

11217

Frecuencia Y Factores De Riesgo De Deciduitis ...  
Dra. Alma Delia Avila Arreaga



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

Subdirección General Médica.  
Subdirección de Enseñanza e Investigación.  
Jefatura de Servicios de Investigación.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO

## UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

### Título

**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO  
DE DECIDUITIS EN EL  
HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ**

Investigador responsable:

**DRA. ALMA DELIA AVILA ARREAGA**  
RESIDENTE DE CUARTO AÑO  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Investigadores asociados:

**DRA. MA. DE LOURDES TELLO**  
MEDICO DE BASE DEL SERVICIO  
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**DR. JOSE MARIA TOVAR**  
MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional. |                             |
| NOMBRE:   | AVILA ARREAGA ALMA<br>DELIA |
| FECHA:  | OCTUBRE 2004                |
| FIRMA:  | <i>Alma</i>                 |

2004



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.



## AUTORIZACIONES

**DR. RAFAEL RODRIGUEZ LEDEZMA**  
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

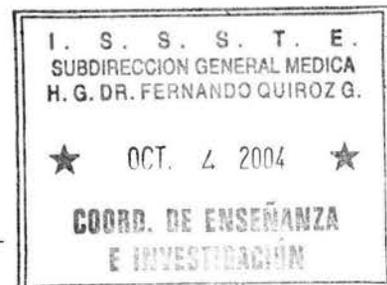
**DR. MAURICIO R. GUTIERREZ CASTAÑEDA**  
PROF. TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**DR. MARURICIO FERNANDEZ ROMERO**  
PROF. ADJUNTO AL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**DRA. MARIA DE LOURDES TELLO GUTIÉRREZ**  
PROFRA. ASESORA DE TESIS

**DR. JOSÉ MARIA TOVAR RODRÍGUEZ**  
PROF. ASESOR DE TESIS

**DR. ANGEL JESÚS AGUIRRE ORTEGA**  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



## INDICE

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| I. RESUMEN ESPAÑOL.....     | 3  |
| II. RESUMEN INGLES .....    | 4  |
| III. MARCO TEÓRICO .....    | 5  |
| IV. JUSTIFICACIÓN .....     | 10 |
| V. PROBLEMA .....           | 11 |
| VI. HIPÓTESIS .....         | 12 |
| VII. OBJETIVOS .....        | 13 |
| VIII. GRUPO DE ESTUDIO..... | 14 |
| IX. METODOLOGÍA .....       | 16 |
| X. RESULTADOS .....         | 18 |
| XI. DISCUSIÓN.....          | 20 |
| XII. CONCLUSIONES .....     | 22 |
| XIII. GRÁFICAS .....        | 23 |
| XIV BIBLIOGRAFÍA--.....     | 41 |

## RESUMEN

### OBJETIVO

Demostrar la frecuencia de deciduitis posparto, poscesárea y posaborto, y factores de riesgo.

### METODOLOGÍA

Estudio prospectivo, comparativo, transversal, observacional, abierto, de julio 2002 a julio 2004. Grupo problema incluyó embarazadas en trabajo de parto, aborto y factores predisponentes a deciduitis: ruptura prematura de membranas; cervicovaginitis; corioamnioitis; 1 ó más tactos vaginales. Con grupo control. Realizando exudado vaginal; vigilando leucocitosis, fiebre, loquios sanguinolentos o purulentos. Excluimos a quienes no se tomó muestra decidual, y no fueron atendidas en este hospital. En la resolución obstétrica enviamos decidua a patología y cultivo, aplicando un cuestionario que determinó factores de riesgo. El análisis fue con Chi cuadrada ( $\chi^2$ ), y "t" Student.

### RESULTADOS

45 mujeres divididas en dos grupos 1) grupo problema n=31; 2) grupo control n=14; promedio de edad 28.4, 30 años en grupo 2. Edad gestacional promedio 38 semanas (50.99%). Promedio en horas de ruptura de membranas 8.7 +- 13.7; 22.5% mayor a 10 hrs y 12.9% con más de 12 hrs; 8 casos de cervicovaginitis (25.8%) con índice de correlación  $r= 0.1$ ,  $p=.588$  Los gérmenes cultivados en decidua fueron Staphylococo coagulasa negativo (16.1%), candida albicans, flavomonas, gram positivos, enterococos, Staphylococcus epidermidis. El promedio de tactos fue 6 (22.6%). Confirmándose corioamnioitis en 9.6%. La deciduitis diagnosticada en 29% grupo problema y 28.5% grupo control.

### CONCLUSIONES

Utilizar antibióticos con 6 o más tactos vaginales o presentarse 8 horas de ruptura de membranas. Sugerimos realizar estudios mejorando factores predisponentes para disminuir muertes maternas por deciduitis.

**PALABRAS CLAVE:** Deciduitis, cervicovaginitis, tactos vaginales, corioamnioitis y ruptura de membranas.

## SUMMARY

### OBJECTIVE

Demonstrate the frequency of deciduitis pospartum, poscesarean and posmiscarriage, and risk factors.

### METHODOLOGY

Study prospective, comparative, traverse, observational, open; July 2002 to July 2004. Problem group included pregnant in partum, cesarean and miscarriage, with risk factors to deciduitis: premature rupture of membranes; cervicovaginitis; chorioamnioitis; 1 or more vaginal tacts; with control group. Carrying out perspired vaginal; measure leucocytosis, fever, bloody or purulents discharge. We exclude to who didn't take sample decidual, and that weren't assisted in this hospital. At obstetric resolution we send decidua to pathology and cultivation, applying a questionnaire that determined risk factors. The analysis was with square Chi (x2), and "t" Student.

### RESULTS

45 women divided in two groups 1) group problem n=31; 2) group control n=14; age average 28.4, 30 years in group 2. Gestational average 38 weeks (50.99%). Average in hours of rupture of membranes 8.7 + - 13.7; 22.5 more to 10 hrs and 12.9% with more than 12 hrs; 8 cases of cervicovaginitis (25.8%)  $r = 0.1$ ,  $p = .588$  The germs cultivated in decidua were Staphylococo negative coagulasa (16.1%), Candid albicans, Flavomonas, positive gram, enterococus, Staphylococcus epidermidis. The average of tacts was 6 (22.6%). Chorioamnioitis was confirmed in 9.6%. The deciduitis diagnosed in 29% group problem and 28.5% group control.

### CONCLUSIONS

Use antibiotics with 6 or more vaginal tacts or to be presented 8 hours of membranes rupture. We suggest others studies improving risk factors to diminish maternal deaths for deciduitis.

**KEY WORDS:** Deciduitis, cervicovaginitis, chorioamnioitis, and rupture of membranes.

## MARCO TEORICO

La deciduitis posparto es consecuencia de la contaminación del sitio placentario o de la decidua por una bacteria patógena u oportunista, si la contaminación se produce durante el parto puede resolverse sin repercusión para la contracción uterina y las defensas de la mujer o por el contrario causar deciduitis.

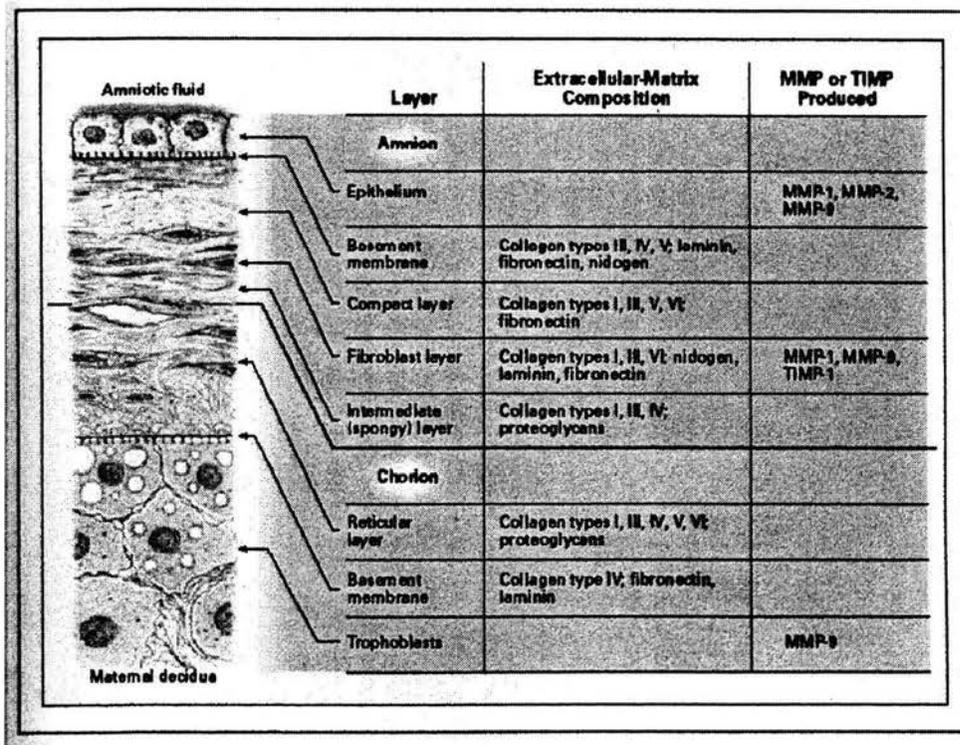


Fig 1 Goldenber R. NEJM 2000, 342(20), 1500-1507

## ORIGEN

En la implantación la mayor riqueza en elementos nutritivos se lleva a cabo en la mitad superior de las caras anterior y posterior uterinas. La mucosa se halla en fase secretoria y para que el huevo se implante es necesaria una secreción progesterínica normal. Después de la fecundación dicha mucosa no surge en desprendimiento menstrual, sino que se conserva y engruesa (5-10 mm) sufriendo unos cambios que justifican que se la conozca ahora con el nombre de DECIDUA. Inician entonces extravasaciones sanguíneas en las glándulas, con salida al exterior de una pequeña cantidad de sangre (hemorragia de implantación o signo de Hartmann). Una vez enraizado en la capa esponjosa endometrial comienza su secreción hormonal, a la que se debe la persistencia del cuerpo amarillo que

actúa sobre el endometrio y provoca los cambios deciduales. La reacción decidual no afecta al cuello.

A los pocos días de la implantación las células estromales experimentan una importante transformación denominada reacción decidual. Las células estromales se hipertrofian debido a la acumulación de glucógeno y lípidos en su citoplasma y se les llama células deciduales. En la Figura 1 se muestran las capas desde decidua hasta amnios.

