



11217
164
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIDAD EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

"IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO PARA
ENDOMETRITIS POST-PARTO"

INVESTIGACION CLINICA PRESENTADA POR:
DR. MARIANO ZACARIAS FLORES

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS: DR. MARCOS HERNANDEZ FIERRO

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAGINA.
CAPITULO	
I.- INTRODUCCION.....	1
II.- ANTECEDENTES.....	6
III.- OBJETIVOS.....	35
IV.- MATERIAL Y METODOS.....	36
V.- RESULTADOS.....	39
VI.- ANALISIS.....	45
VII.- CONCLUSIONES.....	49
VIII.- BIBLIOGRAFIA.....	50

ENDOMETRITIS POSTPARTO
FACTORES DE RIESGO

INTRODUCCION.

LA ENDOMETRITIS POST PARTO ES LA COMPLICACION INFECCIOSA MAS COMUN QUE PROSIGUE AL NACIMIENTO. (1). SE HA VISTO QUE ESTA INFECCION COMPLICA EL 5-6% DE LAS CESAREAS ELECTIVAS QUE SE PRACTICAN EN MEDIOS PRIVADOS CON LA UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS Y HASTA EN UN 95% DE LAS CESAREAS PRACTICADAS DE URGENCIA Y EN PACIENTES INDIGENTES. (2).

DEBIDO A QUE LA ENDOMETRITIS PERMANECE COMO UNA CAUSA IMPORTANTE DE MORBILIDAD FEBRIL POST PARTO MUCHOS ESTUDIOS SE HAN REALIZADO PARA EVALUAR LA FISIOPATOLOGIA DE ESTA INFECCION. DENTRO DE ESTOS ULTIMOS AÑOS, LOS INVESTIGADORES NOS HAN LLENADO DE DETERMINANTES CLINICOS QUE COLOCAN A LA PACIENTE EN MAYOR O MENOR RIESGO DE PADECER LA INFECCION. (2,3,4,5,6).

DENTRO DE LOS FACTORES MAS COMUNMENTE IMPLICADOS POR TODOS LOS AUTORES SE ENCUENTRAN: EL NUMERO DE EXPLORACIONES VAGINALES O RECTALES. EL TIEMPO DE RUPTURA DE MEMBRANAS Y LA RESOLUCION DEL EMBARAZO. EL TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO HASTA LA RESOLUCION DEL EMBARAZO.

POR OTRO LADO TENEMOS QUE LAS PACIENTES QUE SE LES -

ATIENDE UNA EUTOCIA SE COMPLICAN CON MENOR FRECUENCIA QUE -
A LAS PACIENTES QUE SE LES PRACTICA UNA OPERACION CESAREA, -
CALCULANDOSE QUE EL HECHO DE ATENDERSELES UNA EUTOCIA LAS PRO-
TEGE HASTA 30 VECES DE PADECER ENDOMETRITIS. (1).

TAMBIEN SE HA OBSERVADO QUE LA SEVERIDAD DE LA INFECCION SE ENCUENTRA INCREMENTADA EN LA PACIENTE POST CESAREA. -
ADEMAS LAS FALLAS TERAPEUTICAS SON MAS FRECUENTES ENTRE ESTE ULTIMO GRUPO. OTRAS COMPLICACIONES MAS SEVERAS COMO LA TROMBOFLEBITIS PELVICA SEPTICA O EL ABSCESO PELVICO COMPLICAN EL CURSO DE LA ENDOMETRITIS POST CESAREA EN UN 4-9% Y SOLO EN 1.9% DE LAS PACIENTES POST PARTO. (2).

A PESAR DE LA INTRODUCCION HACE 4 DECADAS DE LOS ANTIBIOTICOS Y DE QUE ESTOS SON CADA DIA MAS SOFISTICADOS Y EFICACES LA INFECCION PUERPERAL O ENDOMETRITIS PERMANECE COMUN ENTRE NUESTRAS PACIENTES. (7).

LA OPERACION CESAREA ES EL FACTOR PREDISPONENTE MAS IMPORTANTE TANTO PARA LA FRECUENCIA COMO PARA LA SEVERIDAD, A PESAR DEL USO DE DIFERENTES REGIMENES DE ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS PUES SE HAN UTILIZADO, AUNQUE ESTOS REDUCEN LA INCIDENCIA HASTA EL 60%.

LOS DIVERSOS AUTORES HAN DEFINIDO LA ENDOMETRITIS COMO EL EVENTO MORBIDO EN EL PUERPERIO QUE SE CARACTERIZA POR FIEBRE POR ARRIBA DE 38.0°C EN DOS TOMAS DIFERENTES CON EL HO-

RAS DE DIFERENCIA EXCLUYENDO LAS PRIMERAS 24 HORAS, QUE ADE--
MAS SE ACOMPAÑA DE AUMENTO EN LA SENSIBILIDAD UTERINA, SUBIN--
VOLUCION Y LOQUIOS FETIDOS O PURULENTOS. (7).

SE HAN AISLADO MULTIPLES BACTERIAS DE LA CAVIDAD UTE--
RINA SEGUN LAS DIVERSAS TECNICAS EMPLEADAS. (8,9,10) GENERAL--
MENTE SE AISLAN TRES TIPOS DE BACTERIAS. AEROBIOS GRAM POSITI--
VOS, AEROBIOS GRAM NEGATIVOS Y ANAEROBIOS. 30% DE LAS PACIEN--
TES TENDRA GERMESES AEROBIOS, 30% GERMESES ANAEROBIOS Y EL -
RESTO DE LAS PACIENTES TENDRA CULTIVOS MIXTOS.

EL DIAGNOSTICO SE REALIZA TENIENDO EN CUENTA Y EN -
MENTE LOS FACTORES PRIMORDIALMENTE IMPLICADOS COMO SON: DURA--
CION DEL TRABAJO DE PARTO, TIEMPO DE RUPTURA DE MEMBRANAS, Y_
NUMERO DE EXPLORACIONES VAGINALES O RECTALES, ADEMAS SI A ES--
TO LE SUMAMOS INTERRUPCION DEL EMBARAZO POR VIA ABDOMINAL DE_
URGENCIA, Y NOS ORIENTAMOS POR EL CUADRO CLINICO (FIEBRE, DO--
LOR UTERINO, LOQUIOS FETIDOS Y SUBINVOLUCION) EL INDICE DE -
CERTEZA ES ALTO. TENEMOS OBLIGACION DE HACER DIAGNOSTICO DIFE--
RENCIAL CON PROCESOS MORBIDOS QUE COMUNMENTE SE ENCUENTRAN, -
ESTOS SON: INFECCION DEL TRACTO URINARIO, LA CERVICOVAGINITIS,
Y ES POR ESTO QUE LOS EXAMENES DE LABORATORIO SON ORIENTADO--
RES. EN LA BIOMETRIA HEMATICA ENCONTRAMOS LEUCOCITOSIS CON AU--
MENTO EN LAS BANDAS. EL EXAMEN GENERAL DE ORINA NOS HACE SOS--
PECHAR DE INFECCION DEL TRACTO URINARIO. EL UROCULTIVO NOS LA
DESCARTARA O CONFIRMARA. EL DIAGNOSTICO DE CERTEZA NOS LO DA -

EL CULTIVO DE LOQUIOS. ES AQUI DONDE LOS AUTORES HAN TENIDO -
PROBLEMAS TECNICOS. SE DICE QUE AL TOMAR UN CULTIVO DE CAVI--
DAD ENDOMETRIAL ESTE SE CONTAMINA CON FLORA VAGINAL, ENDOCER--
VICAL, POR LO QUE NO ES VALIDO NI FIDEDIGNO. ALGUNOS AUTORES_
HAN SUGERIDO EL USO DE DOBLE CATETER CON CEPILLO. OTROS MAS -
HAN CRITICADO ESTE Y SUGIEREN UN CATETER DE TRIPLE LUZ, QUE -
TEORICAMENTE SE ENCUENTRA LIBRE DE CONTAMINACION.

FINALMENTE UNA VEZ ESTABLECIDO EL DIAGNOSTICO SE INI_
CIA EL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO QUE PARA NUESTROS PAISES -
CONSISTE EN UNA PENICILINA DE AMPLIO ESPECTRO Y UN AMINOGLUCO_
SIDO. ALGUNOS AUTORES RECOMIENDAN EL USO DE METRONIDAZOL EN -
TODOS LOS CASOS YA QUE LA FLORA Y LOS RESULTADOS MUESTRAN SU_
UTILIDAD. EN LOS PAISES DEL PRIMER MUNDO LA TERAPIA SE INICIA
CON CLINDAMICINA QUE CUBRE UN ESPECTRO GRANDE (AEROBIOS GRAM_
POSITIVOS Y ANAEROBIOS) Y UN AMINOGLUCOSIDO (GENERALMENTE GEN_
TAMICINA) YA QUE ES CON EL QUE MAYOR EXPERIENCIA SE TIENE. EN
EL DADO CASO DE FALLA TERAPEUTICA (NO SE ENCUENTRAN DATOS DE_
MEJORIA NI CLINICA NI POR LABORATORIO) SE LES AGREGA PENICILI_
NA Y ESTE TRIPLE ESQUEMA TIENE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEL -
97%.

ACTUALMENTE LA LITERATURA SE ENCUENTRA EXPERIMENTAN-
DO CON CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACION, ASI COMO PENICI-
LINAS SINTETICAS Y QUINOLONAS. EXISTEN REPORTES PRELIMINARES_
PERO NO SE HA LLEGADO A UNA CONCLUSION EN DONDE LOS ANTIMICRO

BIANOS SEAN MAS EFICACES, MAS BARATOS, Y MEJOREN LA RESPUESTA
DE LA PACIENTE.

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

LA ENDOMETRITIS POST PARTO HA SIDO OBJETO DE MULTIPLES REVISIONES DADA SU IMPORTANCIA DENTRO DE LA PRACTICA DEL GINECO-OBSTETRA. YONEKURA Y COLABORADORES EN EL REPORTE DE '88 INDICA QUE LA ENDOMETRITIS OCURRE 7 A 30 VECES MAS FRECUENTEMENTE DESPUES DE UNA OPERACION CESAREA QUE DESPUES DE LA ATENCION DE UN PARTO; ADEMAS LA ENDOMETRITIS COMPLICA 5-6% DE TODAS LAS OPERACIONES CESAREAS ELECTIVAS QUE SE REALIZAN ANTES DE INICIARSE EL TRABAJO DE PARTO O RUPTURA DE MEMBRANAS. ASI MISMO SE REPORTA QUE SE COMPLICAN ENTRE EL 22 Y 85% DE LAS OPERACIONES CESAREAS DE URGENCIA. (1).

ESTA INFECCION SE ORIGINA EN EL UTERO Y ES LLAMADA ENDOMETRITIS, ENDOMIOMETRITIS O ENDOPARAMETRITIS DEPENDIENDO DE LA EXTENSION DE LA ENFERMEDAD. (1). SOPER Y COLS EN 1988, REPORTAN QUE LA ENDOMETRITIS POST PARTO ES LA INFECCION QUE MAS COMUNMENTE COMPLICA EL PUERPERIO. LA INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS POST CESAREA ES DEL 3% EN PACIENTES QUE RECIBEN ANTI BIOTICOS PROFILACTICOS Y QUE SE ATIENDEN DE MANERA PRIVADA, TENIENDO POR OTRO LADO UN 95% DE INCIDENCIA EN PACIENTES INDIGENTES NO TRATADAS CON CULTIVOS DE LIQUIDO AMNIOTICO POSITIVOS. ENTONCES LA MORBILIDAD ES SIGNIFICATIVA, Y COMO RESULTADO DIRECTO DE LA ENDOMETRITIS POST PARTO TENEMOS SECUELAS SERIAS, POR EJEMPLO, EL ABSCESO PELVICO, LA TROMBOFLEBITIS PELVICA SEPTICA Y LA INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA CON DEHISCEN--

CIA, QUE OCURRE HASTA EN UN 12% DE LAS PACIENTES. (2).

GIBBS EN 1980 REPORTA QUE LA SEVERIDAD Y LA FRECUENCIA DE LA ENDOMETRITIS TIENE COMO PRINCIPAL FACTOR CLINICO PREDISPONENTE LA OPERACION CESAREA. ESTA OBSERVACION ES DE PARTICULAR IMPORTANCIA DEBIDO AL INCREMENTO EN LA PRACTICA DE LA OPERACION CESAREA DURANTE LAS DECADAS PASADAS. SE REPORTA UNA INCIDENCIA DE 38.5% EN COMPARACION CON 1.2% DE LAS PACIENTES POST PARTO EUTOCICO. ENTONCES LOS CASOS DE ENDOMETRITIS CORRESPONDEN EN UN 80% A OPERACIONES CESAREAS. (4).

GIBBS Y COLS EN 1980 REALIZA UN REPORTE DE ENDOMETRITIS POST PARTO EUTOCICO EN DONDE LAS PACIENTES NO TENIAN LOS FACTORES ASOCIADOS CON MAYOR RIESGO. LA INCIDENCIA FUE DE 1.2% HABIENDO ESTUDIADO 13 082 PACIENTES DE LAS CUALES SOLO RESULTARON 158 CON ENDOMETRITIS CONFIRMADA.

