cesárea) atendidas en la unidad Tocoquirurgica del HGO 3,CMR, y que desarrollaron posteriormente deciduomiometritis durante el periodo Enero-Diciembre 2001. Se empleó estadística descriptiva.

RESULTADOS: Se incluyeron 40 pacientes puérperas con deciduomiometritis, de un total de 5,360 eventos obstétricos durante el año 2001. Esto representa una incidencia anual de 0.74 %. Del total de cesáreas (3,887), se presentó un 0.95 % de casos de deciduomiometritis. Por otro lado, del total de partos eutocicos (1,473), correspondió a un 0.20 % de casos. Los factores predisponentes más importantes para el desarrollo de

deciduomiometritis en nuestras pacientes púerperas, fueron: resolución del embarazo vía abdominal, bajo nivel socioeconómico, atención prenatal deficiente, RPM de larga evolución, así como falta de experiencia del operador.

CONCLUSIONES: La deciduomiometritis continúa siendo la principal complicación del puerperio, tanto en ésta unidad médica, como a nivel nacional. La resolución del embarazo vía abdominal es el principal factor predisponente en la aparición de infección puerperal. Los factores de riesgo para el desarrollo de deciduomiometritis en nuestro hospital fueron similares a los reportados por la literatura mundial.



DEFINICION

La *deciduomiometritis* es una infección que se desarrolla posterior a la atención de un parto o cesárea y que se presenta en una o varias capas del útero (decidua y endometrio).

SINONIMIA.

Fiebre puerperal, sepsis puerperal, deciduitis, Deciduometritis, etc.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

La primera referencia sobre infección puerperal, se encuentra en los trabajos de Hipócrates, del siglo V a.C. en su exposición sobre mujeres (*De Neliēbrum Norbis*), describió el proceso y lo atribuyó a la retención de contenidos intestinales. Hacia el año 200 d.C., Cesio y Galeno apoyaron la teoría de Hipócrates y recomendaron purgantes.

Hasta los últimos años del siglo XVI, no se sospechó la putrefacción de loquios por Inflamación uterina como causa de fiebre del alumbramiento, que se había relacionado con el trabajo de parto difícil (11). William Harvey (1651) describió el lecho de implantación placentaria, como una úlcera interna vasta, que podía ocasionar gangrena.

En 1659 Willis escribió sobre el tema: *De Febril Puerperarum*, Aunque el termino ingles, *puerperal fever*, probablemente fue empleado por primera vez en 1716 por Strother.

John Leak (1772) sugirió por primera vez la naturaleza contagiosa de la infección puerperal, y Alexander Hamilton se unió a éstos criterios en 1781. Alexander Gordon de AberDeen, en un tratado sobre fiebre puerperal endémica en 1795, expuso su naturaleza infecciosa y contagiosa, adelantándose medio siglo a Holmes (1855) y Semmelweis (1861), Charles White (1773) de Manchester, afirmó que la fiebre puerperal se debía al estancamiento de loquios y recomendó el aislamiento completo de las mujeres infectadas. (12)

No fue sino hasta mediados del siglo XIX cuando estos puntos de vista comenzaron a ser aceptados. En 1843 Oliver Windell Holmes, presentó "Contagiousness of Puerperal Fever" ante la Boston Society for Medical Improvement, el mostró claramente que, cuando menos, las formas epidémicas de la infección siempre podían relacionarse con la falta de precauciones apropiadas por parte del médico o la enfermera (12).

Cuatro años después, Semmelweis, entonces asistente en el Viena Lying-in Hospital, comenzó un meticuloso estudio sobre las causas de la enorme tasa de mortalidad después del parto, en esa Institución, en comparación con el número relativamente reducido, de mujeres que morían como resultado de infección después de parir en sus hogares. Concluyó que el proceso patológico era esencialmente, una infección de la herida causada por la introducción de material séptico por el dedo examinador, fue entonces cuando estableció órdenes estrictas de que los médicos, los estudiantes y las comadronas se desinfectaran las manos con agua clorada, la precursora de la solución de Darwin, antes de examinar a las mujeres parturientas(1). A pesar de los resultados inmediatos y sorprendentes en los cuales la tasa de mortalidad se redujo en más del 10 al 1%, tanto su trabajo como el del Holmes, fueron ridiculizados por muchos médicos prominentes de éste tiempo. Su descubrimiento permaneció sin apreciarse hasta las enseñanzas de Lister en 1867, referentes a la antisepsia y el desarrollo de la bacteriología por Pasteur (1)

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La infección puerperal se ha denominado *deciduomiometritis*. Las infecciones uterinas son relativamente poco comunes después del parto vaginal complicado, pero continúan siendo un problema importante en las pacientes en quienes se ha practicado una cesárea; por lo tanto, la vía de resolución del embarazo (cesárea), es el factor de riesgo simple, más significativo para el desarrollo de una infección uterina puerperal. (12)

PARTO VAGINAL.

En comparación con la cesárea, *la deciduomiometritis* después de un parto vaginal es poco frecuente. Eweet y Ledger (12) describieron que la incidencia de infecciones uterinas posparto después de parto vaginal fue del 2.6%. Un estudio de 6 meses durante 1987, que incluía a 5000 mujeres, cuyo parto vaginal fue atendido en el Parkland Hospital (15), mostró que sólo el 1.3% de las mujeres, recibió tratamiento por deciduomiometritis. No obstante, cuando las mujeres con riesgo elevado, definido por ruptura de membranas o trabajo de parto prolongado, exámenes vaginales múltiples y monitorización fetal interna, fueron analizadas por separado, la incidencia de deciduomiometritis después de parto vaginal fue de cerca de 6%. La presencia de infección intraamniótica (corioamnioitis), también incrementa el riesgo de deciduomiometritis después del parto vaginal incluso en un 13%.

PARTO POR CESAREA.

El parto mediante cesárea, sitúa a la mujer en un riesgo extraordinario de desarrollar infección uterina. La incidencia de deciduomiometritis posterior al acto quirúrgico varía con los factores socioeconómicos y ha cambiado sustancialmente durante el transcurso de los años mediante el uso habitual de antimicrobianos perioperatorios. Con anterioridad a la utilización usual de profilaxis antimicrobiana, Swet y Ledger (12) comunicaron una incidencia general de infección uterina de 13% en mujeres de nivel socioeconómico alto, en quienes fue practicada una cesárea en el University of Michigan Hospital, sin embargo, describieron una incidencia del 27% en mujeres indigentes que dieron a luz en el Wayne County Hospital. Cuando analizaron los factores de riesgo de infección, se encontró que la duración del trabajo de parto y la amniorrexis, los exámenes vaginales múltiples y la monitorización fetal interna, fueron determinantes importantes en la morbilidad por la infección. Las mujeres con todos estos factores, que dieron a luz por desproporción cefalopélvica y no recibieron profilaxis perioperatoria, presentaron una incidencia de infección grave cercana al 90%.

