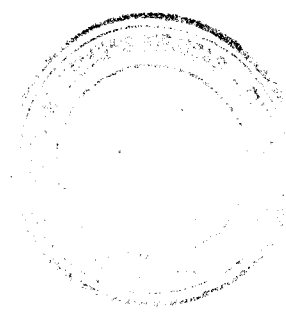


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



" PUERPERIO COMPLICADO "

ENDOMETRITIS POST PARTO

Sus causas, tratamiento y Profilaxis. Estudio preliminar
de 500 casos en el Hospital Roosevelt.

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de
Ciencias Médicas

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

ALEJANDRO GRAMAJO SOLORZANO

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Asesor: Dr. Oscar Figueroa.

Revisor: Dr. Luis F. Molina,

Guatemala, Noviembre de 1966.

" PUERPERIO COMPLICADO "
ENDOMETRITIS POST PARTO

Sus causas, tratameinto y Profilaxis (Estudio preliminar
de 500 casos en el Hospital Roosevelt).

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANALISIS DE LA ENDOMETRITIS POST-PARTO
- III. MATERIAL Y METODOS
- IV. ANALISIS ESTADISTICO
- V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- VI. SUMARIO
- VII. BIBLIOGRAFIA.

-**0**-

INTRODUCCION:

El presentar este trabajo ha sido con el propósito de agregar algo más a los conocimientos que todo médico y estudiante de medicina posee; esperando que al hacerlo les sirva de alguna ayuda, dada la cantidad de Endometritis como complicación obstétrica que se presentan. Es un estudio que se efectuó con el análisis de 500 casos de pacientes que presentaron esta complicación, del 20 de Junio de 1962 al 20 de Julio de 1963 en un total de 12,151 partos en el Hospital Roosevelt.

Esperando despertar con este pequeño estudio, más interés a médicos y Cirujanos, no solamente a los que se dedican a la obstetricia para que nos preocupemos de esta enfermedad y de hacer conciencia en todas ó la mayoría de las madres para que en un futuro no muy lejano podamos disminuir la incidencia de esta complicación del parto: la Endometritis postparto.

PRIMERA PARTE

ANALISIS SOMERA DE ENCOMETHEITIS POST PARTO

HISTORIA:

Indudablemente la enfermedad que nos ocupa ha sido conocida desde muy remota edad, pues se le menciona en las obras de Hipócrates, Galeno, Avicena y otros muchos autores antiguos. En 1676, Willis escribió acerca de la "febris puerperarum", aunque el término "puerperal fever" (inglés) lo empleó por primera vez Strother en 1716.

Existió la teoría, muy antigua pero aceptada por muchos siglos, que la enfermedad era consecuencia de la retención de loquios. Plater (siglo XVII) sostuvo que se trataba de una metritis, más tarde Puzos sugirió otra teoría la de metástasis de la leche "Fiebre de la leche".

Semmelwis comprobó su identidad con la infección de heridas; Pasteur cultivó el estreptococo y Lister demostró la bondad de los métodos antisépticos. En las monografías de Eisenmann, Silverschmidt, Burtenshaw y Peckhan están expuestas las diversas teorías acerca de su origen y naturaleza.

John Leake (1772) sugirió por primera vez la contagiosidad de la infección puerperal, y fué Alexander Hamilton (1871) quien hizo la primera declaración afirmativa sobre el particular. Alexander Gordon, de Aberdeen, en un tratado acerca de la fiebre puerperal epidémica emitió la noción de la naturaleza infecciosa y contagiosa de la enfermedad previo a los publicados por Holmes y Semmelwis. Charles White (1773), de Manchester, atribuyó como causa de fiebre puerperal, la absorción ocasionada

por estancamiento de los loquios recomendando para facilitar el desague la posición semihorizontal, insistiendo así mismo sobre el aseo estricto y la ventilación del cuarto de la parturienta y en el aislamiento total de las puérperas infectadas.

En 1843, Oliver Wendell Holmes en su trabajo - The Contagiousness of Puerperal Fever - demostró convincentemente, por lo menos en la variedad epidémica de este padecimiento que podía atribuirse a la falta de precauciones adecuadas por parte del médico o de las enfermeras. Semmelweis llevado, por la pavorosa mortalidad del parto en la Maternidad de Viena, se dedicó a investigar detenidamente las causas y llegó a la conclusión de que el proceso patológico era esencialmente una infección de heridas, originada por introducción de materiales sépticos por los dedos del médico al hacer la exploración, de allí que expidiera órdenes estrictas de que los médicos, estudiantes y parteras se desinfectaran las manos con agua de cloro, antes de examinar a las parturientes; los resultados fueron sorprendentes, pues se redujo la mortalidad desde un 10 hasta 1%, fué así como se advirtió la importancia de las enseñanzas de Lister y el adelanto de la bacteriología que revolucionaron el tratamiento de las heridas.

SINOMIA DE ENDOMETRITIS POST PARTO.

Fiebre Puerperal - Septicemia Puerperal- Fiebre del Parto.

CONCEPTO DE ENDOMETRITIS POSTPARTO.

Etimológicamente es la infección del Endometrio después - del Parto. Es la manifestación más común de todas las infecciones puerperales; y se considera como complicación del Parto y - del Aborto.

El proceso infeccioso puede permanecer localizado al endometrio "Endometritis - Pura" o bien por diversas vías propagarse a sitios vecinos y producir distintos Síndromes clínicos "Parametritis, Salpingitis, infecciones pélvicas, abscesos pelvicos, Pelvi-peritonitis, etc.".

ETIOLOGIA:

Respecto a las causas que producen la endometritis postparto, tenemos que considerar en este capítulo, 2 aspectos etiológicos, a saber:

- a) Causas determinantes o específicas.
- b) Causas predisponentes u ocasionales.

A: Causas determinantes:

Fué Pasteur quien demostrara que el agente habitual era el Estreptococo y con menos frecuencia el Estafilococo, el Colibacilo, el Gonococo y los anaerobios.

La mayor parte de las infecciones puerperales son ocasionadas por el Estreptococo, pero es evidente que para comprender adecuadamente el padecimiento, conozcamos la íntima relación que guardan la variedad de estreptococo causal con el curso clínico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad. Por tal razón se ne-

cesita conocer las diversas variedades de estas bacterias y sus características de patogenicidad, pues unos son patógenos y otros no; unos tienen propiedades hemolíticas y otros no la poseen; - algunos vulnerables y otros resistentes a la acción de los agentes quimioterapéuticos. Describiremos estos microorganismos en orden de frecuencia como se les ha descubierto como causa de la enfermedad.

a) Estreptococo hemolítico.