REHU Y COLS EN 1980 COMENTAN QUE DURANTE LAS DOS ULTIMAS DECADAS UN GRAN NUMERO DE INVESTIGADORES SE HAN ENFOCADO EN LA ALTA INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS POST OPERACION CESAREA. ESTA HA SIDO LA CAUSA MAS COMUN DE MORBILIDAD FEBRIL POSTOPERATORIA, AUNQUE LA BACTERIURIA, LA INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA Y LA NEUMONIA TAMBIEN PRODUCEN ESTA CONDICION. UNA GRAN VARIEDAD DE FACTORES PREDISPONENTES HAN SIDO SUGERIDOS, AUNQUE PARECE HABER CONSENSO EN LA CORRELACION DE FACTORES COMO LA DURACION DEL TRABAJO DE PARTO, EL TIEMPO DE RUPTURA DE MEMBRANAS Y EL NUMERO DE EXAMENES VAGINALES O RECTALES (5).

REHU Y COLS EN 1980 REPORTA QUE DE 5058 PACIENTES - ATENDIDAS DURANTE UN AÑO SE REALIZARON 774 OPERACIONES CESA-- REAS (15.3%) Y EL MONITOREO FETAL INTERNO FUE UTILIZADO EN - 2016 CASOS (39.9%). DESPUES DE LA ATENCION DE EUTOCIA LA IN CIDENCIA DE ENDOMETRITIS FUE DE 1.5% EN AQUELLAS MONITORIZA-- DOS EXTERNAMENTE Y EN 2.4% EN AQUELLAS MONITORIZADAS INTERNA-- MENTE CON P SIGNIFICATIVA. CUANDO SE REALIZA LA MISMA COMPARA CION EN PACIENTES A LAS CUALES SE LES REALIZO OPERACION CESA-- REA LA ENDOMETRITIS OCURRIO EN UN 8% EN AQUELLAS PACIENTES MO NITORIZADAS EXTERNAMENTE Y EN 16.4% DE AQUELLAS MONITORIZADAS INTERNAMENTE INDEPENDIENTEMENTE DEL TIEMPO QUE FUERON MONITO-- RIZADAS, LO QUE NOS HACE CONCLUIR QUE EL MONITOREO INTERNO ES OTRO FACTOR DOCUMENTADO COMO FACTOR DE RIESGO PARA ENDOMETRI-- TIS. (3).

OTRO DE LOS FACTORES IMPLICADOS CONSISTE EN LA RUPTU RA DE MEMBRANAS Y SU PERIODO DE LATENCIA. DAIKOKU Y COLS EN - 1982 ANALIZAN EL ROL DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS CO- MO FACTOR DE RIESGO PARA ENDOMETRITIS POST PARTO.

LA RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS CORIOAMNIOTI-- CAS CONTINUA SIENDO UNA COMPLICACION DEL EMPARAZO Y ESTA ASO-- CIADA CON UN GRAN NUMERO DE PARTOS PRETERMINO. EN ESTE ESTU-- DIO SE ANALIZARON 240474 NACIMIENTOS, Y SE ENCONTRO UN 34% DE CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. EL RETRASO EN EL TRA BAJO DE PARTO DESPUES DE LA RUPTURA DE MEMBRANAS ESTA ASOCIA--

DA CON RIESGOS Y BENEFICIOS ADICIONALES. LOS RIESGOS DE INFECCION PERINATAL SE INCREMENTAN CON LA LATENCIA PROLONGADA, AUNQUE LA MAYORIA DE LAS MUERTES ESTAN ASOCIADAS A PREMATUREZ.

LOS RIESGOS MATERNOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ESTAN BIEN ESTABLECIDOS. AL TERMINO, LA INCIDENCIA DE CO-RIOAMNIONITIS SE INCREMENTA CON LA DURACION DE LAS MEMBRANAS ROTAS. LOS GRUPOS PRETERMINO DEMOSTRARON SIGNIFICATIVAMENTE UNA INCIDENCIA MAYOR DE ENDOMETRITIS QUE LOS GRUPOS DE TERMINO, Y EL RIESGO SE INCREMENTO CON LA DISMINUCION DE LA EDAD GESTACIONAL, (22% ENTRE 27-33 SEMANAS Y 11.8% CON 33 A 36 SEMANAS DE GESTACION)(4).

DESPUES DE CASI CUARENTA AÑOS DE LA UTILIZACION DE ANTIMICROBIANOS, NOS HEMOS DADO CUENTA QUE ESTOS AGENTES A PESAR DE SU INMENSO VALOR, NO HAN SIDO AL PANACEA. EN REALIDAD, LA INFECCION BACTERIANA PERMANECE COMO UNA AMENAZA FRECUENTE Y SERIA PARA LA PACIENTE OBSTETRICA. (4).

AMBAS, LA FRECUENCIA Y LA SEVERIDAD DE LA INFECCION PELVICA (ENDOMETRITIS), LA OPERACION CESAREA ES EL FACTOR CLINICO PREDISPONENTE MAYOR. ESTA OBSERVACION ES DE PARTICULAR IMPORTANCIA DEBIDO AL INCREMENTO EN SU PRACTICA DURANTE LA ULTIMA DECADA. (4). CUNNINGHAM Y COLS ENCONTRO QUE EL 51% DE PACIENTES A LAS CUALES SE LES PRACTICO OPERACION CESAREA (INDIGENTES) DESARROLLARON ENDOMETRITIS. (11).

DONOWITZ Y COLS EN 1980 COMENTA QUE LA PROPORCION DE NACIMIENTOS VIA ABDOMINAL SE HA INCREMENTADO EN LOS ESTADOS UNIDOS. EN 1960, 5-7% DE TODOS LOS RECIEN NACIDOS ERAN OBTENIDOS MEDIANTE OPERACION CESAREA, MIENTRAS QUE EN 1977-1988 15-20% DE LOS NACIMIENTOS FUERON OBTENIDOS POR OPERACION CESAREA ASOCIADO CON EL INCREMENTO EN EL PARTO OPERATORIO. LAS COMPLICACIONES MATERNAS PERIOPERATORIAS DEL PROCEDIMIENTO TAMBIEN SE INCREMENTAN AL PAREJO. LA ENDOMETRITIS ES LA COMPLICACION INFECCIOSA MAS COMUN Y OCURRE EN 15-20% DE TODAS LAS MUJERES QUE SE SOMETEN A OPERACION CESAREA. (12).

EN COMPARACION CON LA OPERACION CESAREA, SE DICE QUE EL PARTO EUTOCICO ES UN FACTOR PROTECTOR CONTRA LA ENDOMETRITIS. GIBBS EN 1980 EN UN ANALISIS DE 13 082 PACIENTES ENCUENTRA QUE SOLO 188 DE ELLAS DESARROLLARON ENDOMETRITIS POST PARTO EUTOCICO, Y REPRESENTA EL 1.2% DE TODOS LOS PARTOS.

DESPUES DE UN PARTO EUTOCICO LA ENDOMETRITIS POST PARTO ES UNA COMPLICACION PERSISTENTE CON SECUELAS SEVERAS OCASIONALES (13).

EL TRABAJO DE PARTO ES PROBABLEMENTE EL FACTOR DE RIESGO CLINICO MAS FUERTE QUE SE CORRELACIONA CON LA INFECCION. NO SE ENCUENTRAN BACTERIAS EN EL LIQUIDO AMNIOTICO SIN TRABAJO DE PARTO Y CON LAS MEMBRANAS INTEGRAS. ESTA BIEN ESTABLECIDO QUE LA RUPTURA DE LAS MEMBRANAS SIN TRABAJO DE PARTO PERMITE A LAS BACTERIAS TENER UNA AVENIDA PARA SU INGRESO A

LA CAVIDAD AMNIOTICA. SIN EMBARGO, ES DE INTERES QUE HAY UN MENOR RIESGO DE INFECCION ENTRE LAS MUJERES CON RUPTURA DE MEMBRANAS SIN TRABAJO DE PARTO, QUE ENTRE LAS MUJERES CON TRABAJO DE PARTO PERO SIN RUPTURA DE MEMBRANAS. AHORA ES EVIDENTE QUE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO LAS BACTERIAS OCASIONALMENTE PUEDEN SER RECUPERADAS DEL LIQUIDO AMNIOTICO AUN EN PRESENCIA DE MEMBRANAS FETALES INTACTAS. LAS BACTERIAS INTRA-AMNIOTICAS SON COMUNMENTE AISLADAS ENTRE 15-30% DE LAS MUJERES CON TRABAJO DE PARTO PRETERMINO. LAS OPERACIONES CESAREAS COMUNMENTE SE REALIZAN EN PACIENTES CON EMBARAZOS PRETERMINO Y ESTAS MUJERES SE ENCUENTRAN EN RIESGO ALTO PARA EL DESARROLLO DE ENDOMETRITIS A PESAR DE QUE LAS MEMBRANAS SE ENCUENTREN INTACTAS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO.

SE HAN INVESTIGADO OTROS MUCHOS FACTORES QUE PUEDAN SER PREDISPONENTES PARA ENDOMETRITIS POST PARTO. MILLER Y COLS EN 1987 REPORTAN EN UN ESTUDIO DE 294 OPERACIONES CESAREAS DE PRIMERA VEZ CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN DONDE SE EVALUO LA EXPERIENCIA DEL CIRUJANO CON OTROS FACTORES DE RIESGO, ENCONTRANDO QUE A LOS MEDICOS ADSCRITOS SE LES INFECTARON SOLO 5 PACIENTES. A LOS RESIDENTES DE TERCER AÑO 17 PACIENTES Y A LOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO 21. CONCLUYENDO QUE EL RESIDENTE QUE ACTUA COMO CIRUJANO PRINCIPAL ES UN FACTOR DE RIESGO PARA ENDOMETRITIS POST PARTO. (15).

REHU Y COLS EN 1980 ANALIZARON EL EFECTO DE LA EDUCACION STATUS MARITAL, Y EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LA INCIDEN

CIA DE ENDOMETRITIS POSTPARTO Y LA BACTERIURIA ENCONTRANDO -
QUE NO EXISTIERON DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS QUE SE FORMA--
RON CON 5058 PACIENTES (OBSTETRICAS Y DEMOGRAFICAS), Y CONCLU
YENDO QUE DESPUES DE UN PARTO EUTOCICO O ABDOMINAL LAS MUJE--
RES NO CASADAS, TUVIERON EL DOBLE DE ENDOMETRITIS QUE LAS MU-
JERES CASADAS. LA DIFERENCIA ES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATI-
VA. LAS PRIMIPARAS NO CASADAS TUVIERON LA MORBILIDAD INFECCIO
SA MAS ALTA SIN TOMAR IMPORTANCIA LA EUTOCIA O EL PARTO ABDO-
MINAL; EN ESTE ESTUDIO EL 13% DE LAS PACIENTES CONTESTARON EN
RELACION A SU VIDA SEXUAL ENCONTRANDO QUE LA MAYORIA DE LAS -
MUJERES QUE TUVIERON COITO LA ULTIMA SEMANA DEL EMBARAZO TU--
VIERON MAYORES INFECCIONES QUE LAS PACIENTES QUE NO LO TUVIE-
RON. AUNQUE EN ESTE GRUPO SE ENCONTRO DIFERENCIAS PARA AQUE--
LLAS A LAS CUALES SE LES PRACTICO OPERACION CESAREA EN DONDE_
LAS PACIENTES QUE TUVIERON COITO SE DUPLICO EL NUMERO DE IN--
FECCIONES. LAS INFECCIONES SE DIERON PRINCIPALMENTE EN EL GRU
PO DE PRIMIGESTAS Y EN PACIENTES MENORES DE 25 AÑOS. FINALMEN
TE ELLOS CONCLUYEN QUE LAS PACIENTES QUE TUVIERON COITO DURAN
TE LA ULTIMA SEMANA DE EMBARAZO, PRIMIGESTAS MENORES DE 25 -
AÑOS SE ENCUENTRAN EN EL GRUPO DE RIESGO DESPUES DE PRACTICAR
SELES OPERACION CESAREA, POR LO QUE ES RECOMENDABLE LA UTILI-
ZACION DE ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS. (16).