En un estudio efectuado en el Departamento de Pediatría de la Universidad de UTAH (8) se describió que la producción de Interleucina-10 e Interleucina-1 Beta, en tejido decidua corial y células amnióticas es producido en los tejidos gestacionales cuando existe infección asociada con trabajo de parto pretérmino. En un

estudio realizado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Frankfurt, Alemania (9), se investigó el rol de las citocinas en el trabajo de parto a término o pretérmino en ausencia de infección intrauterina. La liberación de Interleucina-1, Interleucina-6 y factor de necrosis tumoral, fueron estimadas en placenta y células deciduales de 37 mujeres en trabajo de parto, 18 con embarazo a término y 19 con embarazo pretérmino (19-36 semanas), sin encontrar diferencias significativas entre ambos casos, por lo que se concluyó que en ausencia de infección intrauterina, la liberación de citocinas es similar en el trabajo de parto a término y pretérmino.

En un estudio descriptivo realizado en el lapso de septiembre de 1993 a marzo de 1995, en el Departamento de Gineco-Obstetricia, en el área de infectadas, del Hospital General de Zona "Troncoso", del Instituto Mexicano del Seguro Social (1), con el objeto de conocer la incidencia real de infección puerperal, la tasa acumulada de infección puerperal postcesàrea, postparto y postaborto, fue de 5.4%, 0.8% y 0.3%, respectivamente, predominando pacientes primigestas y secundigestas, para I, para II y cesàrea I. Las pacientes sometidas a cesàrea tuvieron un riesgo de infección puerperal de 5.76%, así como una probabilidad 18.6 veces mayor, de desarrollar deciduomiometritis, que las pacientes atendidas de parto y legrado, respectivamente.

FACTORES PREDISPONENTES.

A) FACTORES INTRINSECOS.

- Estado nutricional (Desnutrición).
- Nivel socioeconómico.
- Desequilibrio de la flora vaginal.
- Enfermedades sistémicas.

B) FACTORES EXTRINSECOS.

- Duración del trabajo de parto.
- Numero de tactos vaginales.
- Ruptura prematura de membranas.

C) FACTORES TECNICOS.

- Vía de resolución del embarazo (parto vaginal ò cesárea).
- Tiempo de duración del acto quirúrgico).
- Experiencia del operador.

Entre las causas predisponentes de la infección puerperal, se acepta que generalmente, ésta es mucho más frecuente, en mujeres que pertenecen a poblaciones de nivel socioeconómico bajo, en comparación con pacientes de clase media ò alta, se ha considerado que la anemia, la nutrición deficiente y los contactos sexuales, predisponen a la infección puerperal (15).

El papel desempeñado por la nutrición en el origen de la infección, tampoco es claro, aunque se observa un deterioro de la inmunidad mediada por las células en animales desnutridos (4). No se ha demostrado con claridad, un incremento de la incidencia de infección puerperal causada por el contagio sexual; sin embargo, si se produce la amniorrexis durante el coito o muy poco después, es muy probable que la tasa de infección aumente.

En el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de UTAH (9), se llevó a cabo un estudio para demostrar que, en la etiología del trabajo de parto prematuro, existe una reacción inflamatoria responsable del síndrome. Se incluyeron 60 casos de trabajo de parto a término, observando que el trabajo de parto pretérmino se encuentra asociado con una infección subclínica, la cual a su vez causa una respuesta local inflamatoria a nivel intrauterino (9).

ETIOLOGIA.

En la gran mayoría de los casos, las bacterias causantes de infección puerperal, son las mismas que residen normalmente en el intestino y las cuales suelen colonizar también el periné, la vagina y el cervix (12). Y aunque de manera característica se consideran de virulencia relativamente baja, estos microorganismos se pueden volver patógenos en caso de producirse hematomas y tejidos desvitalizados.

BACTERIAS HABITUALES DEL APARATO GENITAL FEMENINO. (12)

FACULTATIVAS

GRAM POSITIVAS
<i>Staphylococcus aureus.</i>
<i>Staphylococcus epidermidis.</i>
<i>Streptococcus agalactie.</i>
<i>Streptococcus faecalis.</i>
<i>Streptococcus sp.</i>
<i>Difteroides.</i>
<i>Lactobacillus sp</i>

GRAM NEGATIVAS
<i>Escherichia coli</i>
<i>Klebsiella pneumoniae</i>
<i>Proteus mirabilis</i>
<i>Enterobacter mirabilis</i>
<i>Enterobacter cloacae</i>
<i>Enterobacter aerogenes</i>
<i>Enterobacter agglomerans</i>
<i>Citrobacter diversins</i>
<i>Gardenella vaginallis</i>
<i>Morganella morgagnii</i>

AEROBIAS

GRAM POSITIVAS
<i>Peptostreptococcus sp</i>
<i>Peptococcus sp</i>
<i>Propionibacterium sp</i>
<i>Bacterium sp</i>

GRAM NEGATIVAS
<i>Bacteroides bivius</i>
<i>Bacteroides assachrolyticus</i>
<i>Bacteroides melaninogenicus</i>
<i>Bacteroides fragilis</i>
<i>Fusobacterium nucleatum</i>
<i>Vellionella sp</i>

Aunque el cervix y el tracto genital están habitualmente colonizados por dichas bacterias, la cavidad uterina suele ser estéril antes de la ruptura del saco amniótico. Como consecuencia del trabajo de parto, el parto y las manipulaciones asociadas, es frecuente que el líquido amniótico, y quizá el útero, se contamine con bacterias aerobias y anaerobias (19).