El Estreptococo hemolítico es la causa de infección puerperal fulminantes, severa, así como de las epidemias de esta enfermedad. Las variedades virulentas de estos microorganismos nunca habitan normalmente el conducto genital, y su descubrimiento en este indica invariablemente que fueron introducidos del exterior. Aunque se les ha encontrado en la vagina de mujeres normales durante la gestación inmediatamente después del parto, nunca se ha comprobado que estos microorganismos sean patógenos. En otras palabras: la infección puerperal causada por estreptococo hemolítico siempre es de naturaleza exógena.

La procedencia más común del estreptococo es de la nasofaringe. Colebrock Maxted y Johns descubrieron que entre 3 a 5% de las personas normales son portadoras de estreptococo hemolítico en la nariz y que de 5 a 10% los presentan en las amígdalas y la nasofaringe. Suele encontrársele también en la piel de las manos cuando al estornudar, son espulsados con las gotitas estos microbios. En cambio no se ha descubierto en la piel perianal ni en el perineo, tampoco en los excrementos de personas sanas. En consecuencia, la endometritis producida por es--

treptococo hemolítico, parece evidente provenir casi siempre de la nariz o la faringe de algunas de las personas encargadas del cuidado de la paciente. Otras infecciones estreptocócicas, como Endometritis, heridas infectadas, piezas de autopsias, etc. son el segundo motivo de contaminación a Estreptococo Hemolítico. Según Colebrook, el polvo e incluso el aire de la habitación en que hubo una enferma de esta infección pueden contener el microbio por varias semanas.

b) Estreptococo anaerobio.

Esta es la variedad que cauda más frecuente Endometritis, Schwarz y Dieckmann en una serie de 165 siembras de loquios de Endometriticas, descubrieron este microorganismo aproximadamente en 40% de los casos, aún más: en infecciones graves fué cultivado de la sangre en forma pura.

La circunstancia de que el estreptococo anaerobio es un habitante frecuente del conducto gerital de las embarazadas y puérperas normales, es de suma importancia en clínica. Estos gérmenes por lo general no son patógenos y no ocasionan manifestaciones clínicas. Estos, al parecer, se vuelven patógenos e invaden los tejidos maternos por la existencia de tejidos traumatizados y desvitalizados, por lo que el tocólogo lógicamente, debe ser muy cuidadoso en las intervenciones operatorias.

c) Estafilococo.

El Estafilococo es causa muy poco común de Endometritis, - aparte los abscesos consecutivos a la sutura de heridas perineales y vaginales.

Douglas y Rhee en un estudio bacteriológico hecho a 161 -

puérperas, en su mayoría infectadas, solo descubrieron estafilococo dorado en un cultivo uterino, y estafilococo blanco en ocho. En otro estudio subsecuente efectuado por Douglas sólo se descubrió estafilococo dorado en 2.1% de 565 enfermas de Endometritis.

Por cierto, a menudo existe estafilococo o *Micrococcus pyogenes* variedad *Albus* y variedad *Aureus* en la vagina de embarazadas normales. Debe señalarse que ninguna de las mujeres en quienes se descubrió estafilococo dorado (hemolítico) presentó infección puerperal ó alguna otra complicación.

d) Escherichia Coli y microorganismo a fines.

No obstante la proximidad del recto (lugar habitual del colibacilo), este microorganismo no invade frecuentemente el conducto genital de la mujer. Weinstein estudió la flora vaginal de 365 mujeres y sólo descubrió *Escherichia Coli* en 27 ocasiones y *Aerobacter Aerógenes* en 14. Aún más: no observó relación entre la presencia de estos gérmenes en el embarazo y la fiebre puerperal subsecuente.

Está comprobado que el colibacilo causa más comunmente infección intrapartum que postpartum y cuando ocasiona la segunda, de ordinario se asocia con el el *Estreptococo Anaerobio* como invasor secundario.

e) Clostridium perfringens.

Suele llamarse también, *Bacillus Welchii*; *Bacillus aerogenes capsulatus*; *Clostridium Welchii*; *Bacilo de Frankel*; *Bacillus perfringens*.

Aunque es una causa rara de infección puerperal, debe dársele considerable importancia ya que este germen suele acarrear

manifestaciones de inusitada violencia y gravedad intensa y alta mortalidad. En cierto modo recuerda a la atrofía Amarilla Aguda del hígado, 2 o 3 días post parto, la mujer presenta ictericia. Existe normalmente en el intestino del hombre y de animales inferiores. Se le puede cultivar del suelo y se ha descubierto repetidas veces en el polvo de salas de hospitales y laboratorios. Hay opiniones diferentes acerca de la existencia del bacilo aerógeno encapsulado en el conducto genital de embarazadas sanas, sin embargo las investigaciones al respecto indican con claridad que aproximadamente 1 de cada 20 grávidas alberga el microbio en la vagina. Entre 353 embarazadas, Falls halló el microbio en la vagina de 15 (5.9%); entre 78 pacientes de ginecología lo descubrió 13 veces (16.6%) y 5 veces (29.4%) en 17 casos de aborto incompleto.

La patogenicidad del microbio es muy variable, puede ocasionar síntomas de la mayor gravedad, como Hemólisis rápida, - colapso intenso del sistema vasomotor, gangrena gasógena metastática y algunas veces la muerte en 24 horas; en cambio, en - - otros casos es un parásito inofensivo, y hasta en las mujeres - en que se descubre el microbio en hemocultivo es posible que no produzca síntomas graves. La virulencia varía indudablemente - de sus diferentes cepas, al parecer lo importante que determina la producción de la infección es la existencia de tejido muscular traumatizado o muerto, lo que aumenta la patogenicidad del bacilo. De acuerdo con esto, la mayor parte de infecciones puerperales graves causadas por este germen son consecutivas al aborto criminal o a la extracción operatoria.

Es probable que la asociación de gérmenes aumenta la virulencia de ambos, pues así lo han revelado algunos estudios bacteriológicos.