WATTS Y COLS EN 1990 RELACIONO LAS CERVICOVAGINITIS_
COMO FACTOR DE RIESGO PARA ENDOMETRITIS POST PARTO Y COMENTA.
HEMOS AISLADO MICROORGANISMOS ASOCIADOS CON CERVICOVAGINITIS_

COMO FACTOR DE RIESGO PARA ENDOMETRITIS POST PARTO Y COMENTA. HEMOS AISLADO MICROORGANISMOS ASOCIADOS CON CERVICOVAGINITIS BACTERIANAS (G. VAGINALIS, BACTEROIDES SP, Y PEPTOSTREPTOCOCCUS SP) DE LOS CULTIVOS ENDOMETRIALES OBTENIDOS DE PACIENTES QUE CURSAN CON ENDOMETRITIS POST PARTO. EN ESTE ESTUDIO LAS MUJERES CON CERVICOVAGINITIS BACTERIANA, DIAGNOSTICADA POR TINCION DE GRAM TUVIERON APROXIMADAMENTE SEIS VECES MAS RIESGO DE DESARROLLAR ENDOMETRITIS POST PARTO DESPUES DE OPERACION CESAREA QUE LAS MUJERES CON TINCION DE GRAM NORMAL. LAS VAGINITIS BACTERIANAS CONTRIBUYERON EN UN TERCIO CON LAS ENDOMETRITIS POST PARTO EN NUESTRA POBLACION Y APROXIMADAMENTE UN TERCIO DE LAS MUJERES CON CERVICOVAGINITIS BACTERIANA DESARROLLARON ENDOMETRITIS POST PARTO A PESAR DE LA ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS. LA CERVICOVAGINITIS BACTERIANA JUNTO CON LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PROLONGADAS Y LA EDAD MATERNA MENOR DE 20 AÑOS FUERON LOS FACTORES DE RIESGO MAS IMPORTANTES PARA LA ENDOMETRITIS POST PARTO EN ESTA POBLACION. (17)

DIAMOND Y COLS EN 86 REPORTARON UN RIESGO INCREMENTADO DE ENDOMETRITIS E INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA DESPUES DE OPERACION CESAREA EN MUJERES DIABETICAS INSULINODEPENDIENTES. EN ESTE REPORTE SE ESTUDIARON 79 MUJERES DIABETICAS, 55 DE LAS CUALES POSEIAN BAJO RIESGO PARA EL DESARROLLO DE MORBILIDAD INFECCIOSA POST CESAREA, Y 24 DEL GRUPO DE ALTO RIESGO. EL 9% DE LAS MUJERES DE BAJO RIESGO DESARROLLARON ENDOMETRITIS Y

25% DE LAS MUJERES CON RIESGO ALTO. SE TUVIERON PACIENTES NO_ DIABETICAS DIVIDIDAS EN GRUPOS DE BAJO Y ALTO RIESGO LAS CUA- LES DESARROLLARON ENDOMETRITIS EN 2 Y 6% RESPECTIVAMENTE. LAS MUJERES DIABETICAS DESARROLLARON MAS COMUNMENTE ENDOMETRITIS_ E INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA CON SIGNIFICANCIA ESTADIS_ TICA. TAMBIEN ES IMPORTANTE HACER NOTAR QUE LA OCURRENCIA DE_ LA MORBILIDAD INFECCIOSA ES INDEPENDIENTE DE LA CLASIFICA- - CION DE LA DRA. WHITE.

LAS HIPOTESIS QUE SE HAN PROPUESTO PARA EXPLICAR LA_ SUCCEPTIBILIDAD DE LAS PACIENTES DIABETICAS A LA INFECCION IN- CLUYEN LA VASCULOPATIA, QUE LIMITA EL FLUJO SANGUINEO, Y POR_ ENDE LA OXIGENACION TISULAR, LA NEUROPATIA QUE PREVIENE AL PA_ CIENTE DIABETICO DE DARSE CUENTA DEL DAÑO TISULAR QUE ESTA - OCURRIENDO Y LA DISMINUCION EN LAS FUNCIONES DE LEUCOCITOS. - (18).

EN MAYO DE 1988 WOLFE Y COLS ESTUDIARON LA RELACION_ DE LA OBESIDAD CON LA INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS POST CESAREA. HA SIDO BIEN CONOCIDO POR AÑOS QUE LA PACIENTE OBESA SE EN- - CUENTRA EN UN RIESGO AUMENTADO DE COMPLICACIONES POSTOPERATO- RIAS EN ESPECIAL LA OCURRENCIA DE INFECCION DE LA HERIDA QUI- RURGICA INFECCION URINARIA, MAYOR PERDIDA HEMATICA, ASPIRA- - CION BRONQUIAL EMBOLIA PULMONAR. EN ESTA SERIE DE 107 MUJERES OBESAS SE ENCONTRO 33% DE ENDOMETRITIS POST PARTO A PESAR DEL USO DE ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS. NO SE ENCONTRO UN SOLO CA- SO DE OTRAS COMPLICACIONES A PESAR DE INCISIONES TIPO PFANNENS

TIEL. (19)

LYNN YONEKURA EN SU REVISION DEL TEMA DE 1985 DIVIDE A LOS FACTORES DE RIESGO EN INTRINSECOS Y EXTRINSECOS. LOS EXTRINSECOS YA AMPLIAMENTE REVISADOS POR OTROS AUTORES NO LOS MENCIONAREMOS. AL RESPECTO DE LOS INTRINSECOS COMENTA QUE ESTOS INCLUYEN LAS DEFENSAS DEL HOSPEDERO, LA FLORA VAGINAL ENDOGENA Y LOS FACTORES ANTIBACTERIANOS DEL LIQUIDO AMNIOTICO. LA MODULACION DE ESTAS CARACTERISTICAS EN PACIENTES INDIVIDUALES PUEDE INFLUENCIAR LA MORBILIDAD INFECCIOSA POSTOPERATORIA. LOS FACTORES MAS COMUNMENTE ENUNCIADOS INCLUYEN LOS FACTORES SOCIOECONOMICOS, CUIDADO PRENATAL, EDAD, OBESIDAD, ANEMIA, FACTORES NUTRICIONALES, EDAD GESTACIONAL, DURACION DE ESTANCIA HOSPITALARIA PREOPERATORIA, ASI COMO LA ENFERMEDAD SISTEMICA.

UN INCREMENTO EN LA ENDOMETRITIS SE HA OBSERVADO EN PACIENTES INDIGENTES OBSERVADAS Y COMPARADAS CON MUJERES DE CLASE MEDIA, INDEPENDIENTEMENTE DE LA RAZA. ESTA OBSERVACION HA SIDO ATRIBUIDA A LAS DIFERENCIAS DE FLORA VAGINAL, HIGIENE, NUTRICION Y LOS FACTORES INHIBIDORES BACTERIANOS DEL LIQUIDO AMNIOTICO. TAMBIEN ES IMPORTANTE RECORDAR LA MANERA EN QUE SE LES OTORGA EL CUIDADO PRENATAL Y OBSTETRICO A LA PACIENTE INDIGENTE QUE FRECUENTEMENTE INCLUYE MAS EXPLORACIONES VAGINALES, Y TRABAJOS DE APRTO MAS PROLONGADOS ANTES DE LA OPERACION CESAREA, MENOS HABLES CIRUJANOS Y POR ENDE TECNICA QUIRURGICA DEFICIENTE, TIEMPOS QUIRURGICOS MAS PROLONGADOS, Y QUIZAS MAYOR PERDIDA SANGUIENA.

LA ENFERMEDAD SISTEMICA COMO LA DIABETES, LA ESTANCIA HOSPITALARIA PREOPERATORIA PROLONGADA, LA HIGIENE PERSONAL, EDAD GESTACIONAL, Y LOS FACTORES NUTRICIONALES PUEDEN ALTERAR LA FLORA VAGINAL. AUNADO A ESTO ESTE ULTIMO FACTOR ALTERA LOS FACTORES ANTIBACTERIANOS DEL LIQUIDO AMNIOTICO. LA ASOCIACION DE ANEMIA E INFECCION PUERPERAL ESTA BIEN ESTABLECIDA. LA ANEMIA PUEDE REFLEJAR EL ESTADO SOCIOECONOMICO, POBRE NUTRICION, Y NULO CUIDADO PRENATAL. SE HA SUGERIDO QUE LA ANEMIA PREDISPONE A ISQUEMIA UTERINA QUE EN CAMBIO DISMINUYE LA RESISTENCIA DEL HUESPED.

LA INMUNOSUPRESION FARMACOLOGICA ALTERA LA FLORA VAGINAL Y ESTAS PACIENTES TIENEN MAYOR PREDISPOSICION A CULTIVOS ANAEROBIOS. LA INMUNOSUPRESION ES UNA PRACTICA COMUN AL ADMINISTRAR DOSIS ALTAS DE ESTEROIDES PARA INDUCIR MADUREZ PULMONAR FETAL, QUE TAMBIEN MODIFICAN LA RESPUESTA MATERNA INMUNOLOGICA. MAS AUN EL EMBARAZO POR SI MISMO ALTERA LA INMUNIDAD. SIN EMBARGO LA RELACION ENTRE LA RESPUESTA MATERNA Y LA INFECCION POST CESAREA PERMANECE OSCURA. LAS ADOLESCENTES SE ENCUENTRAN CON RIESGO AUMENTADO DEBIDO AL AUMENTO EN INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL INCLUYENDO ENDOMETRITIS POST CESAREA. ESTO PUEDE TENER RELACION CON LA "INEXPERIENCIA" INMUNOLOGICA A CONFUSION DE VARIABLES COMO LA PRESENCIA DE MICRO ORGANISMO TRANSMITIDOS SEXUALMENTE, ANEMIA, FALTA DE CUIDADO PRENATAL, DESNUTRICION O STATUS INDIGENTES. (20).

ALGUNOS OTROS AUTORES HAN REPORTADO A LA INFECCION - INTRAAMNIOTICA COMO FACTOR DE RIESGO, PERO DISMOOR Y COLS EN 1989 REPORTAN QUE LA INCIDENCIA Y FRECUENCIA DE ENDOMETRITIS, NO ES SIGNIFICATIVA EN COMPARACION CON LA POBLACION EN GENERAL. LA UNICA DIFERENCIA QUE ELLOS NOTARON FUE QUE LAS PACIENTES QUE TENIAN INFECCIONES INTRA AMNIOTICAS RECURRENTE SE ENCONTRO QUE TENIAN TRABAJO DE PARTO MAS PROLONGADO, MAS TIEMPO CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, MAS TIEMPO DE MONITORIZACION INTERNA, Y UN NUMERO MAS ALTO DE EXPLORACIONES VAGINALES. (21).

LA LITERATURA SE ENCUENTRA LLENA DE BUSQUEDA SOBRE - UNA PRUEBA QUE PREDIGA LA ENDOMETRITIS POST PARTO. DUFF Y -- COLS REALIZARON UNA INVESTIGACION EN 70 MUJERES A LAS CUALES, SE LES PRACTICO OPERACION CESAREA DE URGENCIAS Y QUE TENIAN - ALTO RIESGO PARA PADECER ENDOMETRITIS. SE LES TOMO CULTIVO ENDOMETRIAL, TINCION DE GRAMM, Y SE ENVIARON MEMBRANAS CORIOAMNIOTICAS A ESTUDIO HISTOPATOLOGICO. SE ENCONTRO QUE SI EXISTIA DESARROLLO DE BACTERIAS DE GRAN VIRULENCIA (24 HRS), EN LA - TINCION DE GRAM BACTERIAS EN UN CAMPO DE INMERSION, E INFILTRACION LEUCOCITARIA IGUAL O MAYOR A 10 LEUCOCITOS POR CAMPO DE ALTO PODER, ESTAS PACIENTES DESARROLLARIAN INFECCION. TODOS LOS EXAMENES DE LABORATORIO EVALUADOS FUERON ESPECIFICOS, PERO POCO SENSIBLES COMO PREDICTORES DE INFECCION. LA RPM Y - EL TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO FUERON LOS MEJORES PREDICTORES, QUE ADEMAS TIENEN UTILIDAD CLINICA. (22).

BLANCO Y COLS EN 1982 CORRELACIONARON LOS CULTIVOS DE LIQUIDO AMNIOTICO CON ENDOMETRITIS POST CESAREA. SE ENCONTRO EN 60 PACIENTES A LAS CUALES SE LES TOMO LIQUIDO AMNIOTICO QUE EN 24 DE ELLAS SIN TRABAJO DE PARTO O RUPTURA DE MEMBRANA NO SE ENCONTRARON CULTIVOS POSITIVOS, PERO SE ENCONTRO UN 25% DE ENDOMETRITIS. MIENTRAS QUE EN DOCE DE 13 PACIENTES CON TRABAJO DE PARTO O RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS O AMBOS SE ENCONTRO ENDOMETRITIS, Y TODAS TENIAN CULTIVOS POSITIVOS. FINALMENTE SE CONCLUYO QUE EXISTE UNA EXCELENTE CORRELACION ENTRE LOS CULTIVOS POSITIVOS DE LIQUIDO AMNIOTICO Y LA ENDOMETRITIS POST CESAREA. (23).

LA ETIOLOGIA DE LA ENDOMETRITIS TIENE UNA GRAN VARIEDAD DE AGENTES EN LOS QUE SE INCLUYEN GRAM POSITIVOS, NEGATIVOS Y ANAEROBIOS. ESCHENBACH COMENTA QUE LOS ORGANISMOS QUE CAUSAN LA ENDOMETRITIS POST PARTO SON MUY SIMILARES A AQUELLOS QUE CAUSAN LA ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA. MIENTRAS N GONORRHOEA E Y C TRACHOMATIS SON CAUSAS COMUNES DE ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA AGUDA, LOS AEROBIOS Y ANAEROBIOS INCLUYENDO LOS GRUPOS B Y D DE ESTREPTOCOCOS, E. COLI, GARDHERRIA VAGINALIS, BACTEROIDES BIVUIS, PEPTOCOCCI Y PEPTOSTREPTOCOCCI Y LOS MICOPLASMAS GENITALES SON LA CAUSA MAS COMUN DE ENDOMETRITIS POST PARTO. (14)

LOS ENTEROCOCOS SE AISLAN CON FRECUENCIA DE INFECCIONES INTRA-ABDOMINALES POSTQUIRURGICAS. ESTOS ORGANISMOS GRAM -

POSITIVOS ENTERICOS SE HAN RECONOCIDO COMO PATOGENOS DEL TRACTO URINARIO Y ENDOCARDIO, PERO SU PAPEL EN LAS INFECCIONES PELVICAS ES CONTROVERSIAL. LA BACTEREMIA ENTEROCOCA HA OCURRIDO DESPUES DE CIRUGIA INTRA ABDOMINAL Y HA RECURRIDO DESPUES DE DESCONTINUAR LA ANTIBIOTICOTERAPIA. UN ABSCESO DE ENTEROCOCOS PURO HA SIDO TAMBIEN REPORTADO DESPUES DE OPERACION CESAREA EN UNA PACIENTE JOVEN POR DEMAS SANA. EL COMITE NACIONAL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES REPORTA A LOS ENTEROCOCOS COMO NUMERO DOS EN FUNCION DE FRECUENCIA INMEDIATAMENTE DESPUES DE E. COLI. Y WALTER Y COLS EN 311 PACIENTES CON ENDOMETRITIS POST CESAREA TRATADAS CON CLINDAMICINA-GENTAMICINA ASOCIARON AISLAMIENTOS DE ENTEROCOCOS CON PROFILAXIS CON CEFALOSPORINAS. TAMBIEN SE OBSERVO QUE LOS CASOS EN DONDE SE AISLARON ENTEROCOCOS HABIAN REALIZADO MAYOR NUMERO DE EXPLORACIONES VAGINALES, MAYOR TIEMPO DE MONITOREO INTERNO, Y ADEMAS SE ASOCIO MAS FRECUENTEMENTE LA DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA EN ESTAS PACIENTES. (24).