La decidua materna recibe nombres topográficos dependiendo de dónde esté localizada en relación con el embrión. La caduca o decidua se distingue en las siguientes zonas,:

1. **DECIDUA VERDADERA O PARIETAL.** Es la que tapiza la cavidad uterina. Al principio del embarazo su grosor llega hasta 1 cm. Pero al término de él se adelgaza hasta reducirse a 1 ó 2 mm. La capa profunda esponjosa presenta las típicas modificaciones secretorias avanzadas, con glándulas en sierra y escaso tejido interglandular. La capa superficial presenta, los tubos glandulares, que avanzando el embarazo, se atrofian y desaparecen y una estroma rica en las llamadas células deciduales grandes, poligonales o con núcleo redondo que se tiñe mal.
2. **DECIDUA CAPSULAR O REFLEJA.** Corresponde a la zona de implantación que levantada por la protuberancia del huevo sufre distensión y se atrofia, soldándose con el cuarto mes con la decidua verdadera del otro lado y degenerando hasta desaparecer al fin del embarazo.
3. **DECIDUA BASAL O SEROTINA.** Es una porción de decidua o cáduca que queda por debajo del huevo, tiene la estructura de la verdadera, pero esta invadida por el trofoblasto, La degeneración glandular es más acentuada, esta zona decidual constituye la aportación materna a la formación placentaria.

## EPIDEMIOLOGIA

La vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales nos permite conocer la frecuencia y distribución del fenómeno, así como los factores de riesgo presentes para disminuir el problema. (1,18) Es importante para los hospitales y servicios de gineco obstetricia debido a las particularidades que la especialidad representa.

La frecuencia de deciduitis es baja en los países con un buen nivel sanitario, de aproximadamente 1.2 al 4%. (1, 18) En México se observó en el INPER una frecuencia de infección en parto en 1.4%, 0.2% posparto, 2.78% poscesárea, y 0.2% pos legrado obstétrico. Los micro organismos más frecuentes fueron staphylococcus coagulasa negativa, staphylococcus aureus y Escherichia coli. (4,5).

En realidad, la gran mayoría de infecciones uterinas de posparto corresponden a mujeres sometidas a cesárea, después del parto vaginal, la tasa de deciduitis varía del 0.5 al 3% (14,29) Después de la cesárea del 5 al 45% según haya factor de riesgo para parto

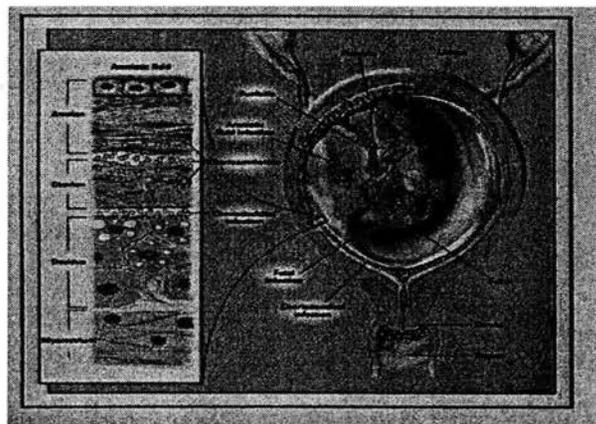
prolongado o rotura prolongada de bolsa amniótica en el primer caso , o cesárea programada en el segundo caso sin ruptura de membranas. Gibbs piensa que la cesárea es por sí misma un factor de riesgo de deciduitis pues la encuentra en no menos del 10% de las cesáreas programadas sin factor de riesgo de Infección Materno Fetal y en no menos del 95% en el caso contrario (14).

Numerosos trabajos retrospectivos permitieron precisar algunas situaciones favorecedoras de deciduitis, como cesárea, ruptura prematura de membranas (RPM), que tienen el común denominador de contaminación del líquido amniótico (2).

Los factores de riesgo son los mismos que en la infección neonatal, agregándose los relacionados a maniobras obstétricas del parto, maniobras endouterinas, cesárea, alumbramiento manual, limpieza uterina, número de tactos realizados, etc. El riesgo infeccioso depende de la densidad del inóculo bacteriano que alcanza el sitio placentario de la virulencia propia que la bacteria causa, de la importancia de la herida (simple desprendimiento placentario, fisura cervical o histerotomía y de los mecanismos de defensa del huésped (en la mayoría de casos proporcionales a nivel socioeconómico). La contaminación del líquido amniótico varía del 12% al 27% (9,20). Cualquiera que sea la forma de nacimiento. El riesgo se multiplica por 4 en cualquier tipo de parto cuando el útero está contaminado (1). En el Hospital de Troncoso predominaron en cuanto a infecciones puerperales nueve entidades, en orden de frecuencia fueron deciduitis, deciduitis con absceso, deciduitis con infección urinaria, deciduitis complicada, y absceso de pared aislado incrementando la tasa al exponer a la paciente a cesárea y con bajos resultados en infección puerperal posparto y posaborto. (26) La ruptura prolongada de membranas aumenta el riesgo de deciduitis posparto según la mayoría de autores. (20, 28)

Incrementándose de 1.8 a 78 cuando las membranas están rotas por más de 12 hrs (35). De un total de 76 pacientes con RPM y manejo conservador, 6 desarrollaron deciduitis, en 15 placentas se informó coriomaniotitis, 10 con diagnóstico de sepsis (2). La duración del trabajo de parto tiene importancia en sí misma sino a través de la duración de ruptura de membranas, el número de tactos vaginales efectuados y de la colocación de captores intrauterinos. En la Figura 2 se muestra la fisiopatología de la ruptura de membranas y las características de las membranas ovulo placentarias.

Fig 2. Goldenber R. NEJM 2000, 342(20), 1500-1507



Las cervicovaginitis presentes al iniciar trabajo de parto constituyen un elemento de probabilidad de infección materno fetal (7,11,14). Su presencia en los últimos 89 días previos al parto es un argumento a favor de administrar antibióticos al recién nacido inmediatamente al nacimiento (18). Las vaginosis bacterianas y vaginitis inespecíficas fueron consideradas por varios autores (15,19,25, 26, 27). Su incidencia no sería despreciable en el marco de parto prematuro. (17,24) La prevalencia global de vaginosis bacteriana fue de 10.4% de quienes se realizó tratamiento armado. Fueron tratadas con clindamicina un 66% y en el grupo placebo 34% remitieron espontáneamente (13, 21). En cervico vaginitis mixtas predomina el *Ureaplasma urealyticum*, 53.8% y el *Mycoplasma hominis* 30.6%; en presencia de vaginosis bacteriana *Gardnerella* 26.6%, *Mobiluncus bacteroides* spp. (7,19, 25, 26, 27)

Muchos autores piensan que las bacterias tal vez no ascienden de la vagina durante el embarazo sino que están presentes en útero antes del mismo, en un 40% de mujeres con parto espontáneo presentan bacterias, en líquido amniótico y en membranas y 20% solo en membranas. (31)

La perforación de guantes estériles para procedimientos es otro factor que hay que mencionar, En la literatura mencionan la perforación de los guantes con una frecuencia de 11.2% variando según los diferentes autores desde 16% hasta 45% (22). Esto pudiera influir en la aparición de deciduitis.

Las maniobras instrumentales o intrauterinas durante el trabajo de parto son el monitoreo interno, tococardiografía uterina, fórceps, ventosas, atención manual de alumbramiento, y limpieza uterina. Se ha comunicado un 21.5% de morbilidad infecciosa después de la práctica de maniobras (35), que probablemente se deban a ruptura de guantes al realizar la revisión de cavidad uterina,. Es importante el concepto de cesárea practicada durante el trabajo de parto o después de rotura de membranas. Ya que incrementaría el riesgo del 25% de infecciones y en cesárea programada 9%. (3) La revisión de cavidad uterina posparto se hace rutinariamente en la mayoría de nuestras unidades médicas existen indicaciones precisas para realizarla y no debería realizarse en forma rutinaria, sin existir diferencia en la presentación de complicaciones, aunque el hacerla implica malestar a la paciente y mayores costos para la Institución en la atención del parto (10,12)

Hay otros factores que incrementan la incidencia, tales como anemia posparto, diabetes gestacional, bajo nivel socioeconómico y estado de nutrición, parto en el domicilio, infecciones urinarias previas en el embarazo, etc.

El diagnóstico de deciduitis es clínico, el cuadro incluye fiebre de aparición progresiva entre 38 a 38.5 C., con recrudecimientos vespertino superior o por lo menos igual a 38 C, loquios de aspecto turbio incluso purulento y con olor fétido, al tacto siempre practicado después de toma de muestras para bacteriología, en un cuello uterino ampliamente permeable, si la deciduitis no esta complicada no hay datos de alteraciones físicas (8,14, 32)

Sin embargo se han utilizado como marcadores de infección intraamniótica y decidual, pruebas para detección de vaginosis bacteriana según los criterios de Amsel..

## MECANISMOS DE INFECCIÓN

Mujeres con líquido amniótico cultivado pueden resultar negativos sin embargo al examen microscópico se pueden apreciar abundantes leucocitos, interleucina 6 y abundantes células inflamatorias. (15)

La infección bacteriana al espacio corio decidual, activa el sistema de endo y exotoxinas, activa la decidua y las membranas fetales para producir una serie de citocinas como factor de necrosis tumoral alfa, interleucina 6, interleucina 8, interleucina 1-alfa, interleucina 1B y factor estimulador de colonia de granulocitos. Además las interleucinas, citocinas, endo y exotoxinas estimulan la producción de prostaglandinas, iniciando la quimiotaxis de neutrofilos, su infiltración y activación culminando en la síntesis de metaloproteinasas y otras sustancias bio activas.

Las prostaglandinas estimulan contracciones uterinas, mientras que las metaloproteinasas degradan las membranas corioamnióticas además actúan en las membranas venciendo y produciendo su ruptura, además participan en la degradación de proteínas cervicales, produciendo cambios en el mismo.

Los diferentes mecanismos maternos y fetales que participan en la respuesta inflamatoria global son desconocidos.

## TRATAMIENTO

Se sabe que el uso de antibióticos mejora el pronóstico materno fetal, disminuyendo las complicaciones posparto.

En mujeres que en el exudado vaginal reportaron infección por estreptococo, las penicilinas o cefalosporinas son una buena elección ya que disminuyen la posibilidad de sepsis neonatal posparto. (15)

El tratamiento de clindamicina en pacientes con vaginosis bacteriana y de nistatina en presencia de *Candida A*, previene la aparición de corioamnioitis y deciduitis posparto. (35)

## JUSTIFICACIÓN

Evaluar la frecuencia de deciduitis posparto, cesárea o pos aborto, en el Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez. Ya que desconocíamos la frecuencia en nuestra unidad hospitalaria, y sospechábamos presentara una frecuencia baja, o un subregistro, y necesitábamos saber que elemento (s) influye (n) en su aparición (cervicovaginitis preexistentes, presencia de ruptura prematura de membranas, corioamnionitis o bien el número de tactos vaginales realizados). Ya que la deciduitis tiene como complicaciones principales sepsis y muerte.

## PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia real de deciduitis en el Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, ya que existe una frecuencia desconocida de la misma en nuestro hospital, y cuáles son los factores de riesgo más frecuentemente asociados, tales como: 1) cervicovaginitis preexistentes, 2) el número de tactos vaginales realizados, 3) la presencia de ruptura de membranas ó 4) corioamnioitis focalizada?

## **HIPÓTESIS I**

La frecuencia de deciduitis postparto, poscesárea o pos aborto, probablemente sea baja en el Hospital Fernando Quiroz Gutiérrez; y se asocia más frecuentemente con un número excesivo de tactos vaginales realizados; con cervicovaginitis preexistentes, con ruptura de membranas prematura, o coriamnioitis.

## **HIPÓTESIS II**

Al saber los factores de riesgo más frecuentemente asociados a deciduitis podremos disminuir la frecuencia en la aparición de la misma al prevenir la aparición de dichos factores. Asimismo de forma indirecta podremos disminuir la aparición de sepsis puerperal secundaria a deciduitis.

## OBJETIVOS

El objetivo fue demostrar la frecuencia de deciduitis posparto, poscesárea y pos aborto, definida como la contaminación del sitio placentario o de la decidua por una bacteria patógena u oportunista; así como los factores de riesgo asociados; en el Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, en un grupo de pacientes en el periodo de julio del 2002 a julio del 2004

### Objetivos particulares

- Determinar los factores de riesgo asociados con deciduitis posparto, pos cesárea o pos aborto asociadas con cervicovaginitis o infecciones genitales preexistentes.
- Determinar la asociación de deciduitis posparto, pos cesárea o pos aborto con ruptura prematura de membranas
- Determinar la asociación de deciduitis posparto, pos cesárea o pos aborto con corioamnioitis
- Determinar la asociación de deciduitis posparto, pos cesárea o pos aborto; con el número de tactos vaginales realizados

## GRUPO DE ESTUDIO

Mujeres embarazadas o en puerperio, de cualquier edad que acudieron al Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez en trabajo de parto o de aborto, que presentaran factores predisponentes para desarrollar deciduitis, como ruptura prematura de membranas, con 1 ó más tactos vaginales cuantificables, presencia de cervicovaginitis, o datos compatibles a corioamnioitis, en el periodo comprendido de julio del 2002 a julio del 2004.

- **Grupo problema:**

Mujeres embarazadas en trabajo de parto o de aborto o en puerperio; de cualquier edad que acudieron al Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez con factores predisponentes para presentar deciduitis, como ruptura prematura de membranas, presencia de cervicovaginitis, o datos compatibles a corioamnioitis (presencia de fiebre, leucocitosis, velocidad de sedimentación globular incrementada, proteína C reactiva alta y fibrinógeno bajo), y a quien se le pudo cuantificar el número de tactos vaginales realizados, en el periodo comprendido de julio del 2002 a julio del 2004.

- **Grupo comparativo:**

Pacientes embarazadas que acudieron en trabajo de parto o de aborto en el Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, o en estado puerperal, sin factores de riesgo para desarrollar deciduitis, como ruptura prematura de membranas o datos compatibles con corioamnioitis (presencia de fiebre, leucocitosis, velocidad de sedimentación globular incrementada, proteína C reactiva alta y fibrinógeno bajo), y a quien se le pueda cuantificar el número de tactos vaginales realizados, que acudieron de julio del 2002 a julio del 2004

- **Tamaño de la muestra.**

Pacientes embarazadas en trabajo de parto o de aborto, o en puerperio; de cualquier edad que acudieron al Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, con factores predisponentes para desarrollar deciduitis definida como la contaminación del sitio placentario o de la decidua por una bacteria patógena u oportunista; o bien aquellas pacientes en puerperio que acudieron con datos de deciduitis posparto o posaborto, atendidos en este hospital. Y aquellas pacientes que acudieron sin factores de riesgo para presentar deciduitis para el grupo comparativo, y que cumplieron con los criterios de inclusión y no exclusión, en el periodo comprendido de julio del 2002 a julio 2004.

- **Criterios de inclusión.**

Pacientes en trabajo de parto o de aborto en quienes se demostró deciduitis por laboratorio o por patología, que hayan sido atendidas en el Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, y que hayan acudido en el periodo de julio del 2002 a julio del 2004.

Y pacientes del grupo control que no tuvieron ningún riesgo para desarrollar deciduitis, que no demostraron contraindicación para la toma y envío de muestra de decidua a laboratorio para cultivo y al servicio de patología para su análisis; y que fueron atendidas en el Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, en el periodo comprendido de julio del 2002 a julio del 2004.

- **Criterios de exclusión.**

- ◆ Pacientes que no completaron los criterios de inclusión.
- ◆ Pacientes a quienes no se tomó muestra de decidua para patología ni para cultivo.
- ◆ Pacientes que no fueron atendidas en el Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez.

- **Criterios de eliminación.**

- ◆ Pacientes a quienes no se tomó muestra de decidua para patología ni para cultivo.
- ◆ Pacientes que no fueron atendidas en el Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez.
- ◆ Pacientes a quienes no se tomó muestra de decidua para patología ni para cultivo.

## METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, comparativo, transversal, observacional, abierto, desde julio del 2002 a julio 2004. Se incluyeron pacientes embarazadas en trabajo de parto o de aborto, o bien en puerperio con datos compatibles a deciduitis posparto o posaborto para el grupo problema en que se demostrara algún factor predisponente para presentar deciduitis previo al uso de antibióticos, tales como: 1. ruptura prematura de membranas confirmada con obtención de cristalografía positiva o prueba de la flama positiva, obtenida de fondo de saco con técnica estéril con colocación de espejo vaginal con la paciente en posición de litotomía, 2) presencia de datos clínicos compatibles a cervicovaginitis, referida como leucorrea amarillenta, verdosa o blanquecina espumosa, con o sin olor a aminas, sin tratamiento previo, o bien con exudado vaginal o cultivo vaginal confirmando presencia de infección; 3) presencia de datos compatibles con corioamnioitis como fiebre igual o mayor a 38°C vía axilar cada 4 hrs desde su ingreso hasta los primeros 3 días del procedimiento, y posteriormente solo en caso de sintomatología compatible a la misma, presencia de loquios purulentos o con olor desagradable, dolor a la movilización uterina o cervical o dolor abdominal; 4) o bien que se le practicaran 1 ó más tactos vaginales durante su estancia hospitalaria previo a la resolución obstétrica. Definimos deciduitis a la inflamación de la decidua consecuencia de la contaminación del sitio placentario o de la misma decidua por una bacteria patógena u oportunista.

Para el grupo control se incluyeron pacientes de cualquier edad embarazadas en trabajo de parto o de aborto, o en puerperio que no presentaran ningún antecedente para deciduitis. Se tomó exudado vaginal a toda paciente en trabajo de parto o trabajo de aborto, o que acudan a revisión de puerperio que NO tenga algún factor de riesgo para deciduitis. Se vigiló la presencia de leucocitosis, la aparición de fiebre igual o mayor a 38°C en el trabajo de parto o de aborto desde su ingreso hasta 3 días después, y en el puerperio únicamente si presentó sintomatología compatible a fiebre, tomándola vía axilar. Solicitamos velocidad de sedimentación globular, Proteína C Reactiva, y leucocitosis valorada cada 12 hrs. En este último se tomo en cuenta el resultado mayor.

Los Criterios de exclusión y eliminación fueron aquellas pacientes que no completaron los criterios de inclusión, en quienes no se tomo muestra de decidua para patología ni para cultivo, y aquellas que no hubieran sido atendidas en nuestra unidad médica.

Pacientes a quienes no se haya tomado muestra de decidua para patología ni para cultivo.

Se tomaron en el momento del alumbramiento o en el momento del aborto 2 muestras de decidua en ambos grupos, tomadas con técnica estéril obtenida de la cavidad uterina con pinzas o por cepillado endocervical, aún al haberse iniciado previamente antibióticos. La primera muestra se colocará en formol y se enviará al servicio de patología, para valorar la presencia de deciduitis, y la segunda muestra se obtuvo de forma estéril para enviarse a cultivo con medio de tioglicolato a toda paciente que tenga factores de riesgo y a aquellas que se incluyan en el grupo control. A toda paciente se aplicó un cuestionario para determinar la aparición de cervicovaginitis en el último trimestre de gestación.

Se otorgó hoja de consentimiento informado para la autorización de su participación en el estudio. Su no autorización no modificó la toma de los laboratorios y procedimiento de rutina que se sigue en cada caso en particular. El análisis estadístico se llevó a cabo con el método de Chi cuadrada ( $\chi^2$ ), y "t" de Student. Con auxilio del programa estadístico SPSS Ver 10.0.

El estudio se basó en las cartas de Helsinki y sus modificaciones hechas en China, en el año de 1984 en Tokio, Japón en el año de 1970; y su revisión en Hong Kong, China en 1974, y en sus artículos del 100 a 104 de la Ley General de salud en materia de investigación en seres humanos.

Además nos basamos en la Norma Oficial Mexicana con respecto al manejo de residuos infecto contagiosos y materiales orgánicos. Ya que se manejaron tejidos orgánicos potencialmente infecciosos.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 49 mujeres que acudieron a la consulta de urgencias con trabajo de parto o de aborto en el Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez (ISSSTE), de las cuales se excluyeron a 4 pacientes por no cumplir con los criterios de inclusión del estudio 3 del grupo problema y 1 del grupo control, las 45 restantes se dividieron en dos grupos el grupo 1 fue el grupo problema con 31 pacientes y el grupo 2 el grupo control con 14 pacientes.

En el grupo problema, el promedio de edad fue de 28.4, con rango de 15 a 41, y moda de 28, derivación estándar 8, en el grupo control el rango fue de 15 a 40, con edad promedio de 30 y desviación estándar de 6.19. Gráfica Número 1.

El promedio de pacientes en cuanto al número de gestas predominaron las primigestas y las gestas 2, con 13 y 8 pacientes (38.1% y 25.8%), respectivamente. En el grupo control predominaron las pacientes con 2 gestas previas  $n=4$  (42.8%), posteriormente con 3 gestas  $n=4$  (28.5%), y con 1 y 4 gestaciones 2 pacientes cada uno (14.2%). Gráfica 2 y 3.

El promedio de edad gestacional en el grupo problema fue de 37 semanas de gestación con una mediana de 38  $\pm$  5.3, con un rango de 18 a 40. En el grupo control la edad gestacional promedio fue de 38 semanas de gestación con un rango de 37 a 42 (50.99%). Gráfica 4 y 5.