El bacilo de Welch causa infección postabortum más a menudo que postpartum. El microbio produce 2 toxinas: una miotoxina que licúa la proteína y produce gases, y una hemotoxina que destruye los eritrocitos. A ellas se les imputa en gran parte, la característica sintomatológica del cuadro.

Gonococo. El gonococo, como agente exclusivo de la Endometritis se encuentra con muy poca frecuencia. Debido a que el gonococo tiene predilección por los oviductos de la puerperas - como de la mujer no embarazada, es muy posible y aún probable, - que el cuadro que se presente sea como endosalpingitis. En nuestro estudio de 500 casos no encontramos ninguno ocasionada por el gonococo.

g) Neumococo; Salmonella typhosa; Clostridium tetani.

Aunque ocasionalmente se descubren estos gérmenes en el cultivo de loquios, casi siempre los encuentran asociados a otros gérmenes, como estreptococos anaerobio.

h) Difteroides.

Con mucha frecuencia se descubren en los loquios microorganismos semejantes por su aspecto al bacilo de Klebs-Loeffler, por lo que se les ha dado el nombre de difteroides. Son muy comunes en cultivos mixtos; son habitantes normales del canal genital y no son patógenos.

B. Causas predisponentes u ocasionales. Se consideran como causas predisponentes a la Endometritis las albuminúricas, las autoin-

toxicadas, las diabéticas y las fatigadas o anémicas.

Si se trata después del aborto, lo que favorece el desarrollo de la Endometritis, es ante todo, las maniobras abortivas, - en particular la introducción de sondas y de agujas, etc., en el útero sin precauciones de asépsia, la retención total o parcial de las membranas placentarias.

Después del parto, puede tratarse de una autoinfección. - Los Gérmenes pueden llegar al útero por vía interna en el curso de una infección general - neumonía, gripe, erisipela o bien de una infección rinofaríngea. Por otra parte, las vías linfáticas y vasculares pueden favorecer la propagación del útero de una inflamación vecina (salpingitis, pelviperitonitis o incluso apendicitis anteriores). Lo más frecuente es que los gérmenes - sépticos procedan del exterior o bien preexistan en la vagina y sean transportadas al útero por el propio médico al efectuar la exploración de la parturienta, por un tacto vaginal séptico.

La ruptura precoz de las membranas predispone también - particularmente a la infección endometrial, pues dan a las bacterias, fácil y prolongado acceso al útero.

La hemorragia del alumbramiento como el traumatismo, son otros factores predisponentes de singular importancia; pues toda parturienta que haya presentado una hemorragia durante el - alumbramiento de más de 1000 cc, es un riesgo para presentar endometritis, ya que debe recordarse que la mayor parte de los métodos terapéuticos de la hemorragia obstétrica, requieren manipulaciones intrauterinas que a menudo ocasionan choque o introducen la infección. El traumatismo que, a más de la herida pla-

centaria, agregan otras soluciones de continuidad patológicas, tales como los desgarros cervicales, vaginales y perineales, - dan más vías de penetración para las bacterias, además la muerte de los tejidos, contribuyendo a debilitar más aún, las defensas orgánicas y permitir así, un medio favorable por excelencia para el desarrollo, multiplicación y aumento de virulencia de los gérmenes.

La retención total o parcial de la placenta predispone así mismo a la endometritis; los esfuerzos vigorosos y repetidos en caminados a expulsar la placenta por expresión traumatizan el útero o si se necesita la extracción manual introduciendo la mano entre el sitio placentario cruento y la placenta, es la forma más segura de llevar bacterias a ese sitio del utero.

La anemia, la desnutrición y otros estados de debilitamiento preexistente, también predisponen a la endometritis. Bickertaff comprobó que en igualdad de circunstancias la morbilidad puerperal está en razón directa con el grado de anemia que padezca la embarazada en el último mes de la gestación.

PATOLOGIA DE LA ENDOMETRITIS POSTPARTO.

El período de incubación tarda de unas pocas horas hasta - varios días, después del cual las bacterias invaden el area -- cruenta de inserción placentaria y se produce la reacción característica de la herida. Los vasos anguíneos se congestionan así como los linfáticos cercanos a la infección y hay derrame del suero en los tejidos y en la superficie de la lesión. Ya sea - que la infección comience en el sitio placentario o en otra parte, se disemina con mucha rapidez a todo el endometrio; mientras

tanto los leucocitos emigran con rapidez atravesando las paredes de los capilares, llegan a los tejidos subyacentes y forman una densa barrera de protección. Además de esta pared de protección que forman los leucocitos y del derrame del suero que contiene gran cantidad de anticuerpos hay otra protección muy importante - que es la firme contracción de los fascículos musculares del útero que tiende a ocluir los vasos sanguíneos y linfáticos. Estos tres mecanismos son el medio de que se vale la naturaleza para restringir la infección a las capas más superficiales del endometrio.

El aspecto del endometrio es muy variable, a veces la membrana mucosa está esfacelada y necrosada, hay abundantes fragmentos tisulares, el exudado es copioso y fétido, sanguinolento y espumoso. Por regla general la involución se retarda mucho - pero en ocasiones no se altera.

En el examen microscópico se descubre una capa muy delgada de substancia necrótica que contiene bacterias y la zona de infiltración leucocitaria es incompleta.

Hay que recordar una cosa muy importante y es que cuando la infección endometrial dura mucho, la muerte puede ser causada - por infección metastática en pulmones y otros órganos a pesar de que haya curado la lesión original del endometrio.

Sintomatología. La endometritis post parto, suele ponerse de manifiesto al tercero o cuarto días del puerperio, con signos y síntomas generales y locales. Representará siempre la de una reacción febril. El cuadro clínico de endometritis dependerá principalmente del tipo y virulencia del microorganismo causal.

Entre los signos y síntomas generales, la paciente presentará comúnmente: cefaleos, insomnio, anorexia más o menos intensa, sensación de frío, temperatura superior a 38° grados C. y persistir desde el tercero hasta el 5° días, en los casos benignos; en los casos graves, la temperatura alcanza de 40° a 40.5° C. grados, acompañado de escalofrío taquicardia paralela, decaimiento, cefalalgia, dolor hipogástrico. En general, la temperatura comienza a subir aproximadamente 48 horas después del parto y tiene ascensos con remisiones matinales, lo que da una gráfica "en dientes de sierra".

El pulso tiende a seguir la curva de la temperatura; pero en la infección grave suele ser rápido desde el comienzo.