BLANCO Y COLS REPORTAN UN AISLAMIENTO DE C. TRACHOMATIS DEL 8% SIN ENCONTRAR DIFERENCIA CON SU GRUPO CONTROL QUE NO DESARROLLO ENDOMETRITIS POST PARTO. ESTO TIENE EL MISMO INDICE REPORTADO POR OTROS ESTUDIOS (25). ELLOS NO DEFINEN UN ROL IMPORTANTE DE C. TRACHOMATIS EN LA GENESIS DE ENDOMETRITIS POST PARTO.

WATTS Y COLS EN 1989 CARACTERIZARON LA FLORA DE LA ENDOMETRITIS POST PARTO TEMPRANA, Y PARA ELLO UTILIZARON UN -

CATETER DE TRIPLE LUZ Y SE LES TOMO CULTIVO PARA AEROBIOS, FA CULTATIVOS, MICOPLASMAS GENITALES, Y CHLAMYDIA TRACHOMATIS. - MAS DE UN ORGANISMO FUE RECUPERADO EN EL 80% DE LAS MUJERES. - MAS DEL 60% DE LAS MUJERES TUVIERON GARDNERELLA VAGINALIS Y/O ANAEROBIOS ASOCIADOS CON CERVICOVAGINITIS BACTERIANA AISLADAS DEL ENDOMETRIO; ESTAS MUJERES TUVIERON UN CURSO DE INFECCION_ MAS SEVERO Y ADEMAS DESARROLLARON INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA QUE CUALQUIER OTRA MUJER. LOS MICOPLASMAS GENITALES - FUERON AISLADOS FRECUENTEMENTE, PERO NO SE REQUIRIO DE TERA-- PIA ESPECIFICA PARA SU CURA CLINICA, SIENDO ESTA NECESARIA SO LO EN EL 10% QUE PRESENTO UREAPLASMA UREALYTICUM. CHLAMYDIA - TRACHOMATIS NO SE AISLO COMUNMENTE, PERO C TRACHOMATIS PERMA- NECIO EN LOS AISLADOS AUN DESPUES DE LA ANTIBIOTICOTERAPIA. - (2b).

EN 1982 CYTRYN Y COLS REALIZO EL REPORTE DE UN CASO_ DE INFECCION PELVICA SEVERA QUE TUVO COMO ETIOLOGIA CHLAMYDIA TRACHOMATIS. EL CASO ES DE UNA PRIMIGESTA DE 17 AÑOS QUE DESA RROLLO ENDOMETRITIS POST CESAREA. SE LE ADMINISTRARON ANTIBIO TICOS MULTIPLES PRESUMIENDO INFECCION MIXTA (AEROBIOS, ANAE ROBIOS) SIN RESULTAR EN MEJORIA. SE LE REALIZO POSTERIORMENTE HISTERECTOMIA CON SALIPINOOFERCTOMIA Y A PESAR DE CULTIVOS NE GATIVOS SU CONDICION NO MEJORABA, POR LO QUE REQUIRIO DOS LA POROTOMIAS POR SOSPECHA DE ABSCESO INTRA-ABDOMINAL. EN UNA - TERCERA CIRUGIA SE TOMARON CULTIVOS DE LIQUIDO PERITONEAL RE PORTANDO C. TRACHOMATIS Y CANDIDA ALBICANS. LOS EXAMENES SERO

LOGICOS CONFIRMARON LA PRESENCIA DE INFECCION AGUDA POR CHLAMYDIA. UNA VEZ INICAIDA LA TERAPIA CON DOXYCICLINA SE NOTO MEJORIA CLINICA MARCADA. (27)

SE HAN TENIDO PROBLEMAS EN LA OBTENCION DE UNA MUESTRA ADECUADA PARA CULTIVO Y DIRIGIR EL TRATAMIENTO SEGUN EL GERMEN REPORTADO. DIZERGA Y COLS EN 1982 TOMA CULTIVO A TRAVES DEL CERVIX Y COMENTA QUE AL TOMAR MUESTRA CON COTONETE ENDOCERVICAL MULTIPLES ORGANISMOS, LA MAYORIA QUE NO CORRELACIONAN CON LA BACTEREMIA DEL PACIENTE. SIN EMBARGO LA INTERPRETACION DE ESTOS DATOS DEBE SER TOMADA CON CAUTELA DEBIDO A LA INHABILIDAD PARA RECUPERAR UN ORGANISMO DE LA SANGRE DE LA PACIENTE Y SU AUSENCIA NO DESCARTA LA INFECCION VISCERAL. SOLO EL 53% DE LOS CULTIVOS CORRELACIONARON CON EL GERMEN ENCONTRADO EN EL RESULTADO DEL HEMOCULTIVO. (28)

ESCHEBACH EN 1986 REPORTA LOS RESULTADOS UTILIZANDO UN CATETER CON TRIPLE LUZ PARA PARA PROTEGERSE DE LA CONTAMINACION ENDOCERVICAL Y ASI PODER TOMAR MUESTRAS MAS FIDEDIGNAS SIN REALIZAR UN PROCESO INVASIVO COMO ES LA PUNCION DEL FONDO UTERINO, Y FINALMENTE COMENTA QUE ENTRE LA MAYORIA DE LAS MUJERES CON ENDOMETRITIS POST PARTO, EL AISLAMIENTO DE ORGANISMOS DEL ENDOMETRIO NOS PROVEE DE EXCELENTES DATOS, LOS CULTIVOS CERVICALES TIENEN UN VALOR LIMITADO. UN CULTIVO TRANSCERVICAL ENDOMETRIAL ES EL CULTIVO MAS PRACTICO. EL CULTIVO TOMADO CON UN DISPOSITIVO PARA EVITAR LA CONTAMINACION ENDOCERVICAL ES EL QUE PROVEE DE INFORMACION MAS PRECISA. (29)

MARTENS EN 1989 SE PREOCUPA NO SOLO POR LA CALIDAD - DE LA MUESTRA, SINO ADEMAS POR EL COSTO-EFICIENCIA Y LA FACILIDAD DIFICULTAD PARA PODER LOGRAR TOMARLO.

DETERMINAR QUE ORGANISMOS SE ENCUENTRAN INVOLUCRADOS EN LA ENDOMETRITIS POST PARTO AYUDARIA A DESARROLLAR UN MEJOR ENTENDIMIENTO DE ESTAS INFECCIONES. EL USO DE UN COTONETE CON PUNTA DE ALGODON NO PROTEGIDA ES UN METODO DIRECTO QUE ES CON TROVERSIAL DEBIDO A EL GRADO INCIERTO DE CONTAMINACION.

EL METODO CONSISTE EN LA COLOCACION DE UN ESPECULO - ESTERIL EN VAGINA Y ENTONCES LA VAGINA Y EL CERVIX CON LIMPIA DO CON IODO-POLIVIDONA, LA CUAL ES REMOVIDA CON UNA SEGUNDA - GASA ESTERIL. ENTONCES CON UNA PINZA SE DILATA SUAVEMENTE EL CERVIX Y SE COLOCA EL COTONETE HASTA EL FONDO Y SE COLOCA EN MEDIO DE TRANSPORTE. COMO COMPARACION UTILIZAN UN CATETER DOBLE, Y UTILIZAN LA MISMA METODOLOGIA. EN LOS RESULTADOS LO IM PORTANTE DE HACER NOTAR ES QUE EL 52% DE LAS PACIENTES TUVIERON UN MAYOR NUMERO DE ESPECIES RECOGIDAS POR EL COTONETE, Y SOLO EL 2% TUVIERON FLORA DIFERENTE. EL SIGUIENTE PUNTO IMPOR TANTE ES QUE CUANDO SE UTILIZA UN COTONETE EL COSTO ES MENOR A UN DOLAR, Y CUANDO SE UTILIZAN CATETERES DE MULTIPLE LUZ CO MO EL UTILIZADO EN ESTE REPORTE EL COSTO ES DE 27.5 DOLARES.-- (30).

COMO METODO PREDICTIVO Y COMO ANTICIPO ANTE UNA POSI BLE ENDOMETRITIS POST PARTO SE HA IMPLICADO EL CULTIVO DE LI-

QUIDO AMNIOTICO EN PACIENTES CON RIESGO DE ENDOMETRITIS. EN 1983 MAGRANE Y COLS TOMARON LIQUIDO AMNIOTICO DURANTE LA OPERACION CESAREA DE 54 PACIENTES, Y SE ENCONTRO POSITIVO EN EL 57% DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS. CUANDO SE COMPARO LA INDICACION DE CESAREA Y LOS LIQUIDOS AMNIOTICOS POSITIVOS SE ENCONTRO QUE EL 82% DE LAS DCP LO TENIAN, 86% LOS SFA, 75% LAS CESAREAS DE REPETICION QUE SE ENCONTRABAN EN TRABAJO DE PARTO, Y 67% LAS PACIENTES PORTADORAS DE CORIOAMNIONITIS, CUANDO SE COMPARO LIQUIDO AMNIOTICO POSITIVO Y ENDOMETRITIS EXISTIO UNA GRAN ASOCIACION, EN ESPECIAL CUANDO EL CULTIVO FUE MASIVO, (10^5). (31).

NEWTON Y COLS REALIZARON UN ESTUDIO ENFOCADO AL ANALISIS MICROBIOLOGICO DEL LIQUIDO AMNIOTICO Y ENCONTRARON QUE EL CULTIVO POSITIVO AUNADO A CERVICOVAGINITIS BACTERIANA EN ESPECIAL MYCOPLASMAHOMINIS TUVIERON UNA GRAN CORRELACION CON ENDOMETRITIS MIENTRAS QUE LOS DEMAS FACTORES CLINICOS TRADICIONALMENTE IMPLICADOS COMO FACTORES DE RIESGO SON FACILITADORES MAS QUE PREDICTORES INDEPENDIENTEMENTE DE LA VIDA DE RESOLUCION DEL EMBRAZO. (32)

EN ALGUNOS GRUPOS DE EDAD COMO LA ADOLESCENCIA SE PRESUME QUE POR SI SOLO ESTE ES UN FACTOR DE RIESGO Y ENTONCES BERENSON Y COLS EN 1990 REPORTAN QUE EN ADOLESCENTES CUANDO SE COMPARAN CON NO ADOLESCENTES (ADULTOS) SE ENCUENTRA UN INDICE MAS ALTO DE INFECCION 23 VS 11%. POR EL CONTRARIO SE OBSERVO QUE LA DURACION DEL TRABAJO DE PARTO, LA DURACION DE LA

RUPTURA DE MEMBRANAS Y EL USO DE MONITOR INTERNO NO FUERON -
FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES. SE ENCONTRO UN AISLADO MA-
YOR DE C. TRACHOMATIS EN ADOLESCENTES 21 VS 6% Y G. VAGINALIS
32 VS 9 % LO CUAL SI LAS COLOCO CON UN AUMENTO EN EL RIESGO.-
(33).