Se ha comunicado que la colonización del tracto genital inferior con ciertos microorganismos como *estreptococos* del grupo B, *chlamydia trachomatis*, *mycoplasma hominis* y *gardenella*

vaginalis, se asocia a un aumento del riesgo de infección posparto (Berenson y cols. 1990; Berman y cols. 1987). Posteriormente, Watts y cols. (1990) han descrito un incremento del riesgo de deciduomiotritis posterior a cesárea asociadas con vaginosis bacteriana. (2)

Gilstrap y Cunningham (1980), identificaron en 2 cultivos de líquido amniótico, obtenido durante la cesárea practicada en mujeres en trabajo de parto, con membranas rotas, de 6 horas de evolución, las siguientes bacterias: microorganismos anaerobios y aerobios en el 63%; anaerobios solos en el 30% y aerobios solos en el 7%. Los microorganismos anaerobios predominantes fueron: cocos gram positivos (*peptostreptococcus*) y *peptococcus*) 45%, bacteroides 9% y clostridium 3%. También fueron habituales los cocos aerobios gram positivos: *enterococcus* 14% y *streptococcus* del grupo B, 8%. Se aisló *E. coli* en el 9% de los casos (12)

En un estudio realizado por el Departamento de Infectología e Inmunología del Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México (1), sobre la etiología y tratamiento de la endometritis postcesárea, se observó que al realizar cultivo de cavidad en 45 pacientes, se aislaron 66 microorganismos, correspondiendo 43 de ellos a bacterias aerobias y 23 a bacterias anaerobias. De las aerobias, las mas frecuentemente aisladas fueron: *enterococcus* 20.9%, *E. coli* 16.2% y *staphylococcus coagulasa negativo* 13.9%; de las bacterias anaerobias: *peptoestreptococcus* 30.4%, *clostridium perfringens* 13% y bacteroides 8.6%. Estas

observaciones sirven para subrayar la naturaleza polimicrobiana de las infecciones de las vías genitales que se asocian con el parto y especialmente con la cesárea.

PATOGENIA.

La infección uterina puerperal afecta principalmente el lugar de implantación placentaria y el endometrio, más exactamente, la decidua y el miometrio adyacente. El aspecto de la decidua infectada varía en gran medida en algunos casos, la mucosa necrótica se esfacela, los defectos son abundantes y la secreción es fétida, profusa, sanguinolenta y a veces, espumosa; en otros casos la secreción es escasa (12). La involución uterina quizá esté retrasada, los cortes microscópicos pueden mostrar una capa superficial de material necrótico que contiene bacterias y una zona gruesa de infiltración leucocitaria.

La patogenia de la infección uterina, posterior a la cesárea, es la de la incisión quirúrgica infectada. Las bacterias que colonizan el cuello uterino y la vagina acceden al líquido amniótico durante el trabajo de parto y en el posparto invaden el tejido uterino desvitalizado. Invariablemente, en las infecciones uterinas que se presentan después de cesáreas y probablemente en la mayoría de las que son precedidas por un parto vaginal, se desarrolla celulitis parametrial. Puede infectarse el tejido conectivo fibroareolar retroperitoneal pélvico, el cual es posible que se deba al transporte



linfático de microorganismos de un desgarro cervical infectado o de una incisión o desgarros uterinos. La infección también puede ser causada por extensión directa de desgarros cervicales al interior del tejido conectivo en la base de los ligamentos anchos. El tejido puede estar expuesto a colonización directa de microorganismos vaginales patógenos. (13)

CUADRO CLINICO.

Las manifestaciones clínicas se presentan aproximadamente a las 18-48 horas posterior al evento obstétrico (parto o cesárea), y las cuales consisten en: fiebre (hipertermia mayor de 38.5° centígrados), ésta se presenta en forma de picos febriles, otros síntomas son escalofríos, diaforesis, dolor abdominal, aumento de la sensibilidad uterina, el útero está subinvolucionado y hay presencia de loquios fétidos o francamente purulentos (5)

Probablemente al menos en el 90% de las mujeres, la deciduomiometritis responde de modo favorable, en un plazo de 48-72 horas desde el inicio del tratamiento antibiótico. Sin embargo, en algunos casos pueden surgir diversas complicaciones, entre las cuales se encuentran: a) absceso pélvico, b) pelviperitonitis, c) tromboflebitis pélvica séptica, d) choque séptico; etc. (6)

DIAGNOSTICO.

Se realiza habitualmente en base a las manifestaciones clínicas, el diagnóstico paraclínico; por otra parte, se realiza mediante los siguientes estudios:

- a) Biometría hemática completa; fórmula blanca con diferencial (leucocitosis, neutrofilia, bandemia).
- b) Cultivo de cavidad uterina.
- c) Hemocultivo.
- d) Examen general de orina.
- e) Exámenes especiales; los cuales se realizarán de acuerdo a la evolución y complicaciones que se presenten (radiografía de abdomen, pie y decúbito, radiografía de tórax, ultrasonido pélvico, pruebas de coagulación: TP, TPT, tiempo de coagulación, plaquetas, fibrinógeno).

TRATAMIENTO.

Por regla general, el tratamiento medico está dirigido al agente causal de la infección. En éste caso, el uso de un esquema mixto de antibióticos, se debe básicamente a que se trata de infecciones polimicrobianas, el cual, además deberá ser de amplio espectro (bacterias gram positivas y gram negativas, aerobios, anaerobios, bacilos gram positivos y gram negativos) (7).

Existen actualmente una amplia gama de antibióticos para el tratamiento de ésta infección, algunos de los esquemas más usados se enumeran a continuación:

- 1) Penicilina Sódica Cristalina (5 millones IV cada 8 horas)
- 2) Amikacina (500 mg IV cada 8 horas)
- 3) Ceftazidima (1 g IV cada 12 horas)
- 4) Metronidazol (500 mg IV cada 8 horas)
- 5) Cloramfenicol (1 g IV cada 8 horas)
- 6) Clindamicina (600 mg IV cada 6 horas)

Las pacientes se consideran curadas cuando no presentan elevación de temperatura después de 48 horas de iniciada la terapia, así como la desaparición del dolor abdominal o hipersensibilidad uterina. (5)

Se ha demostrado asimismo, que la profilaxis antibiótica (Ej. ampicilina y cefalozina) alteran la microflora endocervical de pacientes, quienes desarrollaron posteriormente deciduomiometritis (3).

En un estudio realizado por el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Central Militar de la Ciudad de México (13), se usó un esquema de penicilina sódica cristalina mas amikacina, obteniendo remisión de la fiebre, 24 a 48 horas después, cambiando posteriormente a la vía intramuscular, la administración de penicilina y amikacina, continuándola aún por 10 días, obteniendo buenos resultados.