Los signos locales, están dados por: útero subinvolucionado, es decir, grande blanduzco, indolente o poco doloroso, mal contraído; esto y el descúbito dorsal, por la retroflexión uterina, entorpece la eliminación loquial quedando retenidos y dan el cuadro llamado: loquiómetra. Los loquios se alteran en su naturaleza y cantidad; son escasos a veces pero, lo general es que sean abundantes; de aspecto grisáceos, achocolatados, acompañados con frecuencia por trozos de mucosa, restos de membranas y coágulos en vías de descomposición; en los días que siguen, se vuelven espesos, cremosos, purulentos. Su fetidez es variable. Una puerpera no debe presentar localmente ningún mal olor, si este existe, es decir la puerpera presenta fetidez de loquios, hay que buscar la causa en la deficiencia de higiene ó en un principio de la infección. Esta es de temer si el color llega a ser pardo y el aspecto purulento; estas características, sobre todo la fetidez se ha considerado como un signo importan-

te de infección endometrial y por supuesto, se debe a la invasión de la cavidad uterina por bacterias putrefacientes, en particular ciertas especies de estreptococo anaerobio y de colibacilo, por lo que sustente, que la alteración del aspecto y fetidez de los loquios, puedan encamizarnos porque son datos útiles, a sospechar sobre el agente causal; más sin embargo, debe mencionarse aquí, que en ocasiones, la endometritis grave causada particularmente por el estreptococo hemolítico beta, se acompaña de loquios escasos e inodoros.

EVOLUCIÓN DE LA ENDOMETRITIS.

La Endometritis como foco, puede ser la primera etapa de una infección puerperal grave. De ser así, a medida que la infección avanza, los signos citados son enmascarados por otros más importantes.

Lo habitual, con un tratamiento correcto, es que la endometritis sea la única manifestación. Dura seis a ocho días, la temperatura desciende en lisis y el pulso la acompaña. Los loquios pueden persistir fétidos, abundantes, muchos días más.

Cuando en la endometritis participa el miometrio, puede llegar a dar cuadros serios, como ocurre en la miometritis disecante, en la cual, el proceso purulento se sitúa en plena pared o se enquistas, manteniendo el cuadro infeccioso un tiempo variable, o bien se evacúa espontáneamente en la cavidad uterina, en la vejiga o en el recto, o bien, en la cavidad peritoneal, dando peritonitis localizadas o generalizadas.

El absceso intramural (cuadro vecino al antes descripto), y

la gangrena uterina (cuadro muy grave), son felizmente raros.

DIAGNOSTICO.

La fiebre que aparece después del parto casi siempre es causada por Endometritis; por ello, debe diagnosticarse esta enfermedad siempre que haya aumento de la temperatura en el puerperio, a menos que se tengan pruebas concluyentes de que la hipertermia se deba a causas extragenitales. A menudo es fácil diagnosticar la endometritis, particularmente cuando son manifestos los signos y síntomas mencionados y hubo que hacer muchas manipulaciones vaginales o intrauterinas durante el parto; sin embargo, en los casos benignos la fiebre puede ser el único signo. A toda puérpera con fiebre de 38° C. debe hacerse un reconocimiento completo para excluir todas las causas extragenitales de la hipertemia - y llegar al diagnóstico exacto.

Se podrá completar el examen con un tacto vaginal, cosa que no es indispensable ni aconsejable, pero en muchos casos puede suministrarnos valiosos datos, amén de la utilidad de introducir cuidadosamente una sonda delgado en la cavidad uterina con el propósito de hacer el diagnóstico bacteriológico. Actualmente se le ha dado mayor importancia que en años anteriores, porque para administrar adecuadamente los agentes terapéuticos modernos se requiere la identificación exacta de los agentes causales de la enfermedad. Debe efectuarse siempre que entre el 20 y 60 días inclusive, se mantenga una fiebre de 38° C, o más, por espacio de 24 horas. El cultivo tiene poco valor después del -

60 día, pues transcurrido este período normalmente existen en el útero diversos microorganismos, de origen vaginal.

En todos los casos en que la temperatura llegue a 39.5°C., es necesario hacer homocultivo. Este debe hacerse a principio del escalofrío y hacer intentos repetidos a fin de satisfacer el resultado.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

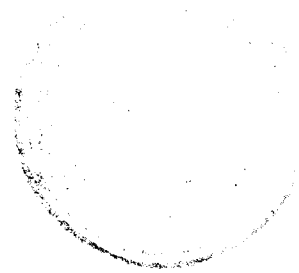
Las causas extragenitales más comunes de fiebre en el puerperio son: infección de las vías respiratorias (gripe, amigdalitis, neumonía), pielitis, mastitis y tuberculosis pulmonar. En la actualidad, la fiebre tifoidea y el paludismo son causas menos frecuentes.

De los padecimientos citados, el diagnóstico diferencial con la Pielitis es muy difícil y puede ser imposible descartarla. Por supuesto, en los casos característicos la orina turbia con abundantes piocitos conglomerados, la colibaciluria, la hiperestesia en el ángulo costovertebral y la temperatura en agujas indican claramente pilitis. Sin embargo, este síndrome es de grado variable; a veces se descubre moderado número de piocitos conglomerados en la orina obtenida por sondeo en púerperas normales, e igual cosa puede decirse de la colibaciluria; además, hay escalofríos en la endometritis y en la pielitis. - Por este motivo opino que el médico debe proceder con mucha cautela antes de diagnosticar pielitis en el puerperio, lo que se hará cuando haya por lo menos 50 piocitos conglomerados por campo (objetivo de gran ampliación) además del síndrome típico; este es: hipertermina en agujas y dolor a la presión en el Ángulo

costovertebral.

La congestión de las mamas ocasionalmente produce además de los síntomas locales, un solo ascenso breve de la temperatura en cualquier momento de los primeros 10 días del puerperio; el cuadro clínico se caracteriza porque nunca dura más de 24 horas, y la temperatura en el día anterior y el subsiguiente es completamente normal. La curva de la temperatura en la mastitis verdadera suele ser constante y se acompaña de signos y síntomas mamarios, que se manifiestan dentro de las 24 horas subsiguientes.

Las infecciones de las vías respiratorias se descartan fácilmente con el signo premonitor del estornudo, además de la tos, garraspera de garganta y febrícula.