LAS MUJERES CON ENDOMETRITIS POST PARTO TARDIA, QUE_
HA SIDO DEFINIDA COMO LA QUE OCURRE ENTRE DOS DIAS Y SEIS SE-
MANAS POST PARTO QUE PUEDEN ESPECIALMENTE ESCAPAR A LA DETEC-
CION. MUCHAS DE ESTAS MUJERES CON ESTA INFECCION QUE OCURRE -
TAN TARDIAMENTE SE ENCUENTRAN AFEBRILES Y TIENEN SOLO SINTI--
MAS MINIMOS. EN ALGUNOS REPORTES SE ASOCIA A LA PRESENTACION_
TARDIA CON EL GERMEN CHLAMYDIA TRACHOMATIS. LAS MUJERES CON -
ESTA PATOLOGIA REGULARMENTE TIENEN EUTOCIAS EN CONTRASTE CON
LAS MUJERES CON PRESENTACION TEMPRANA LAS CUALES TIENEN COMO_
VIA DE INTERRUPCION LA OPERACION CESAREA. LAS PACIENTES EN ES
TE ESTUDIO 18 DESARROLLARON ENDOMETRITIS TARDIA ENTRE LOS -
DIAS 7-42 Y SOLO 3 SE PRESENTARON CON FIEBRE, AUNQUE 5 SE QUE
JARON DE CALOSFRIOS. SE AISLARON MYCOPLASMAS GENITALES EN EL_
44% DE LAS PACIENTES Y EN 22% SE AISLO C. TRACHOMATIS. ES DE_
PARTICULAR INTERES EL HECHO DE QUE NO SE HAYAN AISLADO COMUN
MENTE GERMENES ANAEROBIOS. (34)

LOS REPORTES DE LA LITERATURA HASTA ANTES DE 1979 -
CUANDO EMERGIERON LOS CONCEPTOS DE DIAGNOSTICO DE LA ENDOME--
TRITIS POST PARTO VERTIDOS POR FILKER Y MONIFF, TENIAN DEFINI

CIONES DIFERENTES POR LO QUE LA COMPARACION ENTRE UNO Y OTRO ERA DIFICIL(49). FUE ENTONCES CUANDO SE ACORDO QUE EL DIAGNOSTICO DE ENDOMETRITIS DEBERIA CUMPLIR ALGUNOS CRITERIOS COMO SON QUE LAS PACIENTES DEBEN TENER FIEBRE DE 38.0°C POR 4 HORAS O EN DOS TOMAS SEPARADAS POR 6 HORAS EXCLUYENDO LAS PRIMERAS 24 HS POST PARTO, O UNA TEMPERATURA DE 38.6°C DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HS DEL PARTO ADEMAS DE HIPERSENSIBILIDAD UTERINA, LOQUIOS FETIDOS O PURULENTOS. (1,4,6,9,10,13,15,16,17,19,20,25,27,28,31,33,34,35,).

FORTUNATO Y DODSON REALIZAN UNA REVISION DE LOS FACTORES QUE AFECTAN A LA EFECTIVIDAD EN EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DE LAS PACIENTES QUE PRESENTAN ENDOMETRITIS POST PARTO. LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL EMBARAZO Y EL PUERPERIO Y SU EFECTO EN LA TERAPIA ANTIBIOTICA NO HAN RECIBIDO MUCHA ATENCION. EL EMBARAZO ESTA ACOMPAÑADO DE MULTIPLES CAMBIOS ENTRE LOS QUE SE INCLUYEN EL INCREMENTO DEL PESO UTERINO, EL VOLUMEN SANGUINEO, EL LIQUIDO EXTRACELULAR, FLUJO ENDOMETRIAL Y LOS CAMBIOS EN LA FUNCION RENAL. ESTOS CAMBIOS AFECTAN LA TERAPEUTICA PARA EL ENDOMETRITIS YA QUE TOMARA VARIAS SEMANAS PARA QUE LA MUJER REGRESE A SU ESTADO PREGRAVIDEZ. ALGUNAS PATOLOGIAS COMO LA PRE-ECLAMPSIA SE ASOCIAN A REDUCCIONES EN EL ESPACIO INTRAVASCULAR, MAYOR ESPACIO EXTRAVASCULAR DEBIDO AL EDEMA Y LA FUNCION RENAL ALTERADA. LOS CAMBIOS UTERINOS POST PARTO TAMBIEN COMPLICAN LA TERAPEUTICA DEBIDO A LA POBRE PERFUSION CON ANTIBIOTICOS. EL ANTIBIOTICO IDEAL PARA LA ENDO

METRITIS DEBERIA LOGRAR NIVELES OPTIMOS UTERINOS QUE TUVIERA ADMINISTRACION POCO FRECUENTE Y TUVIERA UNA ACTIVIDAD ADECUADA CONTRA LOS ANAEROBIOS ASI COMO TOXICIDAD MINIMA. (36).

ANTES DE LA ERA DE LA UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS - PROFILACTICOS SE ENCONTRARON DIFERENCIAS EN LA RESPUESTA ANTE EL TRATAMIENTO SEGUN EL ANTIBIOTICO EMPLEADO Y SEGUN EL GERMEN AISLADO. EN 1980 DIZERGA Y COLS REPORTAN MEJORES RESULTADOS CON LA UTILIZACION DE CLINDAMICINA-GENTAMICINA QUE CON PENICILINA-GENTAMICINA EN ESPECIAL CUANDO SE ENCONTRO EN EL CULTIVO B. FRAGILIS QUE TAMBIEN CORRELACIONO CON FIEBRES MAS ALTAS Y MAS ATAQUE AL ESTADO GENERAL. (37)

YONEKURA Y COLS EN 1988 NOS COMENTA QUE DESDE 1980 - LA RECOMENDACION PARA LA TERAPEUTICA INICIAL PARTICULARMENTE PARA LA ENDOMETRITIS POST CESAREA HA SIDO ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO CON COBERTURA E ANAEROBIOS INCLUYENDO LAS ESPECIES DE B. FRAGILIS ASI COMO LOS GRAM POSITIVOS Y NEGATIVOS.- ALGUNOS MEDICOS SUGIEREN QUE LA TERAPEUTICA DEBE INCLUIR AL GERMEN CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN SUS ESQUEMAS INICIALES Y POSIBLEMENTE A LOS MYCOPLASMAS TAMBIEN. EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRITIS POST PARTO ES UNA COMBINACION DE ANTIBIOTICOS COMO CLINDAMICINA MAS UN AMINOGLUCOSIDO. SIN EMBARGO, LA ADMINISTRACION DE DOS O MAS DROGAS CONSUME MAS TIEMPO Y ES MAS CARA QUE LA DE UN SOLO AGENTE.

EL RECONOCIMIENTO DE ESTOS PROBLEMAS, NOS HA LLEVADO

A NUEVOS ANTIBIOTICOS BETA-LACTAMICOS QUE SE HAN DESARROLLADO EN UN ESFUERZO EN ENCONTRAR UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO PARA LA ENDOMETRITIS POSTPARTO QUE PUDIERA SER EFICAZ COMO LA TERAPIA COMBINADA Y POTENCIALMENTE MENOS TOXICO O COSTOSO. (38).

ESCHEBACH EN 1982 ESTABLECE QUE LAS PACIENTES CON PROCESOS INFECCIOSOS MODERADOS SON FRECUENTEMENTE TRATADOS CON DOSIS ALTAS DE AGENTES UNICOS. UNO DE LOS PRINCIPIOS MAS IMPORTANTES EN LA TERAPEUTICA DE LA MUJER EMBARAZADA O PUEPERA ES EL USO DE UNA DOSIS DE ANTIBIOTICO SUFICIENTE. LA CAUSA MAS COMUN DE FALLA HA SIDO PROBABLEMENTE LAS DOSIS INADECUADAS DE ANTIBIOTICOS. (14).

NUEVAMENTE YONEKURA EN 1988 EN SU MONOGRAFIA SOBRE EL TEMA NOS COMENTA QUE LA TERAPIA QUE SE INICIA PRONTAMENTE EMPIRICAMENTE ESCOGIDA ES EL EVENTO PRINCIPAL DE LA TERAPEUTICA EN LA ENDOMETRITIS POST PARTO. MIENTRAS QUE APROXIMADAMENTE 95% DE LAS PACIENTES POST EUTOCIA RESPONDERAN A UNA COMBINACION DE PENICILINA MAS UN AMINOGLUCOSIDO SOLO 65-78% DE LAS PACIENTES POST CESAREA RESPONDERAN A ESTE REGIMEN DE ANTIBIOTICOS. CERCA DE LA MITAD DE LAS FALLAS LA CAUSA PUEDE SER IDENTIFICADA Y SE INCLUYEN LA PRESENCIA DE ORGANISMOS RESISTENTES (FRECUENTEMENTE B. FRAGILIS Y OTRAS ESPECIES PENICILINO-RESISTENTES), INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA, HEMATOMA O ABSCESO PELVICO O PRESUNCION DE TROMBOFLEBITIS PELVICA SEPTICA. SIN EMBARGO CUANDO LA TERAPEUTICA INICIAL CONSISTE EN --

CLINDAMICINA-GENTAMICINA EL 90-95% DE LAS PACIENTES CON ENDO-
TRITIS POST CESAREA RESPONDEN Y LAS COMPLICACIONES INFECCIO--
SAS MAYORES COMO EL ABSCESO PELVICO Y LA TROMBOFLEBITIS PELVI
CA SEPTICA SE REDUCEN. LAS PACIENTES EN EL GRUPO CLINDAMICIAN
-GENTAMICINA TIENEN MENOS MORBILIDAD FEBRIL Y ESTANCIAS POSTO
PERATORIAS MAS CORTAS QUE LAS PACIENTES DEL GRUPO PENICILINA-
GENTAMICINA.

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

EL MEJOR RESULTADO CON CLINDAMICINA-GENTAMICINA POSI
BLEMENTE SEA EL RESULTADO DE LA SUCCEPTIBILIDAD DE B. FRAGILIS,
B BIVIUS Y OTROS ANAEROBIOS A LA CLINDAMICINA, MIENTRAS QUE -
ESTOS ORGANISMOS SON GENERALMENTE RESISTENTES A LA PENICILINA.

LA COMBINACION CLINDAMICINA-GENTAMICINA NO SE ENCUEN
TRA LIBRE DE PROBLEMAS POTENCIALES. AMBAS DROGAS PUEDEN CAU--
SAR SERIOS EFECTOS SECUNDARIOS. CLINDAMICINA ES UN FARMACO -
QUE PUEDE DIRIGIRNOS A LA DIARREA EN 2-6% DE LOS PACIENTES Y

RARA VEZ A LA COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA. LOS AMINOGLUCOSIDOS -
NOS PUEDEN DIRIGIR A LA NEFROTOXICIDAD Y OTOTOXICIDAD EN 2-10%
DE LOS PACIENTES. LOS FACTORES DE RIESGO DE LA GENTAMICINA IN-
CLUYEN NIVELES PICO MANTENIDOS DE 12-15 MICROGRAMOS /ML. LAS_
PACIENTES OBSTETRICAS SIN EMBARGO SE ENCUENTRAN EN BAJO RIES-
GO DEBIDO A QUE LOS NIVELES DE AMINOGLUCOSIDOS SE ENCUENTRAN_
DEBAJO DEL REGIMEN TERAPEUTICO DEBIDA A LA EXCRECION RENAL RA-
PIDA. (1)

EL ALTO COSTO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA, ASI COMO_
EL COSTO DE LOS ANTIBIOTICOS DICHO SEA DE PASO CADA VEZ MAS -
SOFISTICADOS PERO NO POR ESO MEJORES O MAS EFICIENTES, ES POR
ESTO QUE ACTUALMENTE LA LITERATURA SE ENCUENTRA LLENA DE AR--
TICULOS QUE RELATAN LA ADMINISTRACION DE PROFILAXIS ANTIBIOTI-
CA O CURSO CORTO DE ANTIBIOTICOS EN PACIENTES SELECCIONADOS.-
UN EJEMPLO DE ESTO ES EL ARTICULO DE CABBAD Y COLS DE 1987 EL
CUAL UTILIZA UN ESQUEMA CORTO DE ANTIBIOTICOS EN PACIENTES -
CON ENDOMETRITIS POST PARTO. SE ARGUYE QUE ARBITRARIAMENTE SE
HA DADO EL TERMINO DE 7-10 DIAS (CAMBIANDO DE PARENTERAL A -
ORAL SI EXISTE UN EQUIVALENTE ORAL, CUANDO EL PACIENTE SE EN-
CUENTRA AFEBRIL 48 72 HORAS). LOS RESULTADOS SON ALENTADORES_
EN LA MAYORIA DE LOS REPORTES Y EN ESTE SE INCLUYE UN 65% ME-
NOS DE USO DE ANTIBIOTICOS Y LA ESTANCIA PROMEDIO FUE MENOR -
EN 3-4 DIAS. 24-36 HS. POSTERIORES A QUE EL PACIENTE SE EN- -
CONTRIO AFEBRIL SE LE SUSPENDIERON ANTIBIOTICOS Y SE EGRESO AL
PACIENTE TENIENDO UN SEGUIMIENTO ADECUADO POSTERIOR. (39).

LOS EFECTOS NEGATIVOS DE LOS ANTIBIOTICOS NO SOLO SE LIMITAN A SUS EFECTOS TOXICOS SIN TAMBIEN A LOS POSIBLES CAMBIOS EN LA FLORA SECUNDARIO A SU UTILIZACION. UN EJEMPLO DE ESTO ES EL REPORTE DE GIBBS Y COLS EN 1982 EN DONDE SE AISLARON CEPAS RESISTENTES A CEFAMANDOLE (CEFALOSPORINA DE SEGUNDA GENERACION) Y A LA CLINDAMICINA AUNQUE MUCHO MENOR, Y CUANDO ESTOS GRUPOS SE COMPARARON CON EL CONTROL SE AISLARON MUCHO MAS CEPAS RESISTENTES EN LOS GRUPOS QUE UTILIZARON ANTIBIOTICOS (40).

EN LOS ULTIMOS AÑOS Y CON LA IDENTIFICACION DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA ENDOMETRITIS SE HAN PROBADO MULTIPLES MODALIDADES DE PROFILAXIS. ALGUNAS DE ELLAS INCLUYEN LA UTILIZACION DE ESQUEMAS CORTOS, APLICACION DE IRRIGACION TRANSCESA REA.