En el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Centro medico de Carolina, E.U.; se realizó un estudio en el cual se comparó la eficacia de la administración de una sola dosis de gentamicina al día vs la administración del mismo medicamento cada 8 horas (3 veces al día). Se incluyeron 107 pacientes, a la mitad de las cuales se les administró una dosis diaria de gentamicina, pero fraccionada en 3 dosis (cada 8 horas). Al final se observó que la eficacia de ambos esquemas era igualmente aceptable (12).

En un estudio efectuado en el Departamento de Infectología e Inmunología del Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México (1), se comparó la eficacia terapéutica del compuesto piperazolina-tozabactam vs el esquema de ampicilina mas gentamicina en el tratamiento de deciduiometritis postcesàrea. Aleatoriamente se incluyeron a 14 pacientes en el primer grupo y a 42 en el segundo grupo, obteniéndose una respuesta terapéutica adecuada en 78.6% de las pacientes tratadas con piperazolina-tozabactam contra 88.1% de las pacientes manejadas con ampicilina mas gentamicina, sin encontrarse diferencia estadística entre los dos grupos de tratamiento en relación con el número de días en obtenerse el control de la fiebre, desaparición de los síntomas clínicos y en la duración de la estancia intrahospitalaria. Se concluyó que ésta no demostraba una clara ventaja sobre la monoterapia antimicrobiana, por lo que el esquema terapéutico de elección de la deciduiometritis continúa siendo la combinación de antibióticos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUAL ES LA INCIDENCIA DE DECIDUOMIOMETRITIS EN PACIENTES PUERPERAS (PARTO O CESAREA) DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3, CENTRO MEDICO LA RAZA, DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2001?

OBJETIVOS

A) FUNDAMENTAL:

Conocer la incidencia de deciduomiometritis en pacientes puérperas (parto ò cesárea) del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, Centro Médico La Raza, durante el periodo Enero-Diciembre 2001.

B) SECUNDARIOS:

- 1) Identificar los factores de riesgo de tipo intrínseco que intervienen en el desarrollo de deciduomiometritis posterior a parto ò cesárea.
- 2) Identificar los factores de riesgo de tipo extrínseco que intervienen en el desarrollo de deciduomiometritis posterior a parto ò cesárea.
- 3) Identificar los factores de riesgo de tipo técnico que intervienen en el desarrollo de deciduomiometritis posterior a parto ò cesárea.

JUSTIFICACION

En nuestro Hospital no existen registros actuales acerca de la incidencia de deciduomimetritis posterior a parto o cesárea en pacientes puérperas atendidas en ésta Unidad Médica.

Por tal motivo nos interesó llevar a cabo ésta investigación a fin de conocer la incidencia de ésta patología en nuestras pacientes puérperas, así como identificar los principales factores predisponentes para la misma, con el propósito de llevar a cabo en lo posible un eficaz programa de prevención y de ser posible, la modificación de los factores susceptibles de serlo.



HIPOTESIS

¿CUAL ES LA INCIDENCIA DE DECIDUOMIOMETRITIS EN PACIENTES PUERPERAS (PARTO O CESAREA) ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3, CENTRO MEDICO LA RAZA, DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2001?

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES.

A) VARIABLE INDEPENDIENTE:

- (1) INCIDENCIA.
- (2) FACTORES PREDISPONENTES.

DEFINICION CONCEPTUAL.

INCIDENCIA: Proporción de casos nuevos de una patología por 1000 habitantes en un espacio determinado de tiempo (un año).

FACTORES PREDISPONENTES: Son todas aquellas características que están presentes en la gestante, tanto en su vida reproductiva como en su condición biomédica, las cuales determinan o propician una mayor probabilidad de que se presente la morbilidad infecciosa.

DEFINICION OPERACIONAL:

INCIDENCIA: Esta variable será investigada mediante la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes incluidas en el presente estudio de investigación durante el periodo Enero-Diciembre 2001.

FACTORES PREDISPONENTES: Esta variable se investigará mediante la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes incluidas en el presente estudio de investigación durante el periodo Enero-Diciembre 2001. Serán investigadas las siguientes:

- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Nivel socioeconómico
- Estado Nutricional
- Patología previa al embarazo
- Atención prenatal
- Paridad
- Vía de resolución del embarazo
- Indicación de cesárea
- Antecedente de cervicovaginitis
- Numero de tactos vaginales durante el trabajo de parto
- Presencia de ruptura prematura de membranas
- Duración del trabajo de parto
- Duración del acto quirúrgico
- Personal que atendió el parto o realizó la cesárea
- Días de estancia intrahospitalaria
- Tratamiento Utilizado

ESCALA DE MEDICION.

Nominal.

B) VARIABLE DEPENDIENTE.

(1) DECIDUOMIOMETRITIS.

DEFINICION CONCEPTUAL:

Estado patológico infeccioso que se desarrolla posterior a un parto o cesárea, la cual puede tener diversas etiologías microbianas, afectando predominantemente a decidua y miometrio.

DEFINICION OPERACIONAL:

La variable anterior será investigada mediante la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes incluidas en el presente estudio de investigación durante el periodo Enero-Diciembre 2001.

ESCALA DE MEDICION:

Deciduomiometritis, definida como la presencia de los siguientes datos clínicos 24 horas posterior al evento obstétrico, parto o cesárea: Hipertermia mayor a 38 °C al menos en 2 ocasiones, hipersensibilidad uterina y descarga vaginal.

TIPO DE ESTUDIO

PROSPECTIVO

TRANSVERSAL

DESCRIPTIVO

OBSERVACIONAL

MATERIAL Y METODOS

UNIVERSO DE TRABAJO.

Estará constituido por todas las pacientes púerperas cuyo parto ò cesárea hayan sido atendidos en la Unidad Tocoquirùrgica del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, Centro Médico La Raza y que han desarrollado posteriormente cuadros de deciduiometritis postparto ò postcesárea en el período comprendido entre Enero-Diciembre 2001.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Pacientes púerperas cuyo parto ò cesárea hayan sido atendidos en la Unidad Tocoquirùrgica del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, Centro Médico La Raza y que hayan desarrollado posteriormente deciduiometritis puerperal en el período Enero-Diciembre 2001.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

Pacientes puérperas cuyo parto ò cesárea hayan sido atendidos en la Unidad Tocoquirùrgica del Hospital de Gineco Obstetricia No 3, Centro Médico La Raza y que hayan desarrollado deciduomiotritis puerperal en el período Enero-Diciembre 2001, pero con antecedente de uso previo de antibióticos ò síndrome febril a su ingreso.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Pacientes puérperas cuyo parto ò cesárea hayan sido atendidos en la Unidad Tocoquirùrgica del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, Centro Médico La Raza y que hayan desarrollado deciduomiotritis puerperal en el período Enero-Diciembre 2001, en los cuales se detecte un foco de infección a otro nivel (Ej.: infección de vías urinarias, neumonía, gastroenteritis infecciosa, tromboflebitis, etc.).