TRATAMIENTO:

El descubrimiento de las sulfamidas y de los más recientes y mejores antibióticos ha revolucionados notablemente el tratamiento y el pronóstico de la endometritis originando además una disminución de las formas graves y complicaciones de las infecciones pélvicas, aunque aún en la actualidad la endometritis -- probablemente sea casi tan frecuente como antes, gracias al tratamiento rápido y tan eficaz de los antibióticos, parecen haber disminuido considerablemente las secuelas de ésta enfermedad. Los abscesos pelvianos o intra-ováricos, peritonitis pelviana, ya son muy raros observarlos.

En realidad estos medicamentos son eficaces, pero irududablemente es prudente suplementarlos con todo los métodos cuya eficacia quedó comprobada antes de la época actual. Por lo que en consecuencia, debe tratarse a una paciente de endometritis con antibióticos y métodos aunque simples, de reconocida eficacia, como son: reposo y sedación, ya que la enferma después de su parto queda por lo general débil, intranquila y en condiciones sépticas.

Aparte del colabacilo, la penicilina es eficaz contra casi todos los micro-organismos que ocasiona endometritis. Está ya reconocida su eficacia contra el Estreptococo Hemolítico, el Bacilo de Welch y el Estafilococo. Según demostraron concluyentemente Guilbeau, Schaub y Andrews, casi todas las especies de Estreptococo Anaerobio son susceptibles a la Penicilina, pues tomaron siembras uterinas de 86 púerperas, a 54 de ellas se --

administraron con anterioridad dosis variables de penicilina; a las otras 32 se les tomó como grupo testigo (no se les trató con antibióticos) en 30 se obtuvieron diversas bacterias, la mayor parte, *Streptococcus anaerobius* y bacteroides. De las 54 - pacientes tratadas con penicilina, 32 siembras fueron estériles, en ocho solo se observaron gérmenes no patógenos. Sólo - en 14 siembras de este grupo se observaron abundantes bacterias, en cuatro de los casos coliformes, resistentes contra la penicilina. Harris y Shook, han observado que la penicilina es muy - eficaz cuando se comienza a administrar desde el principio de - la enfermedad.

Como la penicilina es eficaz contra el colibacilo y tiene menor eficacia que las sulfamidas contra otros microbios comunes, siempre se administra aquella en combinación con algunas de éstas, en particular, con gantrisin para dar protección suficiente. En ciertos casos, cuando la infección endometrial - es grave o que esta combinación (Penicilina y Gantrisin), es - ineficaz pueden ser útiles otros antibióticos, como la estreptomina cloromicetina, tetraciclina, etc., La penicilina la estreptomina, poseen acción sinérgica.

La dosis de penicilina, varios autores recomiendan si el caso es grave, no menor de un millón de U. al día, pero si es benigno bastan con 400,000 U. dos veces al día. La dosis de - Estreptomina no debe exceder de 2 gr. en casos más graves --

han resultado más útiles la Aureomicina, el cloranfenicol y la Terramicina.

Actualmente debe acompañarse a los antibióticos, Sintosi-
nón disuelta en suero D/A. dependerá el caso para la dosis, --
así tenemos que algunos administremos 5 o 10 U. de Sintosirón
en 500 o 1000 c.c. de D/A. al 5% endo-veroso cada 24 horas por
3 o cinco días.

Entre las medidas generales para tratar la endometritis,
debemos indicar lo siguiente: En infecciones benignas (tempera-
tura menor de 38°C., pulso de menos de 100 y sin escalofrío).
Aquí es innecesario destetar al niño; pero combíene el aisla-
miento para evitar la contaminación de otras pacientes y dar a
la enferma mejor oportunidad para que descanse. colocada en -
posición de Fowler para facilitar el drenaje de los loquios y
que le brinda alivio al relajar la musculatura abdominal; se le
administra un ocitócico oral, cuatro tomas al día por dos días,
para mejorar la tonicidad uterina; líquidos abundantes, tres -
litros por lo menos en 24 horas.

Hacer la siembra de loquios incluso en los casos benignos,
y sensibilidad antibiótica para conseguir el descubrimiento del
gérmen y prescribir el tratamiento adecuado. En los casos más
graves es indispensable el aislamiento; debe suspenderse el a-
mamantamiento, no solo porque agota a la madre, sino porque sue-
le ser infructuoso cuando hay fiebre.

Además debe valorarse detenidamente el estado anatómico, pues la anemia produce la eficacia de las medidas terapéuticas. Si la concentración de hemoglobina es menor del 75% está indicada la transfusión de sangre.

PROFILAXIS:

Durante el embarazo; como la anemia predispone a la infección puerperal, es necesario hacer la biometría hemática a toda embarazada y tratar la insuficiencia de hemoglobina mediante la administración de hierro. El estado general de nutrición de la paciente es, desde luego, un factor de importancia y en toda embarazada debe indicarse la necesidad del régimen alimenticio bien valorado y rico en vitaminas. Se prohibirá estrictamente las relaciones sexuales en los últimos meses de la gestación, en ciertas clases sociales es bastante común el coito cuando la gestación está avanzada, y es muy posible que de esta manera se introduzcan gérmenes en el conducto genital, o bien que se transporten las bacterias pre-existentes en la bulva o en la porción inferior de la vagina. Se conocen muchos casos de endometritis mortal y se debió a este mecanismo, y en algunos casos la introducción del pene ocasionado ruptura de las membranas; es comprobado que el miembro viril nunca está estéril, repetidamente se ha cultivado estreptococo patógeno del prepucio.

Los baños de inmersión deben ser proscritos; deben evitarse sobre todo en los dos últimos meses del embarazo, y más aún en multíparas ya que éstas tienen la vulva entre abierta y haga que el agua del baño entre en la vagina o introduzca bacterias extrañas.

Durante el parto: El médico atenderá el parto cuidando la a--sépsia más estricta, la exploración vaginal (digital o instrumental) ha de efectuarse solo cuando sea absolutamente necesario la introducción de un dedo en la vagina durante el parto implica riesgo de ocasionar infección, pues aunque el guante que cubra la mano esté completamente estéril, fácilmente transporta bacterias patógenas de la porción inferior a la superior de la vagina. Así pues, se aconseja solo el tacto rectal y la palpación abdominal, que en 19 de cada 20 casos suministra los datos necesarios, ahora bien, cuando el parto no está progresando normalmente y que el tacto rectal no permita ofrecer el estado real de las cosas, puede ser indispensable la exploración vaginal, con estricta asepsia.