APUZZIO Y COLS EN 1982 COMPARARON LOS ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS EN PACIENTES DE ALTO RIESGO Y BAJO RIESGO PARA ENDOMETRITIS POST CESAREA. EN ESTE ESTUDIO SE UTILIZO TICARCILINA EN 259 MUJERES. ELLOS ENCONTRARON QUE EL 32% DE MUJERES CON PROFILAXIS DESARROLLARON ENDOMETRITIS COMPARADO CON EL 55% DE PACIENTES SIN PROFILAXIS. DE 259-238 SE CLASIFICARON COMO TENER RIESGO PARA ENDOMETRITIS. ENTRE 124 PACIENTES CON ALTO RIESGO 52 RECIBIERON SOLO PLACBO Y DESARROLLARON ENDOMETRITIS EN EL 71%, MIENTRAS QUE DE 72 QUE RECIBIERON PROFILAXIS SOLO EN 36% DESARROLLARON ENDOMETRITIS. DENTRO DE LAS PACIENTES DE BAJO RIESGO DE 54 SOLO EL 18.5% QUE RECIBIO PROFILA

XIS DESARROLLO ENDOMETRITIS Y EL 40% DE LAS PACIENTES CON PLA
CEBO LA DESARROLLO. LOS AUTORES CONCLUYEN QUE LA TICARCILINA_
ES EFECTIVA PARA DISMINUIR LA ENDOMETRITIS POST PARTO TANTO -
EN PACIENTES DE BAJO Y ALTO RIESGO. (41)

RUDD Y COLS EN 1982 UTILIZO IRRIGAICON TRANSCESAREA_
CON CEFAMANDOL Y CONTROL QUE EL 20% DE PACIENTES TESTIGO DE-
SARROLLO ENDOMETRITIS COMPARADO CON 1.7% DE PACIENTES EN LAS_
QUE SE UTILIZO IRRIGACION. TAMBIEN SE DEMOSTRO QUE LA ABSOR--
CION FUE MINIMA POR LO QUE SERIA DIFICIL LOGRAR EFECTOS TOXI-
COS. (42)

EN 1983 HAWRYLYSHYN Y COLS EN 1983 UTILIZARON DOS ES
QUEMAS DIFERENTES PARA EVALUAR CUAL DE LOS DOS UTILIZADOS ERA
MAS EFICIENTE YA QUE EL OBJETIVO ERA PROBAR ESQUEMAS CORTOS.-
UTILIZARON CEFOXITINA A DOSIS DE 2 GR. EN EL MOMENTO DEL PIN-
ZADO DEL ORDON UMBILICAL EN UN GRUPO Y EN OTRO 4 Y 8 HS ADE--
MAS. SE TUVO UN GRUPO CONTROL Y LOS RESULTADOS FUERON LOS SI-
GUIENTES:

EL GRUPO CONTROL PRESENTO 29.3% DE ENDOMETRITIS MIEN
TRAS QUE EL GRUPO DE UNA SOLA DOSIS 9.4% Y EL GRUPO DE 3 DO--
SIS 5.0% CONCLUYENDO LOS AUTORES QUE LA PROFILAXIS CON CEFOXI
TIN DISMINUYE LA INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS SIGNIFICATIVAMEN-
TE EN PACIENTES CON RIESGO DE ENDOMETRITIS POST PARTO. NO SE_
PRESENTARON COMPLICACIONES O REACCIONES ADVERSAS HACIA LA DRO
GA EN LOS GRUPOS DE PACIENTES TRATADAS. (43).

UN GRUPO ESPECIAL DE PACIENTES Y QUE DIA A DIA TIENE MAS IMPORTANCIA ES EL DE LAS ADOLESCENTES. APUZZIO Y COLS EN 1984 REPORTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES QUE IBAN A SER SOMETIDAS A OPERACION CESAREA UTILIZANDO TICARCILINA. LA EFICACIA DE LA TICARCILINA Y SU EFECTO EN EL FACTOR CONOCIDO PARA ENDOMETRITIS Y LA PREVENCION DE LA INFECCION POST CESAREA FUE ESTUDAIDA EN ADOLESCENTES. LAS PACIENTES A LAS CUALES SE LES ADMINISTRO TICARCILINA TUVIERON LA MITAD DE INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS COMPARADO A EL GRUPO PLACEBO. CUATRO O MAS EXAMENES VAGINALES FUERON ASOCIADAS CON ALTO RIESGO. LA TICARCILINA DISMINUYO CON 35% LA INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS. CUANDO SE COMPARO LA RUPTURA DE MEMBRANAS MAYOR DE 8 HS EL GRUPO PLACEBO MOSTRO 86% COMPARADO CON 28% DEL GRUPO CON ANTIBIOTICOS. LOS MISMOS RESULTADOS SE OBTUVIERON AL COMPARAR LA LONGITUD DEL TRABAJO DE PARTO. LOS AUTORES CONCLUYEN QUE LA TICARCILINA ES EFECTIVA AL REDUCIR LA INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS POSTCESAREA EN ADOLESCENTES. (44)

JENSEN Y COLS COMENTA QUE EN ESTUDIOS PREVIOS SE HA DEMOSTRADO LA UTILIDAD DE LA IRRIGACION DE SOLUCION SALINA COMO DILUYENTE DURANTE LA OPERACION CESAREA. EN ESTE ESTUDIO SE UTILIZARON 2 GR DE CEFOXITIN EN 20 ML DE SOLUCION SALINA QUE SE APLICO EN EL UTERO Y LA HERIDA QUIRURGICA EN 100 PACIENTES A LAS CUALES SE LES PRACTICO OPERACION CESAREA DE URGENCIA. SOLO 6 PACIENTES DESARROLLARON ENDOMETRITIS COMPARADAS CON 33 DEL GRUPO CONTROL EN LAS CUALES NO SE UTILIZARON ANTIBIOTICOS.

ESTO TAMBIEN REDUJO LA ESTANCIA HOSPITALARIA POR CASO 1 DIAS. (45).

GANESH Y COLS UTILIZARON COMO PROFILAXIS TRIMETROPIN-SULFAMETOXAZOL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO UNA VEZ QUE SE HABA PINZADO EL CORDON NOTANDO QUE SE REDUCIA EN 50% LA INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS POST PARTO. LOS AUTORES COMENTAN QUE CON ESTA DOSIS UNICA LA FLORA CERVICAL ES POSIBLE QUE SE AFECTE PERO EN UNA MINIMA PROPORCION POR LO QUE LAS SUPERINFECCIONES SERIAN RARAS, COSA QUE NO SUCEDE CUANDO SE UTILIZAN CEFALOSPORINAS (46).

EN 1986 DASHOW Y COLS ESTUDIARON CUAL DE 5 SOLUCIONES CON DIVERSOS ANTIBIOTICOS SERIA MAS EFECTIVA. SE ESTUDIARON 360 CESAREAS, Y SE COMPARO LA SOLUCION SALINA COMO PLACEBO, CON AMPICILINA Y UNA CEFALOSPORINA DE CADA GENERACION (CEFAPIRINA, CEFAMANDOL Y MOXALACTAM). SE COMPARARON LOS POSIBLES FACTORES DE RIESGO ASI COMO LA DEMOGRAFIA. EL GRUPO EN TOTAL FUE DIVIDIDO EN TRABAJO DE PARTO DE ALTO RIESGO Y BAJO RIESGO. LA ENDOMETRITIS POST PARTO FUE DIAGNOSTICADA CON LAS SIGUIENTES FRECUENCIAS PARA EL GRUPO: EL PLACEBO 24.6%, EL GRUPO DE AMPICILINA 8.5% CEFAPIRIN 11.4%, CEFAMANDOL 4.6% Y MOXALACTAM 16.4%. EL CEFAMANDOL DEMOSTRO DISMINUCION SIGNIFICATIVA EN ENDOMETRITIS Y OTRAS MEDIDAS DE MORBILIDAD. (47)

SE ENCUENTRAN UNA INFINIDAD DE ARTICULOS QUE CLAMAN QUE CADA UNO DE LOS ESQUEMAS UTILIZADOS ES SUPERIOR AL MENCIO

NADO ANTERIORMENTE POR LA LITERATURA, PERO NO ES OBJETO DE ESTA REVISION EL HECHO DE ENFRENTAR TODOS LOS REPORTES QUE SE ENCUENTRAN ACTUALMENTE SINO SOLO MENCIONAR LO SOBRESALIENTE.

H I P O T E S I S

**LA OPERACION CESAREA ES EL FACTOR DE RIESGO
MAS IMPORTANTE PARA ENDOMETRITIS POSTPARTO.**

O B J E T I V O

**IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO DE INFECCION EN -
LAS PACIENTES QUE PRESENTAN ENDOMETRITIS POST PARTO (VAGINAL/
ABDOMINAL) EN LA POBLACION QUE ATIENDE EL HOSPITAL GENERAL -
DE TICOMAN.**

MATERIAL Y METODOS

DE NOVIEMBRE 15 DE 1990 A FEBRERO 15 DE 1991 A TODAS LAS PACIENTES QUE PRESENTARON COMO COMPLICACION ENDOMETRITIS POST PARTO (VAGINAL) ABDOMINAL) SE LES EVALUARON LOS FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS, LOS CUALES FUERON: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DE 6 HORAS O MAS; O MAS EXPLORACIONES VAGINALES (TACTOS); 12 HORAS O MAS DE TRABAJO DE PARTO EFECTIVO; 6 HORAS O MAS DE FASE ACTIVA DE TRABAJO DE PARTO; HEMOGLOBINA DE 10 GRAMOS O MENOS A SU INGRESO; HEMORRAGIA TRANSPARTO O POSTPARTO MAYOR DE 1000 CC; TIEMPO QUIRURGICO MAYOR DE 60 MINUTOS; COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS OBSTETRICOS INVASIVOS (VERSION INTERNA, RECHAZO DE LA PRESENTACION POR VIA VAGINAL INCLUYENDO CORDON O EXTREMIDADES TRANSCESAREA, FORCEPS TRAUMATICOS, ETC); PARTO FORTUITO (ENTENDIENDO POR ESTE EL QUE SE ATIENDE SIN NORMAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA IDEONEAS); PACIENTE CON TERAPIA ESTROGENICA PROLONGADA E INMUNOSUPRESORES; PACIENTES CON ENFERMEDADES ANERGIZANTES Y DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA ASI COMO CARDIOPATAS Y OTROS NO INCLUIDOS.

LA ENDOMETRITIS SE DEFINIO SIGUIENDO LOS CRITERIOS CLINICOS ESTABLECIDOS POR FILKER Y MONIF EN 1979 (48): "FIEBRE DE 38°C POR 4 HORAS O EN DOS TOMAS SEPARADAS POR 6 HORAS, EXCLUYENDO LAS PRIMERAS 24 HS POST PARTO O UNA TEMPERATURA DE 38.6°C DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HRS POST PARTO, HIPERSENSIBILIDAD UTERINA, LOQUIOS FETIDOS O PURULENTOS PROVENIENTES DE -

LA CAVIDAD UTERINA".

SE REALIZO EL DIAGNOSTICO ENCONTRANDO DOS O MAS DE LOS CRITERIOS EN CADA UNA DE NUESTRAS PACIENTES. LOS ESTUDIOS PARACLINICOS SOLICITADOS FUERON BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA - CON DIFERENCIAL, QUIMICA SANGUINEA COMPLETA, EXAMEN GENERAL DE ORINA. EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES CONSISTIO EN TOMA - DE TEMPERATURA CADA 4 HORAS DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA, ASI COMO VIGILANCIA CLINICA DE LA EVOLUCION BUSCANDO DATOS -- QUE SUGIRIERAN INFECCION.

UNA VEZ REALIZADO EL DIAGNOSTICO, SE LES TOMO A LAS PACIENTES BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA CON DIFERENCIAL, EXAMEN GENERAL DE ORINA, Y CULTIVO DE CAVIDAD ENDOMETRIAL CON COTONE TE ESTERIL SIGUIENDO LA TECNICA DESCRITA POR MARTENS Y COLS - (30). LA TERAPEUTICA EMPLEADA EN TODAS LAS PACIENTES FUE PENI CILINA G SODICA CRISTALINA APLICANDOSE 5 MILLONES CADA 4 HO-- RAS ADEMAS DE GENTAMICINA 80 MG CADA 8 HORAS. TODOS LOS ANTI- MICROBIANOS FUERON ADMINISTRADOS VIA INTRAVENOSA, HASTA QUE LAS PACIENTES PERMANECIERON AFEBRILES 48 HORAS PARA COMPLETAR SELES POSTERIORMENTE ESQUEMA AMBULATORIO DE 7 DIAS.

EL CRITERIO DE EXITO FUE CONSIDERADO LA REMISION DE SINTOMAS Y SIGNOS, Y QUE LA PACIENTE PERMANECIERA AFEBRIL 48 HORAS.

ADICIONALMENTE SE CARACTERIZO DEMOGRAFICAMENTE A LA

POBLACION EN ESTUDIO. SE DETERMINARON EL TIPO Y FRECUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS POR LA LITERATURA MUNDIAL. SE DETERMINO LA FRECUENCIA, INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD. SE DETERMINO TAMBIEN EL PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN COMPARACION AL PROMEDIO DE ESTANCIA DE LAS PACIENTES QUE NO PRESENTARON ENDOMETRITIS DURANTE EL MISMO PERIODO DE TIEMPO.