En relación a la resolución obstétrica en el grupo 1 el número de partos fue de 23 (74.2%) con 9 pacientes con deciduitis (29%), para cesárea 7 pacientes (22.5%), y 2 pacientes con deciduitis (6.4%), una aborto potencialmente séptico (3.2%), en el cual se confirmó deciduitis. En el grupo control una paciente fue atendida por parto en periodo expulsivo con membranas íntegras (3.2%), 13 casos culminaron en cesárea programada (92.8%); con 4 casos de deciduitis (28.5%). Gráfica número 9 y 10.

Con respecto al número de horas de ruptura el promedio fue de 10.6 horas con una mediana de 7 horas, rango de 1 a 72 horas y desviación estándar de 13.7, El 38.7% fueron mayores a 10 hrs. ya con uso de antibiótico, para 1, 8, 9, 12, 118, 23, 30 y 72 hrs. con un caso cada uno (3.2%), para 4, 7, 10, 17 y 19 hrs. con dos casos cada uno (6.4%), para 5 hrs. con 3 pacientes un (9.6%) y 4 casos de 3 horas, con un índice de correlación a deciduitis  $r=0.358$  por patología, y  $-0.056$  por cultivo, con significancia estadística únicamente por patología  $p=0.048$ . Se presentó deciduitis en 12 pacientes. En nuestra unidad la frecuencia de deciduitis con más de 10 hrs. de ruptura fue de 22.5% una incidencia media y de 16.1% con más de 12 hrs de ruptura. Se presentaron 3 caso de deciduitis con 5 horas de ruptura  $n=3$ . Este rango se descartó en el grupo control. Gráfica número 8 y 8.A.

La cervicovaginitis se identificó clínicamente en 9 casos (29%), de los cuales sólo se confirmaron 8 casos (25.8%) con un índice de correlación con respecto a deciduitis  $r=0.1$  y  $p=.588$ . Ver tabla y gráfica Núm. 6 y 7. Los gérmenes confirmados por cultivo vaginal y exudado vaginal fueron Staphylococo coagulasa negativo  $n=16$  (51.6%) Candida A y Cocos gram positivos  $n=9$  (29%) respectivamente, Enterococos  $n=3$  (9.6%), Staphylococo

aureus n=2 (2.4%); lactobacilos n=1 (3.2%), sin embargo el cultivo de decidua se asoció mayormente a Staphylococo coagulasa negativo, en un 16.1% (sólo presente en 5 pacientes), y otros ocupando en total un 29% solo presentes en 9 casos, donde se aislaron, Candida albicans, Flavomonas, Cocos gram positivos, Enterococos, Staphylococcus epidermidis. En el grupo control se reportaron Candida A, Staphylococo coagulasa negativo, Enterococo y Lactobacilos n=4 (12.8%), Gram positivos, Proteus, Staphylococo aureus, Tricomona y Klebsiela n=1(3.2). únicamente se reportaron 2 pacientes con cultivo de decidua positivos una con Staphylococcus coagulasa negativo y otra con Staphylococcus aureus ocupando un 3.2% respectivamente.

En relación al número de tactos realizados, el rango en pacientes con deciduitis fue de 2 a 14, 3 pacientes con 2 tactos (9.7%), 3 pacientes con 3 tactos (9.7), 3 pacientes con 4 tactos (9.7), 3 pacientes con 5 tactos realizados, 7 pacientes con 6 tactos vaginales realizados (22.6%), 3 pacientes con 7 tactos vaginales realizados (9.7%), 2 pacientes con 8 tactos vaginales realizados (9.7%), 3 pacientes con 9 tactos vaginales (6.5%), una paciente con 10 tactos (3.2%), 2 pacientes con 12 Tactos (6.5%) una paciente con 14 tactos vaginales (3.2%). En el grupo control se obtuvieron 3 pacientes con 0 tactos ya que fueron cirugías programadas (21.4), 8 pacientes con 1 tactos (57.1%), 3 pacientes con 2 tactos (21.4%) . Ver gráfica número 15 y tablas 1 y 2.

En relación a probable corioamnioitis clínica y por laboratorio solo 6 pacientes ingresaron con ese diagnóstico solo 5 pacientes desarrollaron datos compatibles a corioamnioitis clínica, confirmada en 3 pacientes por patología (9.6%).En el grupo control ninguna presento datos clínicos de deciduitis, sin embargo se confirmó por el servicio de patología en 4 pacientes (28.5%). Solo 3 de ellas presentaron cervicovaginis preexistente no clínica confirmada por cultivo vaginal al ingreso.

En relación a deciduitis clínica se presentó fiebre en 9 pacientes (29%), leucocitosis en 14 pacientes (45%) sangrado uterino escaso a moderado en 5 pacientes (16.1%); y presencia de loquios purulentos en 5 pacientes (16.1%); dolor uterino o cervical en 6 pacientes (19.4%). En el grupo control no se presentaron datos clínicos de deciduitis. Los datos clínicos como fiebre y sangrado transvaginal persistente escaso o moderado, presentaron una p estadísticamente significativa de 0.042 y 0.039, ( $p < 0.001$ ). con un índice de correlación de .367 y .372 respectivamente. Ver gráfica número 11,12, 13 y 14.

Las pacientes del grupo problema solo 6 desarrollaron deciduitis clínica en un (19.3%), reportando fiebre en el puerperio, corroboradas por biopsia en 12 pacientes (38.7%). En el grupo control sólo en 4 se demostró deciduitis por la biopsia (28.5%).

## DISCUSIÓN

En nuestro hospital la frecuencia de deciduitis se considera media ya que el rango oscila entre 0.5 a 45%, comparada con el Instituto Nacional de Perinatología (INPER) la incidencia es alta. Confirmando los microorganismos reportados mundialmente que fueron staphylococcus coagulasa negativa, staphylococcus aureus y Escherichia coli.<sup>(4,5)</sup> En cuanto a gérmenes encontrados el Staphilococcus epidermidis, probablemente este último por contaminación de piel en las cesáreas. En realidad, la gran mayoría de infecciones uterinas de posparto corresponden a mujeres sometidas a parto vaginal y posteriormente a cesárea. En cesarea programada la frecuencia fue de 28.5% elevada en relación al reporte global del 10%.

Las cervicovaginitis preexistentes son un factor de riesgo relativo mayor para el desarrollo de deciduitis crónica y/o aguda. En este estudio se relacionó principalmente por la asociación con Candida albicans y con vaginosis bacteriana.

Las vaginosis bacterianas y vaginitis inespecíficas fueron consideradas por varios autores con una prevalencia de 10.4%<sup>(15,19,25, 26, 27)</sup>. En cervico vaginitis mixtas predominó el Ureaplasma urealyticum, 53.8% y el Mycoplasma homininis 30.6%; en presencia de vaginosis bacteriana Gardnerella 26.6%, mobiluncus bacteroides spp.<sup>(7,19, 25, 26, 27)</sup>. Sin embargo no se practicaron en esta unidad estudios específicos para determinar la presencia de Micoplasma, Mobiluncos y Ureaplasma U.

Se presentó un numero mayor de deciduitis posparto o pos aborto en aquellas pacientes a las que se realizaron 6 tactos comparado con el Hospital Troncoso, quienes la reportan relacionada con 5 tactos vaginales. Cuando se realizaron mayor número de tactos probablemente no se relaciona ya que incrementa el uso de antibiótico profiláctico.

La deciduitis se relacionó mayormente a 8 hrs. de ruptura de membranas. En pacientes con un número mayor de tactos vaginales posiblemente por el uso de antibióticos que no se desarrollo deciduitis ni clínica ni por patología . Lo que nos sugiere iniciar antibiótico a las 8 hrs. de ruptura de membranas amnióticas, con el medicamento de elección en cada caso en particular.

Las pacientes pueden desarrollar deciduitis clínica en un 19.3%, de un total de 38.7% corroborado por patología, lo que nos hace pensar que la mayoría de ellas se quedan en un estado subclínico.

Con respecto a la corioamnioitis pensamos que el uso de antibiótico profiláctico limita la infección al amnios no permitiendo avanza hasta la decidua.

El diagnóstico de deciduitis es clínico, incluyendo fiebre, loquios purulentos y con olor fétido, en un cuello uterino ampliamente permeable, si la deciduitis no esta complicada no hay datos de alteraciones físicas. (8,14, 32) Según nuestros resultados los marcadores clínicos mayormente asociados a deciduitis fueron el sangrado transvaginal persistente escaso o moderado y la presencia de loquios purulentos o fétidos. La leucocitosis mostró menor índice de correlación así como el dolor a la movilización cervical o uterina.

Según Yow la frecuencia de deciduitis es de 1.8 a 78% cuando las membranas están rotas por más de 12 hrs (35). En nuestra unidad la frecuencia de deciduitis con mas de 10 hrs de ruptura fue de 16.1% una incidencia baja y de 12.9% con más de 12 hrs de ruptura.

La duración del trabajo de parto tiene importancia a través de la duración de ruptura de membranas, y el número de tactos vaginales efectuados . Asociado a cervicovaginitis preexistentes.

## CONCLUSIONES

Con respecto al número de horas de ruptura de membranas se relacionó mayormente a 5 hrs. ya que posiblemente haya sido por el uso de antibióticos que se presentó una incidencia media de deciduitis en aquellas con más de 10 horas de ruptura de membranas de aproximadamente el 23%.

Se presentó un número mayor de deciduitis posparto o pos aborto en aquellas pacientes a las que se realizaron 6 tactos comparado con el Hospital Troncoso, quienes la reportan relacionada con 5 tactos vaginales. Cuando se realizaron mayor número de tactos probablemente no se relaciona ya que incrementa el uso de antibiótico profiláctico.

Las cervicovaginitis preexistentes son un factor de riesgo relativo mayor para el desarrollo de deciduitis crónica y aguda. Principalmente por la asociación con *Candida albicans* y con vaginosis bacteriana.

En general la frecuencia de deciduitis en la población general varía en cada unidad desde un 0.5% hasta un 90, así que en nuestra población existe una frecuencia media, incrementada por la existencia de factores predisponentes y la realización de cesáreas. Sin embargo en el grupo control se presentaron en el cultivo, patógenos con una incidencia de 12.8% sin factores de riesgo; lo que sugiere que probablemente estos patógenos existan en ese sitio sin producir algún daño, o bien por alguna infección no detectada previamente.

Esto mejorará la calidad de atención en el trabajo de parto o de aborto, así como favorecerá el uso de antibióticos al practicarse 6 o más tactos vaginales. E incrementar el valor de ruptura de membranas de 5 hrs y valorar doble esquema antibiótico al cumplirse las 10 hrs.