Como el origen más común de las bacterias extrañas transportadas al conducto genital es la nasofaringe del médico y sus ayudantes, es imprescindible que el tocólogo, sus ayudantes y las enfermeras usen mascarillas; esta regla se observará no sólo durante el parto, sino en cualquier otra ocasión en que se descubran los órganos genitales externos, como para efectuar --tacto rectal ó vaginal por ejemplo. La mascarilla debe cubrir la nariz y la boca. Si alguna de las personas que atienden a la

parturienta padece de infección de las vías respiratorias superiores, la mascarilla es inútil; en estas circunstancias debe prohibirse terminantemente que estas personas entren a la sala de partos o a la habitación de la parturienta.

Debe procurarse ocasionar el menor número posible de heridas para evitar la infección, para lo cual es preciso abstenerse de operaciones innecesarias, ejecutar con suma delicadeza -- las que sean indispensables, reparar inmediatamente todas las heridas y procurar en el tercer período que la paciente no pierda sangre. Si a pesar de estas precauciones la hemorragia postparto es excesiva, de 1000 cc. o más, debe reponerse la sangre dentro las 24 horas al parto; el volumen de sangre transfundida nunca es menor que la mitad del derrame de sangre calculado; en mujeres pequeñas que pesan menos de 59kg., por lo que común la hemorragia de 800 cc. indica que debe hacerse la transfusión, la que también puede ser necesaria cuando hay anemia preexistente y la hemorragia es menor.

Durante el puerperio. Debe advertirse que la finalidad de la limpieza perineal sistemática en el puerperio no es la antisepsia, sino el aseo y la comodidad de la paciente; pues el conducto genital continúa siendo una superficie cruenta por muchos días -- después del parto, aunque está protegida contra la invasión de bacterias extrañas porque la vulva está cerrada, a condición de que no se rompa esta defensa con los dedos de la paciente, a la que se hará la advertencia correspondiente, pues al separar los labios de la vulva con el fin del aseo, permite que entre en la vagina agua contaminada. Por regla general, el mejor procedi--

miento es el más sencillo, apósito perineal esterizado que - se cambiará con frecuencia, por lo menos cada 4 horas en la primera semana y de ahí en adelante cada 8 horas. Nunca deben hacer irrigaciones vaginales en los 10 primeros días; pero de ahí en adelante se permitirá la irrigación con poca presión, no más de 45 cms. por arriba del orificio vaginal, debe colocarse el - depósito o irrigador. Toda paciente que padece endometritis debe de ser aislada y se tendrán todas las precauciones con respecto a las batas y a la desinfección de las manos para evitar que los microbios sean transportados a otras púerperas. El éxito de este procedimiento requiere atención y vigilancia constantes.

SEGUNDA PARTE.

MATERIAL Y METODOS.

De 12,151 partos atendidos en la Maternidad del Hospital Roosevelt del 20 de Junio 1962 al 20 de Julio de 1963, se seleccionaron 500 registros de pacientes Codificados como Endometritis Post Parto.

Aún reconociendo la conveniencia de la recopilación personal de los datos para tener una apreciación más completa de la enfermedad, lamentablemente no fue posible llevarlo a cabo no solo por lo costoso, sino por el tiempo tan grande que llevaría contar finalmente con un estudio de tal magnitud. El hecho de haber revisado datos compilados por terceras personas, sin un objetivo preestablecido, explica que en algunos casos se encuentre cierta información sin referencia, lo cual ha limitado el grado de confiabilidad de algunos resultados.

Los registros seleccionados se estudiaron de acuerdo a los signos y características del cuadro clínico de Endometritis, tales como: temperatura por arriba de 37,5 grados y sostenidas por lo menos 2 tomas, fetidez y purulencia de Loquios, Calofríos, cefalea, anorexia, dolor abdominal e hipogástrico, etc., así como a los aspectos siguientes que se detallan: motivo de consulta; control prenatal; paridad; tipo de parto; estado de las membranas; tiempo de ruptura de las membranas antes del parto; infección amniótica previo al parto; tiempo transcurrido entre parto y apareamiento del cuadro; edad; condiciones de vivienda y procedencia; parto efectuado dentro ó fuera del H.R.; métodos de diagnóstico tratamiento y resultados, con el objeto de obtener -

características locales referente a esta complicación obstétrica. Además fueron objeto de estudio, otros indicadores, como: estado Civil y grupo étnico.

ANALISIS ESTADISTICO.

Una vez completada la revisión, se procedió a su tabulación, habiéndose preparado de dicha información 12 cuadros de conformidad a los aspectos anteriormente mencionados y de interés para el presente trabajo de tesis.

La interpretación de la información compilada permitió, mediante comparaciones, promedios y otros instrumentos de analisis, arribar a conclusiones sumamente interesantes por cuanto reflejan hechos que deberán ser aprovechados para ser aplicadas a una disciplina hospitalaria. Como dijimos desde el principio, este trabajo se realizó mediante la revisión de 500 registros médicos pertenecientes a madres que durante su estancia en la maternidad del hospital Roosevelt, tuvieron necesidad de permanecer más tiempo hospitalizadas debido a que su puerperio se vió complicado por: Endometritis. Dijimos que el número de pacientes atendidos durante el año que se estudió fué de 12,151, de los cuales 500 se complicaron, lo que equivale a un 4% de Endometritis en nuestro medio.

Los datos generales que revisamos en todos los registros fueron: Motivo de consulta; Control prenatal; Paridad; Tipos de Parto; Estado de las membranas antes del parto; Tiempo de ruptura de las membranas; Infección amniótica previa; Tiempo transcurrido entre parto y aparecimiento del cuadro; Edad; Condiciones

de vivienda y Procedencia; Métodos de diagnóstico; Tratamiento y resultados.