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

No es necesario, ya que se incluirán todos los casos de deciduomiotritis identificados en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, Centro Médico La Raza en el período comprendido entre Enero-Diciembre 2001.

PROCEDIMIENTO

Previa revisión de expedientes clínicos, y de ser posible, también interrogatorio directo, se llenará un cuestionario, específicamente realizado para el presente estudio (Cédula de Recolección de Datos), y que incluirá a todas las pacientes cuyo parto o cesárea hayan sido atendidos en la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital de Gineco Obstetricia No 3 del Centro medico La Raza y que posteriormente hayan desarrollado deciduomiometritis durante el período comprendido entre Enero-Diciembre 2001, y que cumplan además con los criterios de inclusión del presente trabajo de investigación.



CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. EDAD:

15-20 () 21-25 () 26-30 () 31-35 ()
36-40 () 41-45 ()

2. ESCOLARIDAD:

Primaria () Secundaria ()
Preparatoria () Profesional ()

3. ESTADO CIVIL:

Soltera () Casada () Union Libre ()
Divorciada () Viuda ()

4. NIVEL SOCIOECONOMICO:

Alto () Medio () Bajo ()

5. DESNUTRICIÓN:

No () Si () Especificar grado _____

6. PATOLOGIA PREVIA AL EMBARAZO:

SI () NO () Especificar _____
Tratamiento _____

7. ATENCION PRENATAL:

SI () NO () Especificar no. consultas _____

8. PARIDAD:

G _____ P _____ A _____ C _____

9. VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO:

Cesarea () Parto Eutocico ()

10. EN CASO DE CESAREA, ESPECIFICAR SU INDICACIÓN: _____

11. CERVICOVAGINITIS PREVIA Y DURANTE EL EMBARAZO:



Si () No () Con Tratamiento Si () No ()
Especificar _____

12. NUMERO DE TACTOS VAGINALES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO:

+5 _____ -5 _____

13. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

Si () No () Especificar Horas _____

14. DURACION DE TRABAJO DE PARTO:

-8 hrs () +8 hrs ()

15. DURACION DE ACTO QUIRURGICO:

-1 hr () +1 hr ()

16. CIRUJANO:

Médico de Base () Residente ()

17. DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

- de 5 dias _____ + de 5 dias _____

18. TRATAMIENTO UTILIZADO

PSC + Amikacina _____

PSC+ Amikacina + Metronidazol _____

Otras combinaciones de antibiòticos _____



ASPECTOS ETICOS.

Por ser éste un trabajo de investigación basado en la revisión de expedientes clínicos de pacientes atendidas en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, Centro Médico La Raza, durante el período Enero-Diciembre 2001, además, por ser un estudio de tipo observacional, no se dañó la integridad física ó moral de las pacientes.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 40 pacientes en el estudio, que representaron el 100% de casos de deciduomiometritis reportados en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, Centro medico La Raza durante el año 2001.

Durante el año pasado se reportó un total de 5360 eventos obstétricos, de los cuales, 3887 correspondieron a operación cesárea (72.5%) y 1473 a parto eutócico (27.4%).

Por otra parte, tenemos que la incidencia general de deciduomiometritis (postparto y postcesárea) fue de 0.74%. Del total de cesáreas, se presentó un 0.95% de casos de deciduomiometritis; por otro lado, del total de partos eutocicos, correspondió a un 0.20% de casos.

El promedio de edad de las pacientes fue de 26.6 años. La mayor incidencia de deciduomiometritis se observó en el grupo de edad de 21 a 25 años (40%). Cuadro y Gráfica no. 1

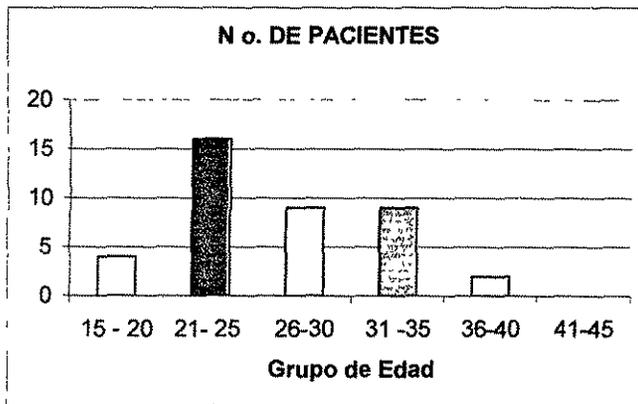
CUADRO N° 1

Frecuencia de Deciduomimetritis por Grupo de Edad

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	No PACIENTES	%
15 - 20	4	10
21- 25	16	40
26-30	9	22.5
31 -35	9	22.5
36-40	2	5
41-45	0	0
TOTAL	40	100

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes estudiadas

GRAFICA N° 1



Fuente: Cuadro N° 1

Por lo que respecta al nivel de escolaridad de las pacientes estudiadas, el mayor porcentaje (40%) correspondió a preparatoria ò equivalente, seguido por el nivel de secundaria (37.5%). Cuadro y Gráfica no. 2



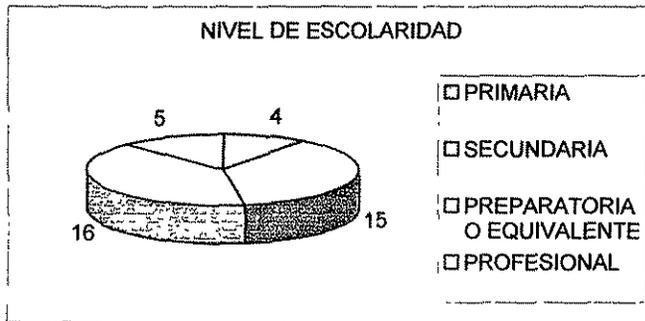
CUADRO N° 2

Nivel de Escolaridad de las pacientes con Deciduiometritis

NIVEL DE ESCOLARIDAD	No PACIENTES	%
PRIMARIA	4	10
SECUNDARIA	15	37.5
PREPARATORIA O EQUIVALENTE	16	40
PROFESIONAL	5	12.5
TOTAL	40	100

Fuente: Expedientes clínicos de Pacientes Estudiadas

GRAFICA N° 2



Fuente: Cuadro N° 2

En lo que corresponde al nivel socioeconómico, la mayor parte de las pacientes estudiadas (70%) pertenecen a un nivel medio.