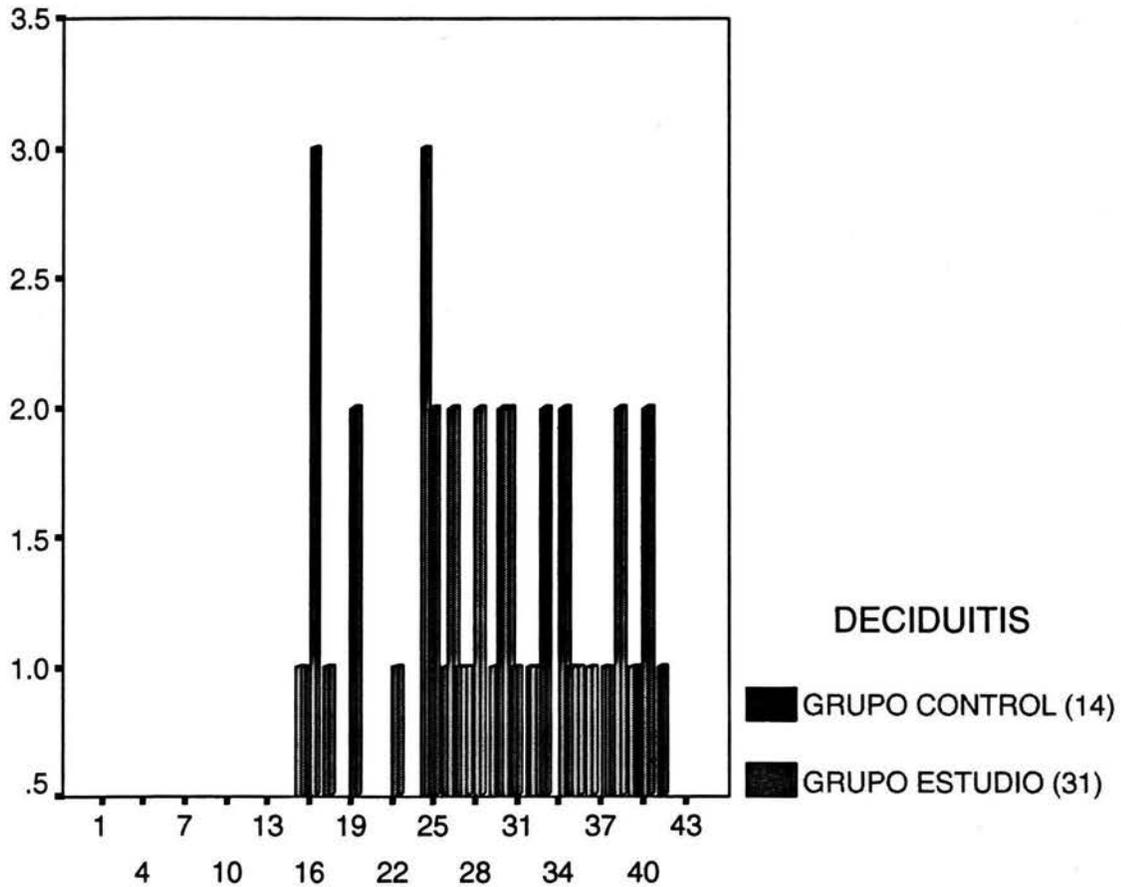
Es necesario practicar otro estudio para valorar si influyendo y mejorando los factores predisponentes a deciduitis podemos mejorar y evitar la presencia de deciduitis. Con esto evitaremos muertes maternas en el puerperio por infección decidual o miometrial.

# GRÁFICAS Y TABLAS ANEXAS

117

## GRÁFICA 1

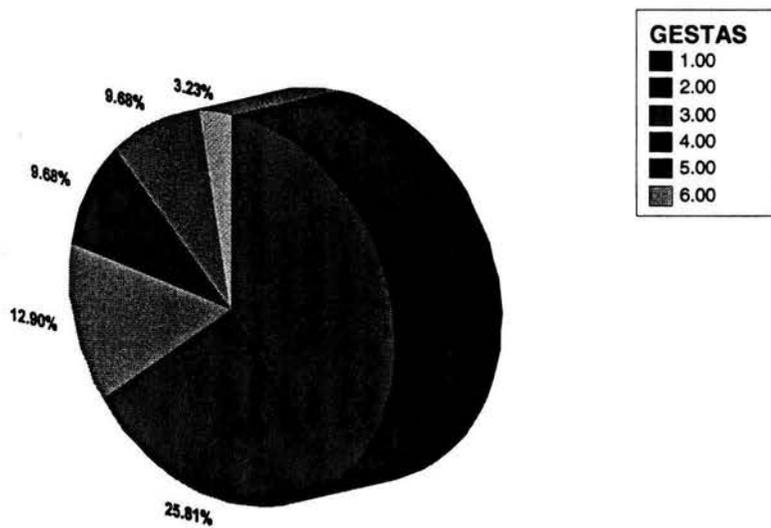
### AGRUPACIÓN POR GRUPO DE EDAD EN GRUPO PROBLEMA Y GRUPO CONTROL



FUENTE: H. DR. FERNANDO QUIROZ G. -ISSSTE-  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