1. MOTIVOS DE CONSULTA.

Total casos.	500	100
Con Embarazo y trabajo de parto	128	25 %
Embarazo, ruptura prematura de membranas y trabajo de parto	65	13.0%
En puerperio Mediato y que tuvieron su parto en el Hospital	103	20.6%
Con puerperio Mediato y que tuvieron su parto fuera del Hospital	199	39.8%
En puerperio Mediato con retención de placenta. Partos fuera del Hospital	5	1.0%

Según este cuadro, de las 500 pacientes que presentaron el cuadro de Endometritis 301 tuvieron su parto en el hospital, lo que equivale a un 60.2 %. De estas 301, 193 permanecieron en el hospital desde su ingreso, habiendo adquirido ahí mismo la enfermedad; 103 efectuaron su parto en la maternidad del Roosevelt, salieron en buenas condiciones a las 48 horas y regresaron todas entre el 4o y 5o. día post-parto con la enfermedad ya manifiesta y 204 pacientes efectuaron su parto en condiciones sépticas en sus casas e ingresaron también con la enfermedad manifiesta 4 ó 5 días más tarde, sin embargo creemos que de los partos asistidos en el hospital no todos se realizaron en condiciones asépticas ya que en nuestra investigación encontramos que 37 fueron atendidas septicamente en sus camas por no haber dado tiempo de ponerlas en Sala de Parto.

2. PRENATAL

Total casos	500	100
Sin control prenatal.	357	71.4%
Con control prenatal	122	24.4%
sin referencia	21	4.2%

Este cuadro es en sí bastante elocuente pues demuestra que - de 500 casos conocidos, más del 70% no tuvieron asistencia médica prenatal, quedando por lo tanto confirmado con datos numéricos, que las pacientes que durante el período prenatal no cuentan con asistencia médica, están en mayor grado expuestas a -- presentar la Endometritis, por falta de orientación a los concimientos de profilaxis.

3. PARIDAD

Total casos.	500	100
Primíparas.	176	35.2 %
Secundíparas.	87	17.4 %
Multíparas:		
De 3 a 5	135	27.0 %
" 6 a 8	37	7.4 %
" 9 a más	38	7.6 %
Abortos	9	1.8 %
Sin referencia	18	3.6 %

Consideramos que la razón por lo que el cuadro de Endometritis fué más frecuente en pacien es primigestas se debió a:

- a) Excesivos controles en cuarto de Labores.
- b) Exámenes vaginales repetidos (más de siete).
- c) Episiotomía y Episiorrafia.
- d) Ruptura artificial de membranas en cuarto de Labor.
- e) Por último, una causa no común pero sí causal, fue el olvido de compresa intravaginal al suturar episiotomía.

4. TIPOS DE PARTO.

Antes de principiar este capítulo definiremos en breves palabras dos términos:

Parto Eutócico, es el que se efectúa siguiendo los mecanismos naturales sin el concurso de ninguna maniobra obstétrica externa o interna y que cumple los tiempos fisiológicos aceptados como normales.

Parto Distócico, es todo aquel que en el transcurso de su evolución presenta alguna alteración mecánica o fisiológica que necesite maniobras obstétricas .

TIPOS DE PARTO.

Total casos	500	100
Eutócicos atendidos en el Hospital	228	45.6%
" " fuera del Hospital	204	40.8%
Distócicos atendidos en el Hospital	68	13.6%
" " fuera del Hospital	0	0.0%

Según las definiciones el parto distócico traería mayores consecuencias por las maniobras que se efectuaron, aunque hayan sido hechas con precauciones de asepsia.

Contra todo lo esperado, las cifras que el cuadro arroja nos conducen a conclusiones diametralmente opuestas. Por una parte, se aprecia que la casi totalidad de los casos (86.4%) correspondieron a partos de tipo Eutócico, mientras que la minoría fueron partos Distócicos. Es necesario saber la relación E.D.

Las Distocias que hubo fueron:

Aplicación de Forceps bajos	13	
Aplicación de Forceps medio instrumental ..	6	
Aplicación de Vacum extractor	7	
Gran Extracción pelviana	3	
Cesáreas Segmentarias Transperitoneales ..	39	
	<u>68</u>	Total 68.

Ahora bien, estos resultados tampoco pueden tomarse como concluyentes ya que la experiencia ha demostrado que la frecuencia con que se presentan estos últimos en relación con los partos - Eutócicos es menor, hecho que es el que queda demostrado en el cuadro No. 4.

Más importante hubiera sido, para verificar este aspecto, conocer de una muestra total de partos de tipo distócico, qué grado de incidencia tuvo la enfermedad, sin desestimar, sin embargo, la importancia que otros factores tienen en la manifestación de la misma.

Llama la atención que de las distocias, la que más se complicó con Endometritis fué la Césarea Segmentaria Transperitoneal y que en nuestra opinión debería ser más baja la incidencia ya que cuando esta se practica se hace bajo condiciones estrictas de -- asépsia. La razón que le damos a esta mayor incidencia es que -

fué a las pacientes que más tactos vaginales se les practicó, y que en los casos de procedencia de cordón (12 casos), sufrimiento fetal (9 casos), la asépsia de la región abdominal no fué satisfactoria por la premura de tiempo y agregado a esto, la introducción de la mano de otra persona en la vagina de la paciente para rechazar la presentación.

5. ESTADO DE LAS MEMBRANAS A SU INGRESO.

Total casos	500	100
Enteras.	312	62.4%
Rotas.	65	13.0%
No referidas . . .	123	24.6%

Este aspecto fue objeto de cuidadoso análisis por cuanto la ruptura prematura de membranas está considerado como causa principal de Endometritis post parto; implica desde ya, un riesgo de infección. Siendo pues de suma importancia este rubro, no tengo más que lamentar al encontrar un gran número de casos (123) sin referencia de ellas; presentando unicamente en nuestro presente estudio el 13% como probable causa de Endometritis post parto.

6. TIEMPO DE RUPTURA DE LAS MEMBRANAS PREVIO AL PARTO.

Total de casos	500	100
Recientemente, menos de 24 horas....	34	6.8%
Tardíamente, más de 24 horas	12	2.4%
Tiempo no anotado en papeletas . . .	19	3.8%
Casos sin referencia	435	

No menos interesante es este estudio sobre el tiempo de ruptura de membranas antes del parto, ya que significa lógicamente que a mayor tiempo que permanezcan rotas las membranas, más expuesta está la paciente a la infección; sin embargo nuestro cuadro indica lo contrario, pues en él se aprecia que las que presentaron ruptura de membranas previas al parto un tiempo menor de 24 horas alcanzó el mayor número (6.8%) ó sea 34 de los 65 casos observados.

Esto sólo tiene una explicación y es, la de encontrar una -- muestra de 500 con gran número de casos sin referencia.