Cabe agregar que sólo dos pacientes (5%) fueron diagnosticadas y clasificadas con desnutrición grado I (referido en nota de Dietología de expediente clínico).

En cuanto al estado civil de las pacientes, el 70% de las pacientes son casadas, el 22.5% viven en unión libre. Cuadro y Gráfica no. 3

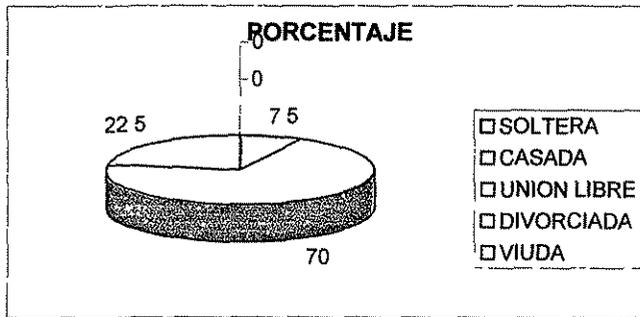
CUADRO N° 3

Estado Civil de Pacientes con Deciduiomimetritis

ESTADO CIVIL	No PACIENTES	%
SOLTERA	3	7.5
CASADA	28	70
UNION LIBRE	9	22.5
DIVORCIADA	0	0
VIUDA	0	0
TOTAL	40	100

Fuente: Expedientes clínicos de Pacientes Estudiadas

GRAFICA N° 3



Fuente: Cuadro N° 3

Del total de las pacientes estudiadas, 4 de ellas, (10%) contaban con patología sistémica previa a su embarazo.

En lo que corresponde al apartado de atención prenatal, el promedio de consultas prenatales por paciente fue de 4.9.

En relación al número de gestas, la deciduiometritis fue mas frecuente en las pacientes primigestas (57.5%), seguidas por las secundigestas (15%). Cuadro y Gráfica no. 4

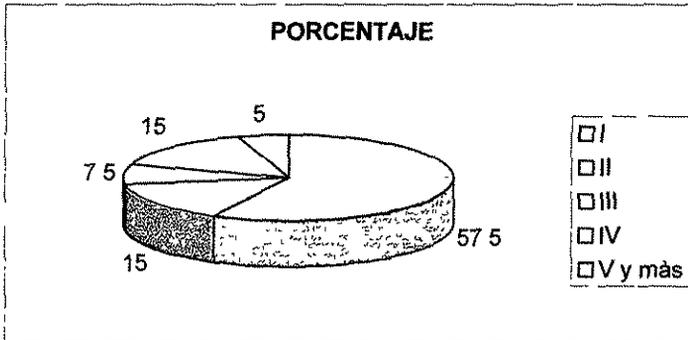
CUADRO N° 4

Frecuencia de Deciduiometritis en relación al N° de Gestas

NUMERO DE GESTAS	No DE PACIENTES	%
I	23	57.5
II	6	15
III	3	7.5
IV	6	15
V y mas	2	5
TOTAL	40	100

Fuente: Expedientes clínicos de Pacientes Estudiadas

GRAFICA N° 4



Fuente: Cuadro N° 4

Por lo que respecta a la vía de resolución del embarazo de las pacientes con deciduiometritis, en el 92.5% de los casos fue vía abdominal, el resto (7.5%) vía vaginal. Cuadro y Gráfica no. 5

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

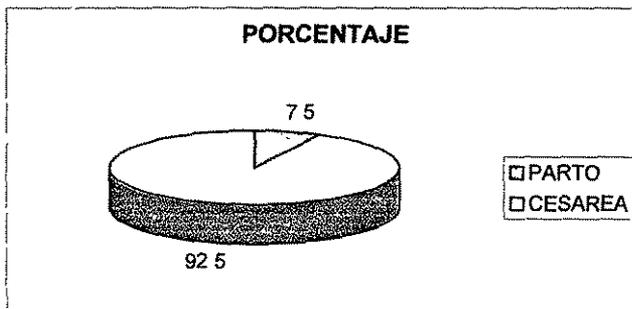
CUADRO N° 5

Vía de resolución del Embarazo en las Pacientes con Deciduomiometritis

VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO	No DE PACIENTES	%
PARTO	3	7.5
CESAREA	37	92.5
TOTAL	40	100

Fuente: Expedientes clínicos de Pacientes Estudiadas

GRAFICA N° 5



Fuente: Cuadro N° 5

Doce pacientes (30%) cursaron con cuadros de cervicovaginitis durante el embarazo, la mayoría de ellas con tratamiento médico.

En el 80% de las pacientes se realizaron menos de cinco tactos vaginales previos a la resolución del embarazo.

En nueve pacientes (22.5%), se presentó ruptura prematura de membranas, siendo ésta de 44.7 horas en promedio.

Por lo que respecta a la duración del trabajo de parto (en caso de parto vaginal), éste fue en promedio de 8 horas.

En cuanto a la duración del acto quirúrgico (cesárea), en el 57.5% de los casos tuvo una duración menor a 1 hora.

En lo que concierne a la experiencia del operador, el 72.5% de los eventos obstétricos (parto y cesárea) fue atendido por residentes de segundo y tercer año de la Especialidad de Gineco Obstetricia, el resto, 27.5% por gineco obstetras adscritos a ésta Unidad Médica.