R E S U L T A D O S

SE CARACTERIZO A LA POBLACION TENIENDO EDAD PROMEDIO DE 19.4 AÑOS (RANGO 17-24 AÑOS); LA MAYORIA DELAS PACIENTES - FUERON PRIMIGRAVIDAS (N=5) Y EL RESTO CON DOS O MAS EMBARAZOS PREVIOS. TODAS LAS PACIENTES CORRESPONDIERON A LA CLASE SOCIO ECONOMICA BAJA. TODAS HABIAN CURSADO PRIMARIA COMPLETA CON - UNA PACIENTE CON SECUNDARIA COMPLETA. 6 PACIENTES REPORTARON UNA PAREJA SEXUAL Y UNA DE ELLAS DOS PAREJAS SEXUALES. NINGUNA PACIENTE RECIBIO PROFILAXIS ANTIBIOTICA.

EL NUMERO TOTAL DE NACIMIENTOS FUE DE 154. EL TOTAL DE RECIEN NACIDOS VIVOS FUE DE 152 ENTRE LOS CUALES SE ENCONTRO UNO GEMELAR. EL TOTAL DE RECIEN NACIDOS MUERTOS (OBITOS) FUE DE 3. LA VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO FUE ABDOMINAL EN 74 CASOS Y VAGINAL EN 80 CASOS. LA FRECUENCIA DE OPERACION CE SAREA FUE DE 48.37%. EL TOTAL DE PACIENTES QUE REUNIERON LOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICO PARA ENDOMETRITIS FUE DE 7. LA FRECUENCIA DE ENDOMETRITIS FUE DE 4.55% SIENDO LA MISMA INCIDENCIA Y PREVALENCIA, CORRESPONDIENDO TODOS LOS CASOS POST OPERACION CESAREA. LA INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS POST CESAREA ES DE 9.46% Y LA DE POST PARTO EUTOCICO DE 0%.

C U A D R O 1

DE LOS FACTORES DE RIESGO INVOLUCRADOS EN EL GRUPO DE PACIENTES CON ENDOMETRITIS LOS MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS FUERON:

OPERACION CESAREA	N=7	100%
RPM MAYOR DE 6 HORAS	N=2	28.58%
TACTOS (MAS DE 6)	N=2	28.58%
HB MENOR DE 10 GR	N=1	14.29%
T DE PARTO MAS DE 12 HS	N=1	14.29%
TIEMPO QX MAS DE 60 MIN	N=1	14.29%
CONDILOMATOSIS (OTROS)	N=1	14.29%

C U A D R O 2

DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON ENDOMETRITIS (N=7) SE -
LES ENCONTRO QUE LA PRESENTACION CLINICA FUE COMO SIGUE:

FIEBRE A LAS 24 HORAS	N=0	0%
FIEBRE A LAS 48 HORAS	N=5	71.45%
FIEBRE A LAS 72 HORAS	N=2	28.58%
HIPERSENSIBILIDAD UTERINA	N=7	100%
LOQUIOS FETIDOS	N=7	100%

C U A D R O 3

LOS PROMEDIOS DE LAS 7 PACIENTES EN RELACION A LOS FACTORES DE RIESGO MAS COMUNMENTE MENCIONADOS POR LA LITERATURA MUNDIAL COMO DE RIESGO PARA ENDOMETRITIS SE ENCONTRARON COMO SIGUEN:

RPM	1.87 HORAS	RANGO 0-8 HORAS
TRABAJO DE PARTO	7.58 HORAS	RANGO 0-23 HORAS
TACTOS	4.85	RANGO 4-8

CUADRO 4

LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS PARACLINICOS ASI COMO SUS_
DIFERENCIAS SON LAS SIGUIENTES:

HEMOGLOBINA DE INGRESO:	11.56	RANGO 9.2-12.6
HEMOGLOBINA DURANTE EL DX:	10.36	RANGO 9.4-11.3
LEUCOCITOS DE INGRESO:	10.1 MM ³	RANGO 6.5-11.8
LEUCOCITOS DURANTE EL DX:	13.3 MM ³	RANGO 11.2-21.7

EL EXITO SE LOGRO EN 6 PACIENTES CON DOBLE ESQUEMA PROPUESTO CON UN INDICE DE EXITO DE 85.72. SOLO EXISTIO UNA FALLA TERAPEUTICA (14.28%) LA CUAL REQUIRIO QUE SE LE AGREGARA METRONIDAZOL CON UNA DOSIFICACION DE 500 MG CADA 8 HORAS INTRAVENOSO. NO SE ENCONTRARON EFECTOS COLATERALES INDESEABLES. NO EXISTIERON COMPLICACIONES COMO TROMBOFLEBITIS PELVICAS SEPTICA. 2 PACIENTES REQUIRIERON LEGRADO INSTRUMENTAL, NO ENCONTRANDO EN NINGUNA DE ELLAS RESTOS PLACENTARIOS. A LAS 7 PACIENTES SE LES REALIZO CULTIVOS DE LOQUIOS ENCONTRANDO COMO RESULTADOS QUE 4 CORRESPONDIERON A S AUREUS Y 3 A S FREUNDII. NO SE REALIZARON CULTIVOS PARA ANAEROBIOS. EL PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA FUE DE 12.7 DIAS (RANGO 6-21 DIAS) MIENTRAS QUE EL PROMEDIO DE ESTANCIA EN PACIENTES QUE NO CURSARON CON ENDOMETRITIS EN EL MISMO PERIODO DE TIEMPO FUE DE 2.7 DIAS. NO HUBO DIFERENCIAS EN RELACION A LOS DEMAS ASPECTOS DE LAS PACIENTES CON ENDOMETRITIS Y NO ENDOMETRITIS. (EDAD, ESCOLARIDAD, PAREJAS SEXUALES) . LA FRECUENCIA DE OPERACION CESAREA EN EL GRUPO DE PACIENTES QUE NO CURSARON CON ENDOMETRITIS FUE DE 44.7%.

A N A L I S I S

ES IMPORTANTE DESTACAR LA FRECUENCIA DE OPERACION CESAREA ENCONTRADA EN EL HOSPITAL EN RELACION CON LA REPORTADA EN OTRAS SERIES. PLACECK Y TAFFEL REPORTAN QUE LA FRECUENCIA DE CESAREAS AUMENTO DE 4.5 EN 1965 A 16.5 EN 1980 Y DE AHI EN ADELANTE HA AUMENTADO CONSIDERABLEMENTE HASTA 24.1 EN 1986 - (49). ENCONTRAMOS QUE EL HOSPITAL RECIBE PACIENTES COMPLICADAS Y QUE DESDE SU INGRESO SON POTENCIALMENTE QUIRURGICAS, LO CUAL EXPLICA LA FRECUENCIA TAN ALTA DE OPERACIONES CESAREAS.

EN ESTE ESTUDIO TEMEMOS UNA INCIDENCIA BAJA DE ENDO-METRITIS CUANDO LA COMPARAMOS CON LOS REPORTES DE LA LITERATURA MUNDIAL. SEBASTIAN FARO REPORTA QUE ESTA COMPLICACION PUEDE EXISTIR EN UN 20-85% (50) EN PACIENTES INDIGENTES QUE SON LA MAYORIA DE LAS PACIENTES QUE ACUDEN A SOLICITAR ATENCION A NUESTRO HOSPITAL. ESTA BAJA INCIDENCIA NOS LLAMA LA ATENCION YA QUE TENEMOS UNA FRECUENCIA MUY ALTA DE OPERACION CESAREA - SEÑALÁNDOSE ESTA COMO UN FACTOR MUY IMPORTANTE PARA LA APARICION DE ENDOMETRITIS ASI COMO DE SU SEVERIDAD. (1)

NUESTRAS PACIENTES SE ENCUENTRAN EN RIESGO INCREMENTADO PARA ENDOMETRITIS POST PARTO E INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA YA QUE LAS PACIENTES DADO SU STATUS SOCIOECONOMICO TIENEN MENOS POSIBILIDADES DE QUE BUSQUEN O CONTINUEN CON LOS CUIDADOS PRENATALES, LA NUTRICION ES DEFICIENTE, Y ES MUY PRO

BABLE QUE EL PARTO OCURRA EN UN CENTRO DE ENSEÑANZA (COMO EL - NUESTRO), DONDE HABRA EXPLORACIONES VAGINALES MAS FRECUENTES_ Y SERA MAYOR LA INCIDENCIA DE TRABAJO DE PARTO PROLONGADO Y EL USO DE SISTEMA DE VIGILANCIA INVASIVOS.

AUNQUE EL DIAGNOSTICO SE REALIZA POR EXCLUSION DE AL GUN OTRO PROCEDIMIENTO MORBIDO INFECCIOSO, EL METODO CLINICO_ ES TODAVIA VALIDO. LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR FILKER Y - MONIF, SON ADECUADOS. ES IMPORTANTE DESCARTAR QUE NO EXISTAN - PROCESOS INFECCIOSOS EN VIAS RESPIRATORIAS ALTAS O BAJAS, INFECCION DEL TRACTO URINARIO, Y MASTITIS PUERPERAL. EN NUESTRO ESTUDIO LOS ESTUDIOS BACTERIOLOGICOS NO FUERON DE UTILIDAD YA QUE SE INICIA EN ESTE MOMENTO LA ESTANDARIZACION DE TECNICAS_ EN ESTE DEPARTAMENTO.

ES IMPORTANTE CORRELACIONAR EL ESTADO CLINICO CON LOS MICROORGANISMOS PROBABLEMENTE IMPLICADOS. FARO Y COLS EN 1981 ESTABLECEN QUE LA FIEBRE ENCONTRADO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS SE ASOCIA CON AISLAMIENTOS DE STREPTOCOCCUS AGALACTIE, - MIENTRAS QUE LA ENDOMETRITIS QUE SE DESARROLLA A LAS 48-72 HO RAS ES COMUNMENTE DE ORIGEN MIXTO. CUANDO EL CUADRO SE PRESEN TA DE MANERA TARDIA LA SOSPECHA DEBE SER DIRIGIDA HACIA C. - TRACHOMATIS, MYCOPLASMA Y UREAPLASMA.

ENCONTRAMOS QUE EN EL PRESENTE ESTUDIO EL TRATAMIENTO INSTITUIDO DIO BUENOS RESULTADOS. ENCONTRAMOS LAS SIGUIENTES VENTAJAS EN NUESTRO MEDIO: COSTO BAJO, FACIL ADMINISTRA--

CION, DISPONIBILIDAD Y POCAS REACCIONES SECUNDARIAS. MIENTRAS QUE EN LA LITERATURA EL ESQUEMA SEÑALADO CONSISTE EN CLINDAMICINA-GENTAMICINA (1) Y ACTUALMENTE SE BUSCA EL TRATAMIENTO MODERNO CON NUEVAS CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACION O CON NUEVAS ASOCIACIONES.

DE LOS FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS TENEMOS QUE TRES PACIENTES SOLO PRESENTARON UN FACTOR DE RIESGO Y QUE CUATRO PRESENTARON DOS O MAS SIENDO EL FACTOR MAS COMUNMENTE ENCONTRADO LA OPERACION CESAREA.

AL ANALIZAR EL TOTAL DE PACIENTES NOS ENCONTRAMOS UN GRUPO DE PACIENTES (36) LAS CUALES PRESENTARON FACTORES DE RIESGO PARA ENDOMETRITIS POST PARTO Y A LOS CUALES SE LES ADMINISTRÓ ESQUEMA DE ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS NO ENCONTRANDO EN NINGUN CASO ENDOMETRITIS LO QUE NOS HACE PENSAR QUE LA PROFILAXIS ES CONVENIENTE.

FINALMENTE TENEMOS EL IMPACTO ECONOMICO SOBRE EL HOSPITAL Y SOBRE LA POBLACION EN GENERAL AL NOTAR LA GRAN DIFERENCIA EXISTENTE ENTRE LA ESTANCIA HOSPITALARIA QUE VA DE 12.7 DIAS A 2.7 DIAS EN PACIENTES CON ENDOMETRITIS Y NO ENDOMETRITIS RESPECTIVAMENTE.

FINALMENTE CON ESTE ESTUDIO PROPONEMOS QUE EL FACTOR DE RIESGO PARA ENDOMETRITIS POST PARTO MAS IMPORTANTEMENTE IMPLICADO EN LA OPERACION CESAREA. QUE EL DIAGNOSTICO CLINICO -

ES VALIDO Y QUE EL ESQUEMA DE ANTIBIOTICOS ES ADECUADO PARA -
NUESTRO MEDIO YA QUE EL EXITO ALCANZADO ES BUENO. SE PODRIA -
ACORTAR LA ESTANCIA HOSPITALARIA UTILIZANDO ESQUEMA DE ANTI--
BIOTICOS CORTO LO CUAL SE COMIENZA A REPORTAR EN LA LITERATURA
CON EXITO ADECUADO.

TAMBIEN CONSIDERAMOS QUE ES IMPORTANTE INDICAR PROFILAXIS ANTIBIOTICA A LAS PACIENTES QUE PRESENTEN FACTORES DE -
RIESGO, QUE EN NUESTRO CASO SON OPERACION CESAREA MAS OTRO -
FACTOR DE LOS YA MENCIONADOS.

C O N C L U S I O N E S

1.- LA INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS FUE DE 9.46 EN NUESTRO HOSPITAL CORRESPONDIENDO TODOS LOS CASOS A ENDOMETRITIS POST CESAREA.

2.- LOS FACTORES DE RIESGO INVOLUCRADOS MAS IMPORTANTEMENTE SON LA RUPTURA DE MEMBRANAS MAYOR DE 6 HORAS, MAS DE 6 TACTOS Y LA OPERACION CESAREA.