---

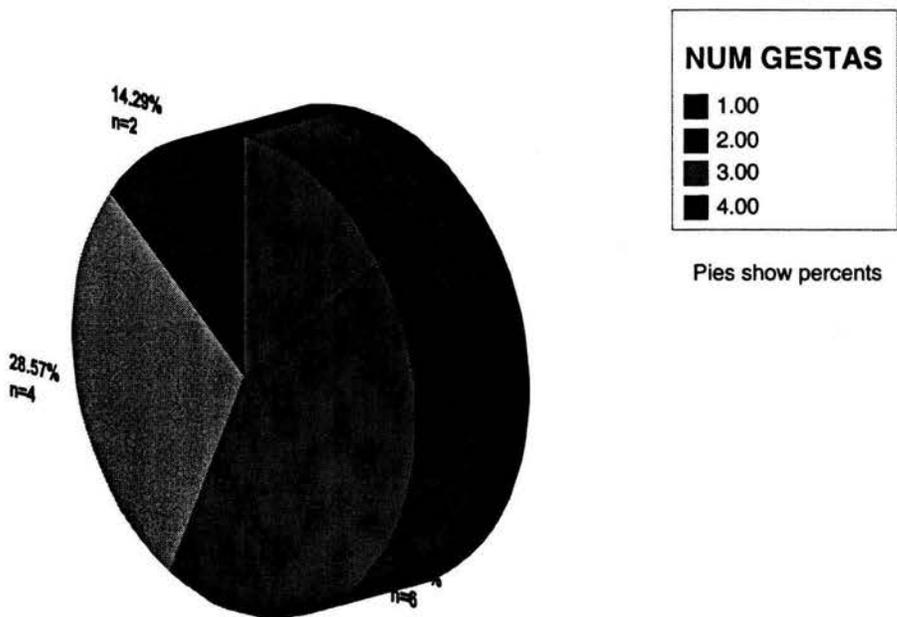
**GRÁFICA No. 2**  
**GRÁFICA DE NÚMERO DE GESTAS**  
**CASOS DE DECIDUITIS**



FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

---

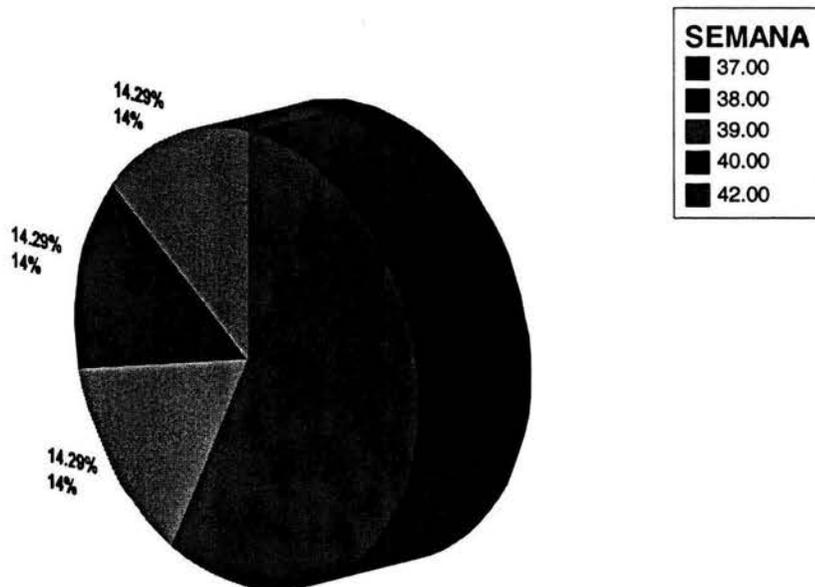
**GRÁFICA NO. 3**  
**RELACIÓN DE NÚMERO DE GESTAS**  
**GRUPO CONTROL**



FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

## GRÁFICA No. 4

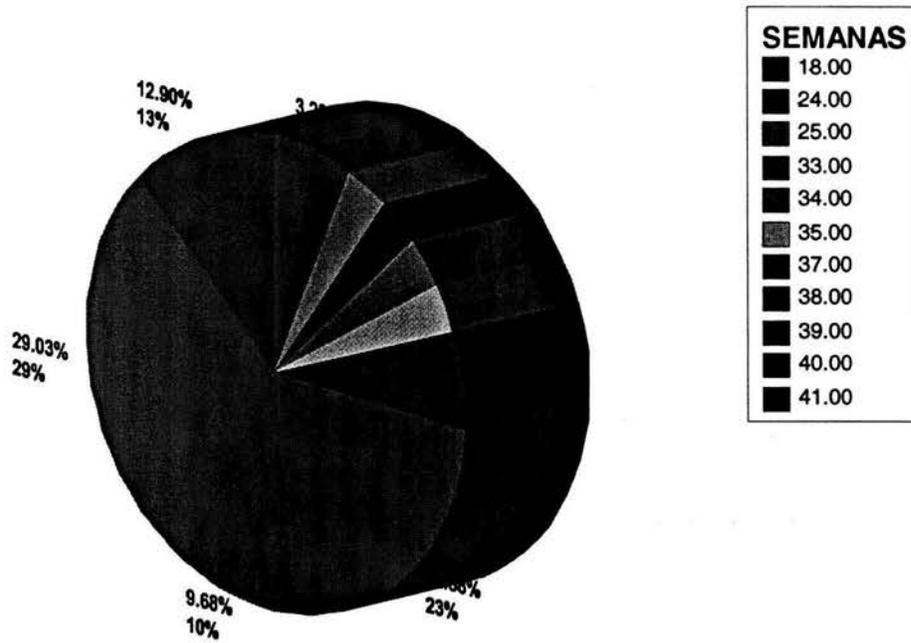
### EDAD GESTACIONAL EN GRUPO CONTROL



FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

## GRÁFICA NO. 5

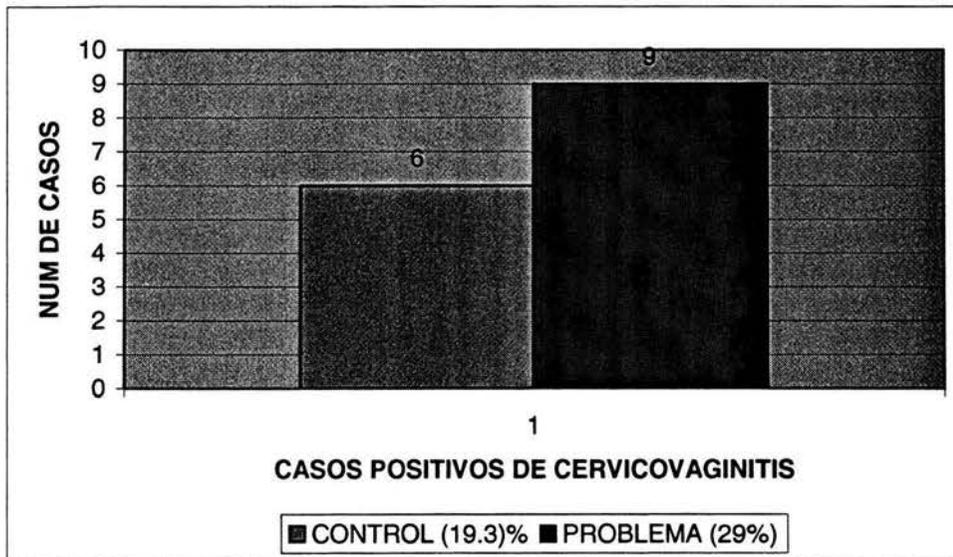
### EDAD GESTACIONAL EN GRUPO CON DECIDUITIS



FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

## GRÁFICA NUM. 6

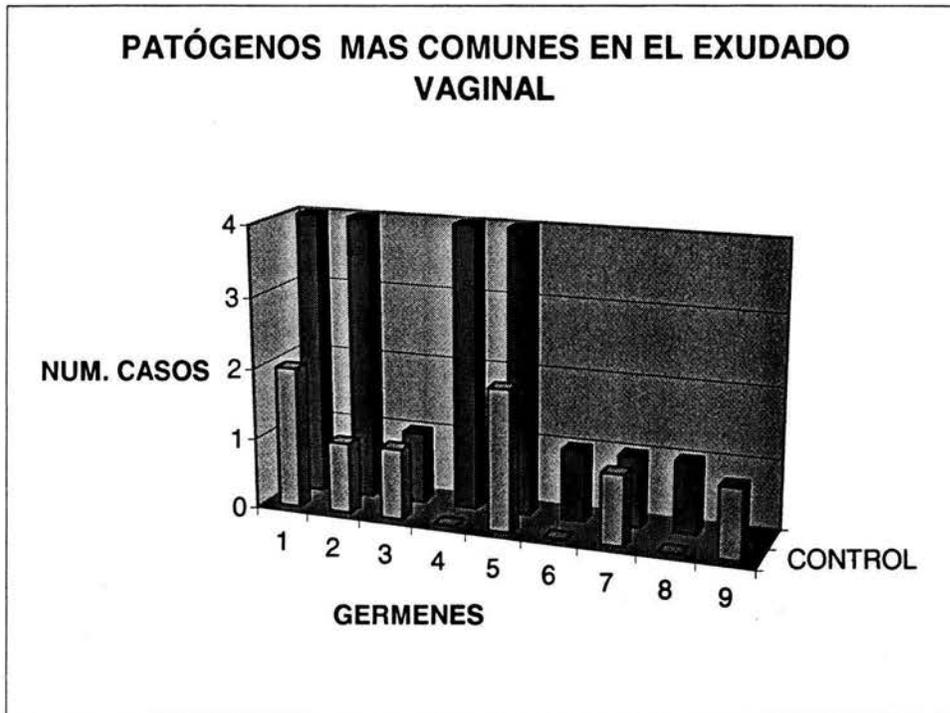
### RELACIÓN DE CERVICOVAGINITIS CON DECIDUITIS GRUPO PROBLEMA



FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

## GRÁFICA NUM 7

### RELACIÓN DE CERVICOVAGINITIS CON DECIDUITIS GRUPO CONTROL.



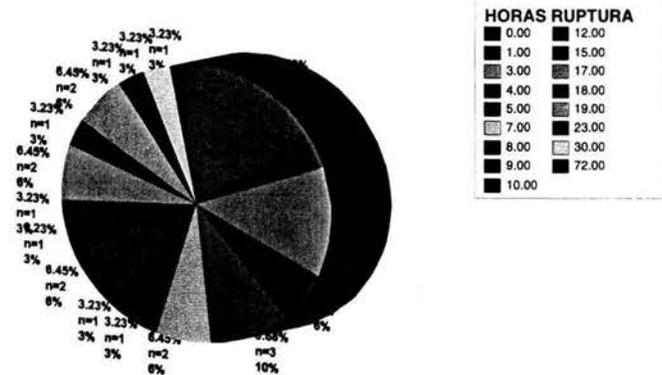
FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

|   | PATÓGENO           | CONTROL | %   | PROBLEMA | %    |
|---|--------------------|---------|-----|----------|------|
| 1 | CANDIDA A          | 2       | 6.4 | 4        | 12.9 |
| 2 | STHAPHYL COAG. NEG | 1       | 3.2 | 4        | 12.9 |
| 3 | GRAM (+)           | 1       | 3.2 | 1        | 3.2  |
| 4 | ENTEROCOCO         | 0       | 0   | 4        | 12.9 |
| 5 | LACTOBCILOS        | 2       | 6.4 | 4        | 12.9 |
| 6 | PROTEUS            | 0       | 0   | 1        | 3.2  |
| 7 | STAPHYL AUREUS     | 1       | 3.2 | 1        | 3.2  |
| 8 | TRICOMONAS         | 0       | 0   | 1        | 3.2  |
| 9 | KLEBSIELA N.       | 1       | 3.2 | 0        | 0    |

FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

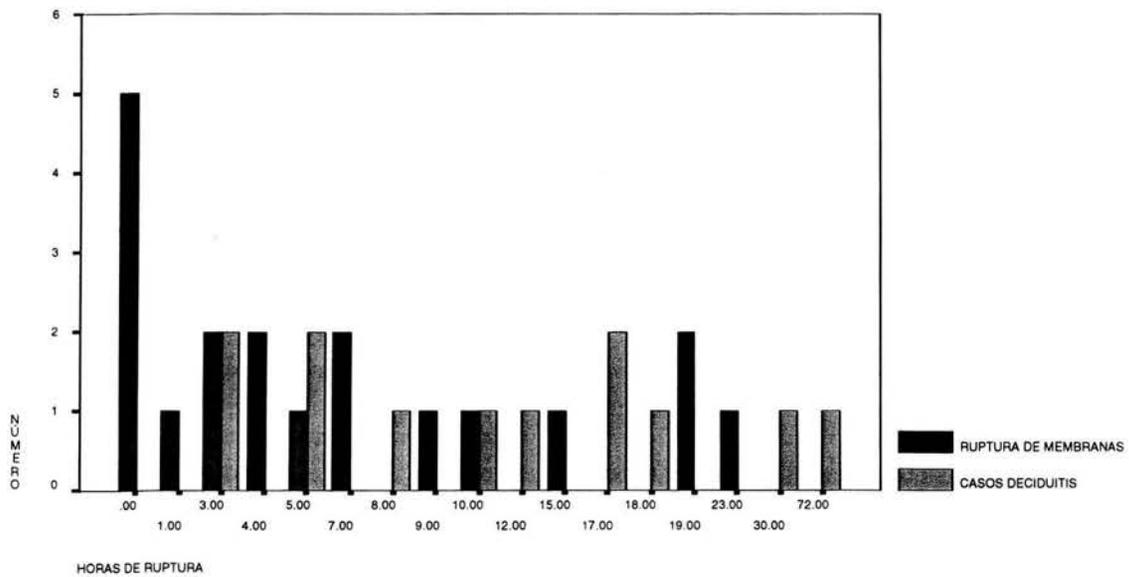
## GRÁFICA NUM. 8

### REPORTE DE CASOS DE HORAS DE RUPTURA DE MEMBRANAS EN CASOS DE DECIDUITIS



FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

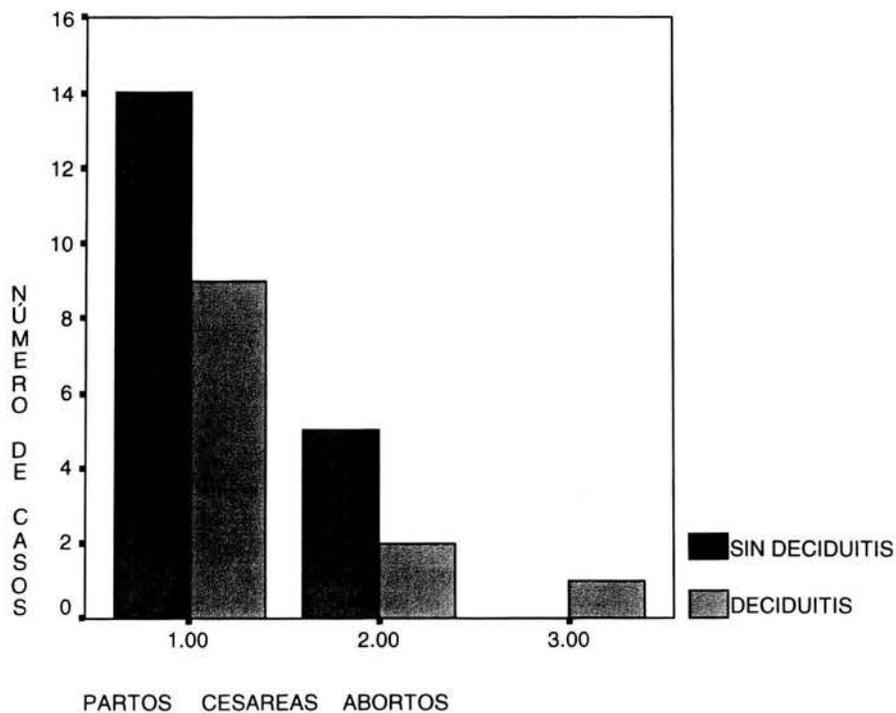
### GRÁFICA NUMERO 8.A CORRELACIÓN ENTRE HORAS DE RUPTURA Y CASOS DE DECIDUITIS



FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

**GRÁFICA NUM. 9**

**HISTOGRAMA QUE DEMUESTRA LA  
 RELACIÓN DE PARTO, CESÁREA Y ABORTO  
 CON DECIDUITIS**



FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

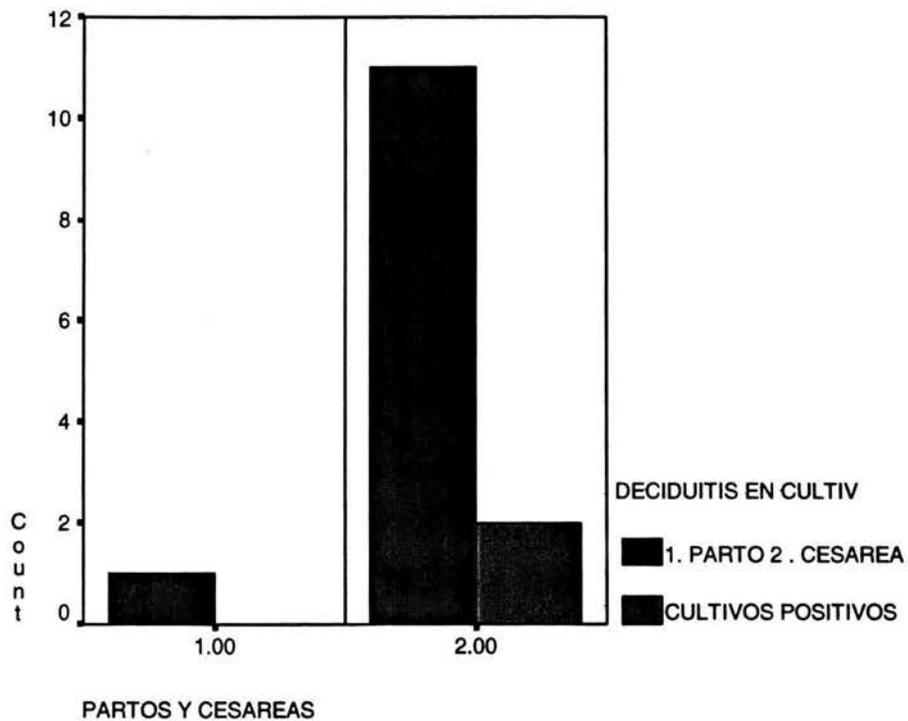
**TABLA DE CORRELACION DE DECIDUITIS  
 CON CULMINACIÓN DE LA GESTACIÓN**

|                | NO DECIDUITIS | DECIDUITIS | Total |
|----------------|---------------|------------|-------|
| <b>PARTO</b>   | 14            | 9          | 23    |
| <b>CESAREA</b> | 5             | 2          | 7     |
| <b>ABORTO</b>  | 0             | 1          | 1     |
| <b>TOTAL</b>   | 19            | 12         | 31    |

FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

**GRÁFICA NUM 10**

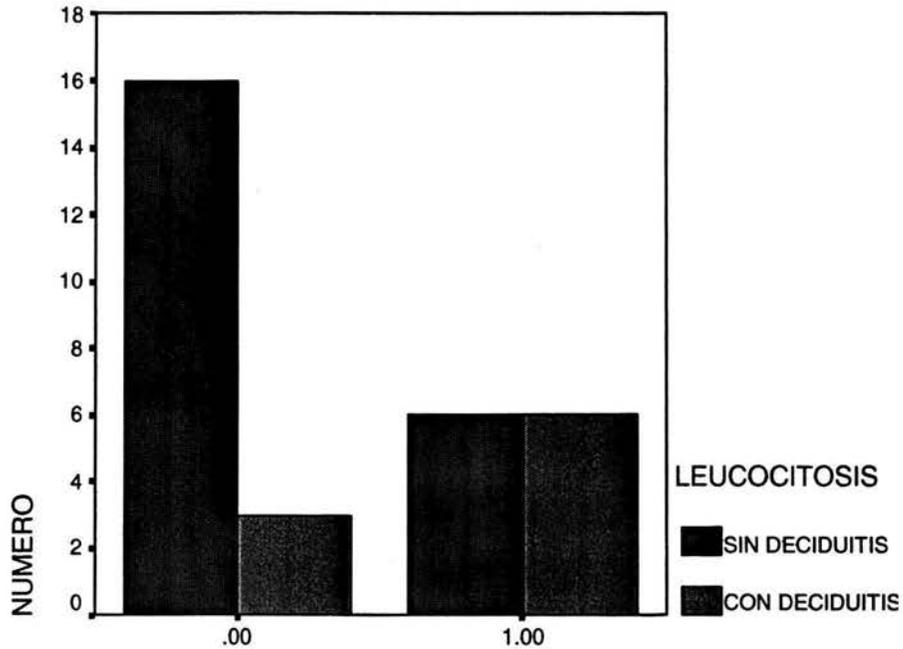
**RELACIÓN DE PARTOS Y CESÁREAS  
CON CULTIVOS POSITIVOS EN DECIDUA  
- GRUPO CONTROL -**



FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

**GRÁFICA NUM . 11**

**GRÁFICA DE RELACIÓN  
 DE LEUCOCITOSIS CON DECIDUITIS**



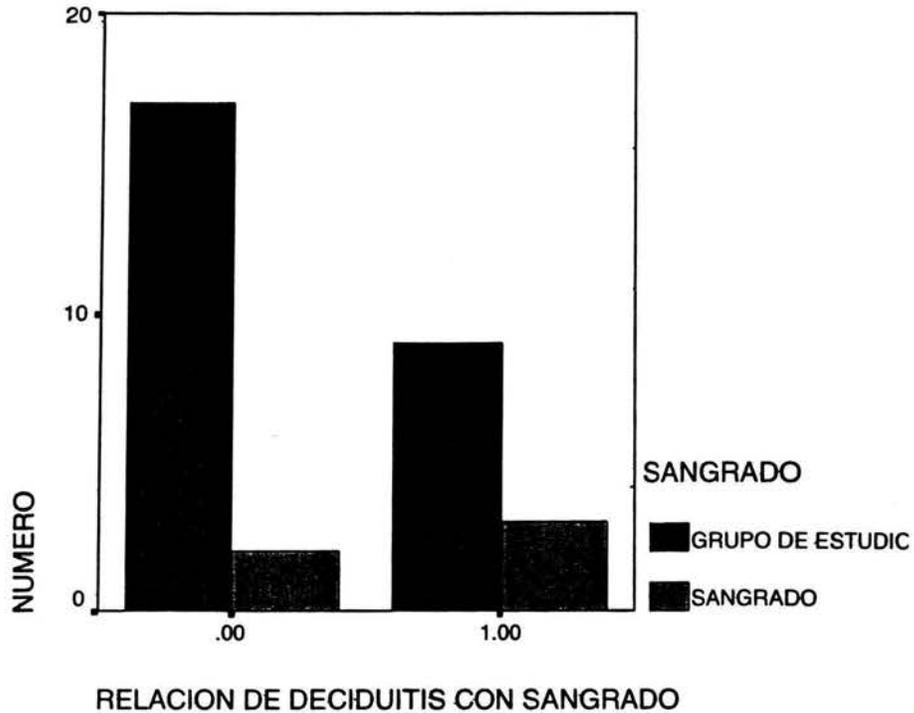
RELACION DE LEUCOCITOSIS CON DECIDUITIS

FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

|              | Frequency | Percent Valid | Percent | Cumulative Percent |
|--------------|-----------|---------------|---------|--------------------|
| LEUCOCITOSIS | 22        | 71.0          | 71.0    | 71.0               |
| Total        | 31        | 100.0         | 100.0   | 100.0              |

FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

**GRÁFICA NUM. 12**  
**GRÁFICA DE RELACIÓN**  
**DE SANGRADO UTERINO CON DECIDUITIS**



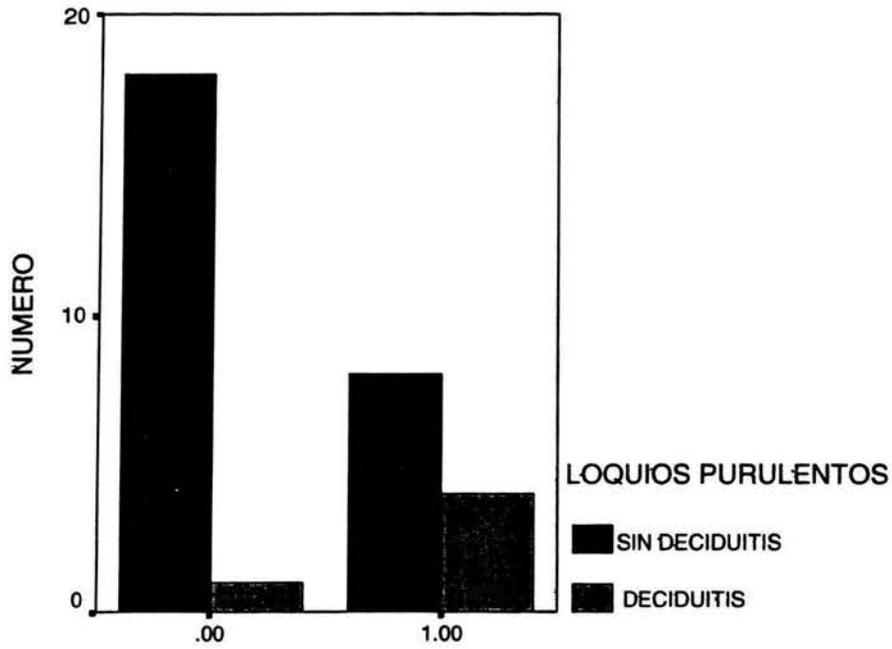
FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

|          | Frecuencia | %     | % valido | % Acumulado |
|----------|------------|-------|----------|-------------|
| SANGRADO | 26         | 83.9  | 83.9     | 83.9        |
| Total    | 31         | 100.0 | 100.0    | 100.0       |

FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

**GRÁFICA NUM. 13**

**RELACIÓN DE LOQUIOS PURULENTOS CON DECIDUITIS**



**RELACION DE DECIDUITIS CON LOQUIOS PURULENTOS**

FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

|           | Frecuencia | %     | % Valido | % Acumulado |
|-----------|------------|-------|----------|-------------|
| Valid .00 | 26         | 83.9  | 83.9     | 83.9        |
| PUS       | 5          | 16.1  | 16.1     | 100.0       |
| Total     | 31         | 100.0 | 100.0    |             |

FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

**GRÁFICA NUM. 14**

**GRÁFICA DE RELACIÓN  
 DE DOLOR A LA MOVILIZACIÓN CERVICAL O UTERINA  
 CON DECIDUITIS**



**GRUPO PROBLEMA CON DOLOR A LA MOVILIZACION UTERINA O CERVICAL**

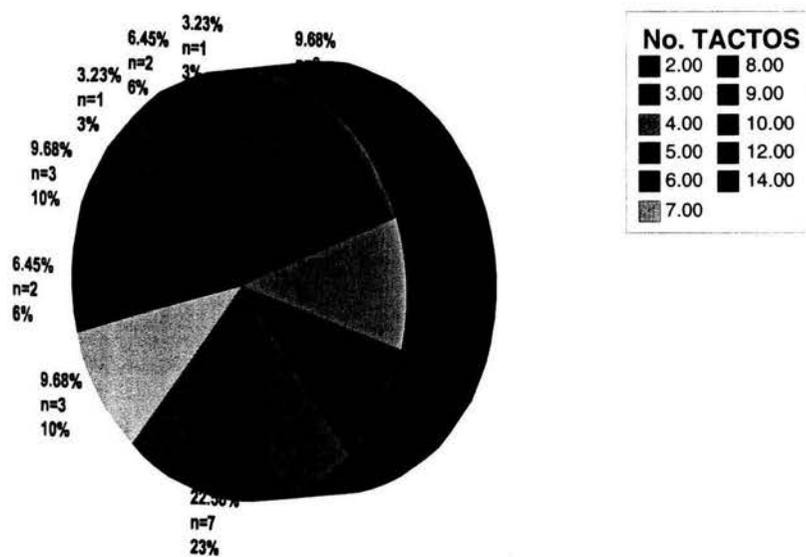
FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

|  | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>valido | Porcentaje<br>Acumulativo |
|--|------------|------------|----------------------|---------------------------|
| DOLOR                                      | 25         | 80.6       | 80.6                 | 80.6                      |
| DOLOR A LA MOVILIZACION UTERINA O CERVICAL | 6          | 19.4       | 19.4                 | 100.0                     |
| Total                                      | 31         | 100.0      | 100.0                |                           |

FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

## GRÁFICA No. 15

### GRÁFICA EN RELACIÓN AL NÚMERO DE TACTOS VAGINALES CASOS DE DECIDUITIS



FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

### TABLA NUM. 1

#### TABLA DE CORRELACIÓN DE NÚMERO DE TACTOS

|                 |        |
|-----------------|--------|
| N               | 31     |
|                 | 0      |
| Promedio        | 6.3226 |
| Mediana         | 6.0000 |
| Moda            | 6.00   |
| Desviación Std. | 3.0374 |
| Varianza        | 9.2258 |
| Suma            | 196.00 |

ESTA TESIS NO SALE  
 DE LA BIBLIOTECA

FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ-G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

### TABLA NÚM. 2

#### TABLA DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN RELACIÓN AL NÚMERO DE TACTOS VAGINALES REALIZADOS EN CASOS DE DECIDUITIS

| No. Tactos<br>Vaginales | Frecuencia | %     | Valor % Acumulado | Porcentual |
|-------------------------|------------|-------|-------------------|------------|
| 2.00                    | 3          | 9.7   | 9.7               | 9.7        |
| 3.00                    | 3          | 9.7   | 9.7               | 19.4       |
| 4.00                    | 3          | 9.7   | 9.7               | 29.0       |
| 5.00                    | 3          | 9.7   | 9.7               | 38.7       |
| 6.00                    | 7          | 22.6  | 22.6              | 61.3       |
| 7.00                    | 3          | 9.7   | 9.7               | 71.0       |
| 8.00                    | 2          | 6.5   | 6.5               | 77.4       |
| 9.00                    | 3          | 9.7   | 9.7               | 87.1       |
| 10.00                   | 1          | 3.2   | 3.2               | 90.3       |
| 12.00                   | 2          | 6.5   | 6.5               | 96.8       |
| 14.00                   | 1          | 3.2   | 3.2               | 100.0      |
| Total                   | 31         | 100.0 | 100.0             |            |

FUENTE: HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G.  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2004

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ACHARDG S. "Billian sur deux ans linfeccion materno fetale, proposition concernent le dépistage des infections neonatales en ante, et per partum, et elaboration :d'un acena d'antibiophylaxie pour eviter les infections uterines che post partum, These medicine Tours 1989: 105
- 2) AMBAS M, Beltrán R, Vadillo S., y cols. "Ensayo clínico de manejo conservador en ruptura prematura de membranas" INPER Ginecol y Obst De Mex. 1999, : 67 : 1 : 6
- 3) AWADALIA S, Perkins A. "Significance of endometrial cultures performed et cesarean section " Obst Gynecol 1986 : 68 : 220-225.
- 4) BAKER O., Luce C., Chenowet L. y cols "Comparison of case finding methologies for endometritis after cesarean section" AJIC Am J of Infection Control Feb 1995:23 :1: 27-33.
- 5) BARROSO R., Ahued R, Kunhardth J. y cols "Infecciones nosocomiales en obsetricia. Resultados en el Instituto Nacional de Perinatología -en 1998" Ginec y Obst de Mex 67 : 1 : 6
- 6) BLANCO De la Mora Enrique. "Infección intrauterina y parto prematuro": Infectología Año 16, Sept 1996 : 9
- 7) BLONDE A. "Colonisation Bactirienne du nouveau né per contaminacion materno fetale Etude epidemiologique dans une maternit'per universitarise Essel de traitementem par vole orale "These Medicine Tours 1987 :94
- 8) CASANOVA R, Castelazo R, Narciso C. y cols "Utilidad del examen en fresco para el diagnóstico de candidiasis vaginal Gin y Obst de México Marzo 1997 :65
- 9) COX R.. "Postpartum endometritis": Obst Gynecol 1989 :16 par 363-371.
- 10) DEL VALLE N., Ducoing T. Tinoco M.; y cols "Infección puerperal, Análisis de 618 casos" Gin y Obst de Mex. 655 :1997,
- 11) DONDERS Gilbert "Bacterial Vaginosis durin g pregnancy, screen and treat? Euyr J. Obst & Gyn and Rep Biol 83, 1999:1-4
- 12) FLORES N, Zafra R.O, Martínez P. y col "Revisión rutinaria de cavidad uterina postparto eutocico ¿Es un procedimiento necesario?", Gin y Obst de Mewx, 67 Sup 1, 1999.
- 13) FLORES, R.E, Casanova G. y Beltrán M., "Vaginosis bacteriana relación de la flora vaginal con las células epiteliales de vagina con diferente tratamiento. Estudio estructural" Gin y Obst de Mex. :65 : 28 :697-700.
- 14) GIBBS F. "Infection after cesarean section"Clin Obst Gynecol 1985, 28: 697-700
- 15) GOLDENBER R, Haut G.& Andrews E., "Intrauterine infection and Preterm deliveri"New England J. of Medicine; Mayo 2000,342; 20:1500-1507.
- 16) GOLDENBERG R."The plausibility of micronutrient deficiency in relationship to perinatal infection" Nutricion, Año 2002, 133 : 5;135-138
- 17) Infecciones cervicovaginales , Infectología año 17,:1997: 11 459: 461.

- 18) MARTIUS J. Eschebach "The role of bacterial vaginosis as a cause of amniotic fluid infection, choriomanioitis and prematurity A review" Arch Gynecol Obst 1990, 247 :1-13.
- 19) MATORRAS T., García L.; Omenaca H. y cols. "Group B streptococcus an premature rupture of membranes and preterm delivery "Gynecol Obst Inv 1989:27, : 14-18.
- 20) MORRIS M.; Angus N., Simms I.; et al. "Bacterial vaginosis, a public health review"; Brit, J. Obstet Gynaecol. Mayo 2001, 91 : 108: 439-450.
- 21) NEWTON S., Prihod K. & Bibbs O. "Logistic regretion análisis of risk factors for intramniotic infection": Obst Gynecol 1989, 73: 471-575.
- 22) PAVONEE K., Kurki L. y cols "Vaginal clindamicin in preventing of preterm birth an dperipartal infection in asyntomatic women with bacterial vaginosis: a randomized conrolled trial " In J. of STD & AIDS Año 2001, 12: 2; 129
- 23) PANDURO S, Gamboa S, Gaxola I. y cols "Perforación de guantes quirúrgicos en cesárea" Gin y Obst de Mex. 64: 1996.
- 24) POULAIN Palaric Giraud. "Fiebre pendant le travel : etude de 89 dossiers" Gin y Obstét Biol. Repord 1988, 17: 909-914.
- 25) QUENTINT A. "Diagtage bacteriologique de la contamination bacterienne materno fetale a lacouchement, Bioloquie Hum Bacteriologie et virologie sistematique. Nantes 1983.
- 26) READ K.; Tuomala P, Kpamegan T. y cols. "Mode of delivery and postpartum morbidity among HIV Infected women: The women and infants transmisión study" J. Of Acquired INMUNE Deficienci Sin marzo 200126 :3: 236-245
- 27) RODRÍGUEZ A., Alarcón M, Madrigal C. y Cols. "Esquema corto de antibióticos en el tratamiento de endometritis posterior a cesarea" Gin y Obst de Mex, 1996.:64
- 28) SOBEL Jack. "Vaginitis" The New J. of Med Dec 1997, 1896-1903
- 29) SOPER L, Mayhall K. & Dalton W. "Risck factors for intra-amniotic infection: a prospective epidemiologic study " Am J. Obst Gin 1989, 161: 562-568.
- 30) TESSIER M, Boullue Y. Barrat O. y cols "Ruptura des membranes et infection amniotique a propos de 3000 cas" J. Gynecol Obst Bio Rep 1983, 132, 633-642.
- 31) TISSOT P., Guerra U, Moussy L. y cols. "Infection hospitalaire en maternite, trios añnees de surveillance postant sur 9204 accouchement dond 1333 cesariens " J. Gynécol, Obst Bios Repod 1990, 19 : 19-24.
- 32) "Vaginosis Bacteriana", Infectología, Año 15 Num 12 Dic 1995, 527-530.
- 33) WATTS, Krohn Hillier y cols "Bacterial vaginosis as a risk factor poscesarean endometritis" Obst Gynbecol 1990, 75 :52-58.
- 34) WATTS S, Esehbach M, & Kenny P. "Early postpartum endometritis, the role of bacteria, genital mycoplasmas and clamydia trachomatis " Obs Gynecol 1989, 73 :52,60
- 35) YOW Y & MASON K. "Ampicilin prevents intrapartum transmision of group B serptococcus" JAMA 1979, 241: 1245-1247.
- 36) SUBBLEFIELD O. & -Grimes S. "Septic Abortion " The New Engl J. of Med 1994, 331: 5 :540-43
- 37) PARRI Y. & Strauss J. "Premature Rupture of the Fetal Membranes" The New Eng J. Med. 1998 : 38 : 10 : 663-670.

- 38) SCHIAG Wywcki Farley. "Group B streptococcal Disease in The era of intrapartum antibiotic prophylaxis", Año 2000, 342, 1 : 15-20.

## LIBROS

1. Carlson Bruce M. "Embriología Humana y biología del desarrollo", Mosby segunda edición, España,