Por otra parte, la principal indicación de cesárea en las pacientes que desarrollaron deciduomiometritis fue: desproporción cefalopélvica, con 20%, seguida de preeclampsia, con 17.5% y sufrimiento fetal agudo con 15%. Cuadro y Gráfica no. 6

CUADRO N° 6

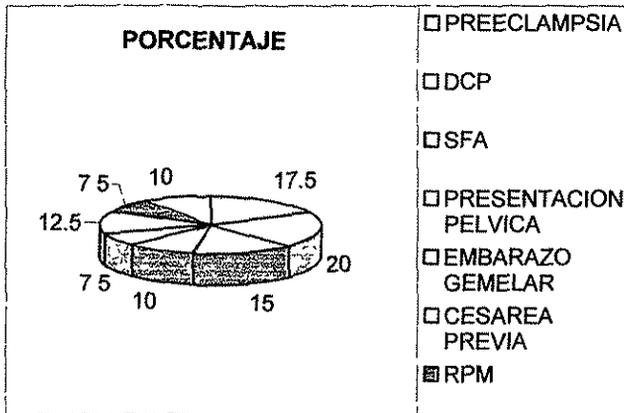
Indicación de Cesárea en Pacientes con Deciduomiometritis

INDICACION DE CESAREA	No DE PACIENTES	%
PREECLAMPSIA	7	17.5
DGP	8	20
SFA	6	15
PRESENTACION PELVICA	4	10
EMBARAZO GEMELAR	3	7.5
CESAREA PREVIA	5	12.5
RPM	3	7.5

OTRAS CAUSAS	4	10
TOTAL	40	100

Fuente: Expedientes clínicos de Pacientes Estudiadas

GRAFICA N° 6



Fuente: Cuadro N° 6

El promedio de estancia hospitalaria de las pacientes con deciduomiometritis fue de 7.9 días.

En relación al método de planificación familiar usado por las pacientes que posteriormente desarrollaron deciduomiometritis tenemos que, a 17 pacientes (42.5%) se les colocó DIU, mientras que a 12 pacientes (30%) se les realizó OTB, en tanto que a 11 pacientes (27.5%) no se les colocó método de planificación familiar, ya sea por que no lo aceptaron ò por indicación médica. Cuadro y Gráfica no. 7

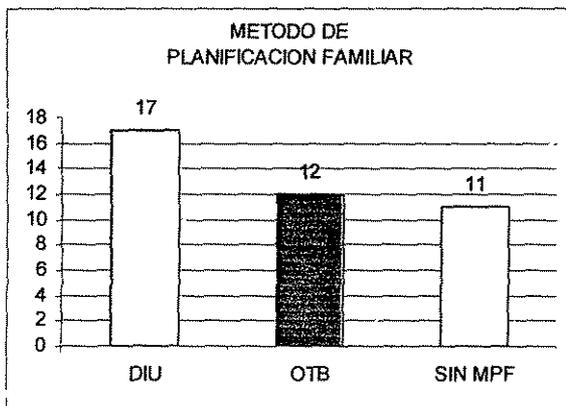
CUADRO N° 7

Método de Planificación Familiar Utilizado por Pacientes con Deciduomiometritis

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	No DE PACIENTES	%
DIU	17	42.5
OTB	12	30
SIN MPF	11	27.5
TOTAL	40	100

Fuente: Expedientes clínicos de Pacientes Estudiadas

GRAFICA N° 7



Fuente: CUADRO N° 7

Por lo que respecta a la frecuencia de presentación de deciduomiometritis a lo largo del año 2001, el mes durante el cual se reportó un mayor número de casos fue durante el mes de julio con 8 casos (20%), seguido por el mes de septiembre, con 7 casos (17.5%), durante los meses de enero, marzo, junio, agosto y octubre se presentaron 3 casos en cada uno (7.5%) y por último, en los

meses de febrero, abril, mayo, noviembre y diciembre se reportaron 2 casos en cada uno, lo que equivale a 5% en cada mes. Cuadro y Gráfica no. 8

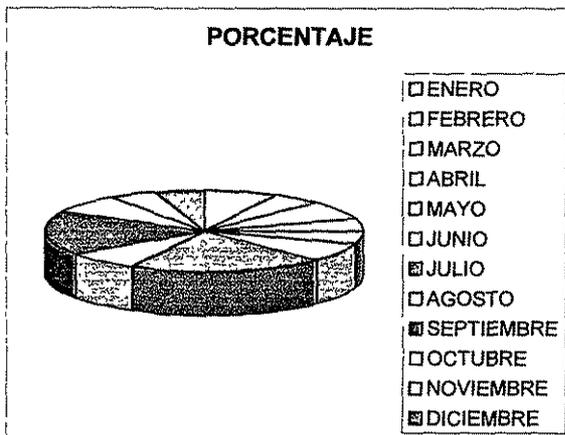
CUADRO N° 8

Frecuencia Mensual de Casos de Deciduiometritis durante el año 2001

MES	No PACIENTES	%
ENERO	3	7.5
FEBRERO	2	5
MARZO	3	7.5
ABRIL	2	5
MAYO	2	5
JUNIO	3	7.5
JULIO	8	20
AGOSTO	3	7.5
SEPTIEMBRE	7	17.5
OCTUBRE	3	7.5
NOVIEMBRE	2	5
DICIEMBRE	2	5
TOTAL	40	100

Fuente: Expedientes clínicos de Pacientes Estudiados

GRAFICA N° 8



Fuente: Cuadro N° 8

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En lo que se refiere a la aparición de complicaciones, en el 5% de los casos estudiados (2 pacientes) se tuvo que recurrir a histerectomía obstétrica (en un caso por dehiscencia de histerorrafía y en otro por absceso pélvico complicado).

Por último, en lo que respecta al tratamiento utilizado, en el 57.5% de los casos se utilizó la combinación penicilina sódica cristalina-amikacina con aparentemente buenos resultados. Sin embargo, en 26% de los casos hubo necesidad de agregar un tercer antibiótico (metronidazol) y sólo en 8% de los casos hubo que agregar un cuarto antibiótico por falta de respuesta adecuada al manejo médico inicialmente establecido.

DISCUSION

Una vez concluido el presente trabajo de investigación, así como el análisis de los resultados obtenidos, encontramos que la deciduomiometritis es una de las complicaciones mas frecuentes del puerperio, sobre todo si la vía de resolución del embarazo es vía abdominal (cesárea).

Asimismo, observamos que ésta patología es mas frecuente durante la mayor etapa reproductiva, que corresponde a la de 21-25 años (40%).

Por otra parte, éste estudio reportó una mayor incidencia de deciduomiometritis en pacientes de nivel socioeconómico medio y escolaridad media superior (preparatoria ò equivalente), esto en relación probablemente al tipo de población que atiende el Instituto. Esto mismo también explicaría el bajo porcentaje de desnutrición encontrado en nuestras pacientes.

En cuanto al rubro de atención prenatal se obtuvo un promedio de 4.9 consultas durante el embarazo, lo cual refleja la necesidad de inculcar una mayor cultura médica en nuestras pacientes.

De igual manera, pudimos observar que la mayor incidencia de deciduomiometritis ocurrió en las pacientes primigestas (57.5%)

y en aquéllas pacientes cuya indicación para cesárea fue desproporción cefalopélvica (20%).