3.- EL CUADRO CLINICO MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADO FUE DE FIEBRE Y AUMENTO DE LA SENSIBILIDAD UTERINA A LAS 48 HORAS.

4.- NO SE ENCONTRO COMO FACTOR IMPORTANTE LA ANEMIA.

5.- EN NUESTRO MEDIO EL CULTIVO TIENE VALOR RELATIVO, YA QUE NO MODIFICARA LOS ESQUEMAS TERAPEUTICOS PROPUESTOS.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- YONEKURA, ML: TREATMENT OF POSTCESAREAN ENDOMYOMETRITIS:
CLIN OBSTET GYNECOL 31:488, 1988.
- 2.- SOPER, DE: POST PARTUM ENDOMETRITIS PATHOPHYSIOLOGY AND -
PREVENTION: J. REPROD MED 33:975, 1988.
- 3.- REHU M, HAUKKAMAA M: PUERPERAL ENDOMETRITIS AND INTRUTERINE
FETAL HEART RATE MONITORING: ANN CLIN RES 12:133, 1980.
- 4.- GIBBS, RS: CLINICAL RISK FACTORS FOR PUERPERAL INFECTION:
OBSTET GYNECOL 55: 1785, 1980.
- 5.- REHU M, GUSTAF N: RISK FACTORS FOR FEBRILE MORBIDITY ASSO
CIATED WITH CESAREAN SECTION: OBSTET GYNECOL 56:269, 1980.
- 6.- DAIKOKU N, KALTREIDER F, KHOUZAMI V, SPENCE M, JOHNSON JWC:
PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AND SPONTANEOUS PRETERM
LABOR: MATERNAL ENDOMETRITIS RISKS: OBSTET GYNECOL 59:13,
1982.
- 7.- GIBBS RS: ENDOMETRITIS POST PARTUM. IN: MONIF GRG ED. IN--
FECTIOUS DISEASES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, PHILADEL
PHIA: HARPER AND ROW, 1985, 367.
- 8.- GIBBS RS, BLANCO J, BERNSTEIN S: ROLE OF AEROBIC GRAM-NE-
GATIVE BACILLI IN ENDOMETRITIS AFTER CESAREAN SECTION: -
REV INFEC DIS 7:5690, 1985.

- 9.- YONEKURA ML, APPLEMAN M, WALLACE R, ET AL. PREDICTIVE VALUE OF AMNIOTIC-MEMBRANE CULTURES FOR THE DEVELOPMENT OF POST CESAREAN SECTION ENDOMETRITIS: REV INFECT DIS 6: S157, 1984.
- 10.- MEDDLETON JR, APUZZIO J, LANGE M, ET AL. POST CESAREAN SECTION ENDOMETRITIS CAUSATIVE ORGANISMS AND RISK FACTORS: AM J OBSTET GYNECOL 42:144, 1980.
- 11.- CUNNINGHAM FG, HAUTH JC, STRONG JD, ET AL. INFECTIOUS MORBIDITY FOLLOWING CESAREAN SECTION: COMPARISON OF TWO TREATMENT REGIMENS. OBSTET GYNECOL 52:656, 1978.
- 12.- DONOWITZ L, WENZEL R: ENDOMETRITIS FOLLOWING CESAREAN SECTION: AM J OBSTET GYNECOL 42:467, 1980.
- 13.- GIBBS RS, RODGERS PJ, CASTAÑEDA YS, ET AL: ENDOMETRITIS FOLLOWING VAGINAL DELIVERY: OBSTET GYNECOL 56:555, 1980.
- 14.- ESCHENBACH DA: NEW CONCEPTS OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGIC INFECTION: ARCH INTERN MED 142:293, 1982.
- 15.- MILLER PJ, SEARCY MA, KAISER DL, ET AL: THE RELATIONSHIP BETWEEN SURGEON EXPERIENCE AND ENDOMETRITIS AFTER CESAREAN SECTION. SURG GYNECOL OBSTET 165: 535, 1987.
- 16.- REHU M: THE EFFECT OF EDUCATION, MARITAL STATUS AND SEXUAL BEHAVIOUR ON THE INCIDENCE OF PUERPERAL ENDOMETRITIS AND BACTERIURIA. ANN CLIN RES 12:319, 1980.
- 17.- WATTS DH, KROHN MA, HILLIER SL, ET AL: BACTERIAL VAGINOSIS AS A RISK FACTOR FOR POST CESAREAN ENDOMETRITIS. OBSTET GYNECOL 75: 52, 1990.

- 18.- DIAMOND MP, ENTMAN SS, SALYER SL, ET AL: INCREASED RISK - OF ENDEOMETRITIS AND WOUND INFECTION AFTER CESAREAN SEC-- TION IN INSULIN-DEPENDENT DIABETIC WOMEN: AM J OBSTET GYNECOL 55: 297, 2986.
- 19.- WOLFE HM, GROSS TL, SOKOL RJ, ET AL: DETERMINANTS OF MORBIDITY IN OBESE WOMEN DELIVERED BY CESAREAN. OBSTET GYNECOL 71:691, 1988.
- 20.- YONEKURA ML: RISK FACTORS FOR POSTCESAREAN ENDOMYOMETRITIS AM J MED 78: S177, 1985.
- 21.- DISMOOR MJ, GIBBS RS: PREVIOUS INTRA-AMNIOTIC INFECTION AS A RISK FACTOR FOR SUBSEQUENT PERIPARTAL UTERINE INFECTIONS OBSTET GYNECOL 74: 299,2989.
- 22.- DUFF P, GIBBS RS, ST, CLAIR PJ, ET AL: CORRELATION OF LABORATORY AND CLINICAL CRITERIA IN PREDICTION OF POSTCESAREAN ENDOMYOMETRITIS. OBSTET GYNECOL 63: 781, 1984.
- 23.- BLANCO J, GIBBS RS, CASTAÑEDA YS, ET AL: CORRELATION OF QUANTITATIVE AMNIOTIC FLUID CLURURES WITH ENDOMETRITIS AFTER CESAREAN SECTION. AM J OBSTET GYNECOL. 47: 897, 1982.
- 24.- WALMER D, WALMER KR, GIBBS RS: ENTEROCOCCI IN POST-CESAREAN ENDOMETRITIS. OBSTET GYNECOL 71: 159, 1988.
- 25.- BLANCO JD, DIAZ KC, LIPSCOMB KA, ET AL: CHLAMYDIA TRACHOMATIS ISOLATION IN PATIENTS WITH ENDOMETRITIS AFTER CE-

- SAREAN SECTION. AM J OBSTET GYNECOL 52: 278, 1985.
- 26.-- WATTS DH, ESCHENBACH DA, KENNY GE: EARLY POST PARTUM EN--
DOMETRITIS: ROLE OF BACTERIA, GENITAL MYCOPLASMAS, AND
C. TRACHOMATIS. OBSTET GYNECOL 73:52,1989.
- 27.-- CYTRYN A, SEN P, HAINGSUB R,ET AL: SEVERE PELVIC INFEC--
TION FROM CHLAMYDIA TRACHOMATIS AFTER CESAREAN SECTION.--
JAMA 247: 1732, 1982.
- 28.-- DIZERGA GS, YONEKURA ML, LEDGER WJ: POST CESAREAN SEC--
TION ENDOMIOMETRITIS: SIGNIFICANCE OF TRNSCERVICAL ENDO
METRIAL CULTURES IN BACTEREMIC PATIENTS. INT J GYNECOL
OBSTET 20: 313, 1982.
- 29.-- ESCHENBACH DA, ROSENE K, TOMPKINS LS,ET AL: ENDOMETRIAL
CULTURES OBTAINED BY A TRIPLE LUMEN METHOD FROM AFEBRI--
LE IAND FEBRIL POST PARTUM WOMEN,J INFECT DIS 153:1038,
1986.
- 30.-- MARTENS MG, FARO S, HAMMILL H,ET AL: COMPARISON OF TWO -
ENDOMETRIAL SAMPLING DEVICES. COTTON-TIPPED SWAB AND DOU
BLE LUMEN CATHETER WITH A BRUSH.H. REPROD. MED. 34: 875,
1989.
- 31.-- MAGRANE DM, BLASKIEWICZ RJ: AMNIOTIC FLUID CULTURES: -
POST CESAREAN SECTION ENDOMUOMETRITIS AND NEONATAL INFECC
TIONS. OBSTET GYNECOL 61:339,1983.
- 32.-- NEWTON ER, PRIHODA TJ, GIBBS RS: A CLINICAL AND MICROBILO
GIC ANALYSIS OF RISJ FACTORS FOR PUERPERAL ENDOMETRITIS.

- OBSTET GYNECOL 75: 402, 1990.
- 33.- BERENSON AB, HAMMILL HA, MARTENS MG, FARO S: BACTERIOLOGIC FINDINGS OF POST-CESAREAN ENDOMETRITIS IN ADOLESCENTS. OBSTET GYNECOL 75: 627, 1990.
- 34.- HOYME UB, KIVIAT N, ESCHENBACH DA: MICROBIOLOGY AND TREATMENT OF LATE POSTPARTUM ENDOMETRITIS. OBSTET GYNECOL 68: 226, 1986.
- 35.- WILLIAMS CM, OKADA DM, MARSHALL JR, CHOW AU: CLINICAL AND MICROBIOLOGIC RISK EVALUATION FOR POSTCESAREAN SECTION ENDOMETRITIS BY MULTIVARIATE DISCRIMINANT ANALYSIS: ROLE OF INTROPERATIVE MYCOPLASMA, AEROBES, AND ANAEROBES. AM J. OBSTET GYNECOL 156: 967, 1987.
- 36.- FORTUNATO SJ, DODSON MG: THERAPEUTIC CONSIDRATIONS IN POST-PARTUM ENDOMETRITIS. J. REPROD MED. 33: S101, 1988.
- 37.- DIZERGA GS, YONEKURA ML, KEEGAN K, ET AL: BACTEREMIA IN POST CESAREAN SECTION ENDOMYOMETRITIS: DIFFERENTIAL RESPONSE TO TREATMENT. OBSTET GYNECOL 55: 587, 1980.
- 38.- YONEKURA ML: THE TREATMENT OF ENDOMYOMETRITIS. J. REPROD. MED. 33: S579, 1988.
- 39.- CUBBAD M, SIJIN O, MINHOFF H: SHORT COURSE OF ANTIBIOTICS FOR POST CESAREAN SECTION ENDOMETRITIS. AM J OBSTET GYNECOL 157: 908, 1987.
- 40.- GIBBS RS, BLANCO JD, STCLAIR PJ, CASTAÑEDA YS: VAGINAL COLONIZATION WITH RESISTANT AEROBIC BACTERIA AFTER ANTIBIOTIC THERAPY FOR ENDOMETRITIS. AM J OBSTET GYNECOL 142: 130, 1982.

- 41.- APUZZIO JJ, REYELT C, PELOSI M, ET AL: PROPHYLACTIC ANTI
BIOTICS FOR CESAREAN SECTION: COMPARISON OF HIGH AND LOW
RISK PATIENTS FOR ENDOMETRITIS. OBSTER GYNECO 59: 693,
1982.
- 42.- RUDD EG, COBEY EA, LONG WH, ET AL: PREVENTION OF ENDOMYO-
METRITIS USING ANTIBIOTIC IRRIGATION DURING CESAREAN SEC
TION OBSTET GYNECOL 60: 413, 1982.
- 43.- HAWRYLYSHYN PA, BERNSTEIN P, PAPSIN FR: SHORT TERM ANTI-
BIOTIC PROPHYLAXIS IN HIGH RISK PATIENTS FOLLOWING CESA-
REAN SECTION AM J OBSTET GYNECOL 145: 285, 1983.
- 44.- APUZZIO JJ, GANESH VV, PELOSI MA, FRISOLI G: THE EFFECT
PF PROPHYLACTIC ANTIBIOTICS ON RISK FACTORS FOR ENDOMYO-
METRITIS IN ADOLESCENT PATIENTS UNDERGOING CESAREAN SEC
TION. J ADOLES HEALTH CARE 5: 163, 1984.
- 45.- JENSEN LP, DOBIN AJ, O'SULLIVAN MJ, ET AL: PREVENTION OF
ENDOMYOMETRITIS BY LOCAL APPLICATION OF ANTIBIOTIC SOLU
TION DURING CESAREAN SECTION. AM J OBSTET GYNECOL 152:
565, 1982.
- 46.- GANESH V, APUZZIO JJ, DISPENZIERS B, ET AL: SINGLE DOSE
TRIMETHOPRIM SULFAMETHOXAZOLE PROPHYLAXIS FOR CESAREAN -
SECTION AM J OBSTET GYNECOL 154: 1113, 1986.
- 47.- DASHOW EE, READ JA, COLEMAN FH: RANDOMIZED COMPARISON OF
FIVE IRRIGATION SOLUTIONS AT CESAREAN SECTION. OBSTET GY
NECOL 68: 473, 1986.

- 48.- FILKER R, MONIF GRC: THE SIGNIFICANCE OF TEMPERATURE DURING THE FIRST 24 HOURS POSTPARTUM OBSTET GUNECOL 53: 358, 1979.
- 49.- PLACEK P, TAFFEL SM: PATRONES RECIENTES DE LA CESAREA EN ESTADOS UNIDOS. CLIN OBSTET GYNECOL 15: 605, 1988.
- 50.- FARO S: RELACION DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS CON LA CESAREA. CLIN OBSTET GYNECOL 15: 683, 1988.