Este estudio nos permitió apreciar que la ruptura prematura de membranas de larga evolución, fue un factor predisponente para el desarrollo de deciduomiotritis (22.5%), no así el número de tactos vaginales y la duración del trabajo de parto, los cuales no fueron en realidad determinantes en la aparición de infección puerperal (en gran parte debido a que la gran mayoría de los embarazos de las pacientes en estudio fueron resueltos mediante cesárea).

Por otra parte, la experiencia del operador si resultó decisiva en la aparición de deciduomiotritis, ya que el 72.5% de las pacientes afectadas fueron atendidas por médicos residentes de segundo y tercer año.

El promedio de estancia intrahospitalaria de nuestras pacientes fue de 7.9 días, prolongándose ésta en tres casos (7.5%), debido a evolución clínica tórpidas y complicaciones (dehiscencia de histerorrafia y absceso pélvico), que ameritaron histerectomía.

Por último, el método de planificación familiar utilizado por las pacientes incluidas en éste estudio refleja que la colocación de DIU postparto ò postcesárea incrementó de manera significativa la posibilidad de desarrollar deciduomiotritis (42.5%).

CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, podemos concluir lo siguiente:

- 1) La deciduomiotritis continúa siendo la principal complicación del puerperio, tanto en nuestra Unidad Médica como a nivel nacional.
- 2) La operación cesárea es el principal factor predisponente en la aparición de deciduomiotritis.
- 3) El resto de los factores de riesgo involucrados en el desarrollo de deciduomiotritis en nuestro Hospital son similares a los reportados en la literatura mundial.
- 4) Es muy elevado el número de cesáreas que se realizan actualmente en nuestra Unidad Médica, siendo el número de éstas hasta tres veces mayor al de la atención de partos eutócicos. Esta situación ameritaría analizar si en verdad todas las cesáreas llevadas a cabo en éste Hospital se encuentran justificadas.

- 5) Es importante resaltar que la mayor parte de las pacientes con deciduomiometritis manejadas en ésta Unidad son tratadas en cierta forma de manera empírica, ya que no se realizan de manera rutinaria cultivos microbiológicos para conocer al agente causal del proceso y de ésta manera orientar adecuadamente el tratamiento medico.

SUGERENCIAS

Partiendo de lo observado en el presente estudio, es conveniente hacer las sugerencias que a continuación se mencionan:

- a) Tratar de disminuir en la medida de lo posible el número de cesáreas, ya que éste procedimiento representa el factor de riesgo más importante para el desarrollo de deciduomiometritis. Y en caso de justificarse ésta, llevarla a cabo respetando todas las indicaciones que dicta la técnica quirúrgica, para de ésta manera tratar de evitar al máximo la aparición de infección puerperal.

- b) Por otra parte, sería importante la realización de un estudio microbiológico en todos los casos de deciduomiometritis, para de ésta manera dar un tratamiento específico y evitar la aparición de resistencia bacteriana debido al constante cambio y adición de medicamentos en un tratamiento iniciado de manera empírica. De ésta manera, se disminuiría el promedio de estancia intrahospitalaria así como los costos hospitalarios resultantes de complicaciones por manejos inadecuados y en consecuencia de estancias hospitalarias prolongadas.

- c) Finalmente, deberá ponerse especial cuidado en tratar de elevar el nivel de cultura médica de nuestra población para



así tratar de modificar los factores de riesgo presentes en la mayoría de nuestras pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Del Valle Padilla Miguel Ángel y cols. Infección Puerperal, Análisis de 618 casos. *Ginecología y Obstetricia de México* 1997; 65: 33-38.
- 2) Alexander James M. y cols. The relationship of infection to method of delivery in twin pregnancy. *American Journal Obstet Gynecol* 1997; 5:1063-1066.
- 3) Newton Edward, Wallace Patricia. Effects of prophylactic antibiotics on endometrial flora in women with postcesarean endometritis. *Obstetrics and Gynecology* 1998; 92:262-268.
- 4) Kent Andrew S. y cols. Puerperal sepsis: a disease of past? *British Journal Obstet Gynecol* 1999; 106:1314-1315.
- 5) Brumfield Cynthia G. y cols. Puerperal infection after cesarean delivery: Evaluation of a standardized protocol. *American Journal Obstet Gynecol* 2000; 182:1147-1151.
- 6) Hollier Lisa M. y cols. Postpartum endometritis caused by Herpes simplex virus. *Obstetrics and Gynecology* 1997; 89:836-838.
- 7) Priore Giuseppe y cols. A comparison of once daily and 8 hour gentamicin dosing in the treatment of postpartum endometritis. *Obstetrics and Gynecology* 1996; 87:994-1000.

- 8) Trautman y cols. Expression of interleukin 10 in human gestational tissues. *Journal Society Investing* 1997; 4:247-253.
- 9) Steinborn y cols. Elevated placental cytokine rise, a process associated with preterm labor in the absence of intrauterine infection. *Obstet Gynecol* 1996; 88:534-539.
- 10) Dudley y cols. Preterm labor and intrauterine inflammatory response syndrome. *Journal of Reproductive Immunology* 1997; 36:93-109.
- 11) Schatz y cols. Puerperal infection history. *Adv. Exp. Med. Biol.* 1997; 418:1-2.
- 12) Novak y cols. Rupture of the membranes and postpartum infection. *Eur Journal Obstet Gynecol Report Biol.* 1997; 71(2): 14
- 13) Spandorfer, Graham. Postcesarean endometritis. *J. Reprod. Med.* 1996 41 (11):797-800.
- 14) Nisula y cols. Cesarean delivery. Microbial colonization in amniotic fluid. *J. Reprod. Med.* 1997; 42(2):91-8.
- 15) Williams. *Obstetricia*. 4ta Ed. México; Edit. Masson, 1996:1420.
- 16) Scott y cols. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. 6ta Ed. México, Edit. Interamericana, 1990:1296.
- 17) Dexeus, Carrera. *Patología obstétrica*. 1era Ed. España; Edit. Salvat, 1997:793.
- 18) Gleicher. N. *Medicina Clínica en Obstetricia*. Edit. Panamericana. 1995:572-577.



- 19) Benson, Pernoll. *Diagnóstico y Tratamiento obstétricos*. 5ta Ed. México; Edit. Manual Moderno, 1990:1190.
- 20) Montesano Rafael. *Manual del Protocolo del Protocolo de Investigación*; Edit. Auroch, 1999:182.