7. INFECCION AMNIOTICA PREVIA.

De las 500 papeletas revisadas, desafortunadamente, solo encontramos diagnosticadas, cuatro casos de Amnioítis.

Este capítulo bien puede ser subsecuencia del anterior puesto que la causa de infección amniótica la da en una gran mayoría, la ruptura de membranas; considerando potencialmente infectadas toda ruptura prematura de membranas. En Estados Unidos consideran que existe infección amniótica cuando las membranas han sido rotas 12 horas previas al parto. Aquí en Guatemala el tiempo para esta apreciación es el mismo ó sea 12 horas.

En algunas ocasiones se ha presentado el cuadro de amnioítis con membranas aparentemente enteras, pero al investigarse detenidamente se encuentra que la ruptura de estas fué alta; y otras veces no se encuentra razón, presumiendose únicamente que el agente microbiano causal provenga extragenital por vía hemática ó linfática.

Bajo todo punto de vista, vemos que este capítulo, tan interesante como que es factor determinante del cuadro que nos ocupa, es menester en lo sucesivo, que en toda maternidad se investigue con más ahínco para que no se repita el desaliento que experimentamos al encontrar de la muestra sólo cuatro casos de amnionitis.

8. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE PARTO Y AFECIMIENTO DEL CUADRO.

Total casos.	500	100
1er. día	40	8.0 %
2o. día	129	25.8 %
3er. día	168	33.6 %
4o. día	35	7.0 %
más tarde	44	8.8 %
Sin referencia del tiempo	84	16.8 %

La práctica hospitalaria en este sentido, nos dá derecho a afirmar que la Endometritis post parto suele ponerse de manifiesto 48 a 72 horas del puerperio .

Si recordamos, cuando hablamos de los Loquios, dijimos que - los loquios serosos aparecían del tercer día en adelante y que en su composición había glóbulos rojos y blancos, linfa y bastantes bacterias, dato afirmativo que la Endometritis fué más - frecuente en el segundo y tercer día, por lo menos en nuestro - estudio.

9. EDAD

Total Casos	500	100
De 15 a 19 a	124	24.8%

de 20 a 24 a	165	33.0%
" 25 a 29 a	113	22.6%
" 30 a más años	98	19.6%

Estrechamente vinculado con este aspecto, está el cuadro No. 3 de la paridad, en que se hizo observar los factores por los cuales, en primíparas, es más frecuente que se presente la Endometritis post parto. Debo abregar, que en la práctica hospitalaria casi por regla general a toda secundigesta también se le practica episiotomía; en tal virtud si sumamos el número de primíparas con el de secundíparas del cuadro No.3 nos dan un total de 263 casos, que casi viene a coincidir con los 289 casos que contaban entre los 15 a 24 años del cuadro No. 9, edades en que la gran mayoría fueron primigestas y secundigestas.

10. PROCEDENCIA Y TIPO DE VIVIENDA

A fin de determinar el grado de importancia que las condiciones de vivienda y salubridad tienen en la manifestación de la enfermedad, se hizo una clasificación por zonas de procedencia; sin embargo, de los 500 casos registrados, solamente se obtuvo información de 461 mientras que de los 39 restantes, 7 no tenían referencias y de los 32 se dudó del procedimiento de encuesta.

PROCEDENCIA.

Zonas	total	500	100
1	51		10.2%
2	4		.8%
3	32		6.4%

Zonas	Total	
4.	1	.2%
5.	54	10.8%
6.	58	11.6%
7	68	13.6%
8	27	5.4%
9	3	.6%
10	5	1.0%
11	40	8.0%
12.	25	5.0%
13.	11	2.2%
14.	5	1.0%
Fuera de la Capital.	77	15.4%
Sin referencias. . .	7	1.4%
Se dudó del procedimiento	32	7.4%

Ahora bien, las 461 encuestas aceptadas, permitieron comprobar que las zonas 2, 4, 9, 10, 13 y 14 presentan el menor número de casos (29) equivalentes solamente al 6% del total, mientras que el 94% restantes proviene de las zonas donde se encuentran familias muy pobres, como las zonas números, 5, 6 y 7 que agruparon solo ellas el 36% del total.

Así mismo, dentro de esta primera clasificación se hizo una segunda subdivisión agrupando las viviendas según satisficiera ó nó, las exigencias mínimas de salubridad e higiene; en tal sen--

tido se catalogaron como "adecuadas" e "inadecuadas".

<u>VIVIENDA.</u>		<u>Adecuada</u>	<u>Inadecuada.</u>
Zonas	Total	<u>461</u>	<u>419</u>
1.	51	11	40
2.	4	--	4
3.	32	1	31
4.	1	-	1
5.	54	3	51
6.	58	6	52
7.	68	6	62
8.	27	4	23
9.	3	1	2
10.	5	1	4
11.	40	8	32
12.	25	1	24
13.	11	-	11
14.	5	-	5
Fuera de la capital	77	--	77

El resultado de estas relaciones fue altamente interesante. Por una parte, destaca el hecho de que solamente el 9 % de viviendas quedaron comprendidas dentro del tipo "adecuadas", en consecuencia, el 91% de las pacientes observadas reside en viviendas que carecen de las condiciones de higiene y salubridad necesarias para preservar la salud de sus moradores, aún más, viene a incrementar esta situación, su indigencia que hace de

esos hogares, un acinamiento.

Este es quizás, de cuantos factores se han analizado, el más importante y que aporta resultados más concluyentes, permitiendo aseverar que los aspectos de higiene y condiciones de vivienda son factores que deben merecer atención especial.

11. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO QUE SE SIGUIERON.

Clínicamente el diagnóstico de Endometritis post parto es bastante fácil, no obstante, debemos llegar hacia otros métodos que complementen su estudio a fin de tener la seguridad de la enfermedad y aplicar una conducta adecuada frente al problema.

Los métodos de diagnóstico empleados en nuestro estudio, fueron:

a) Cultivo de Loquios.

Total casos	500	100
Informados	74	14.8%
Informes negativos	15	3.0%
Sin referencia	411	

Este cuadro no tiene más valor que el señalar mi extrañeza de encontrar solo el 14.8 % de los 500 casos, con informes del cultivo, explicando que las pacientes con un cuadro de Endometritis leve, generalmente su hospitalización es de 2 a 5 días, en primer lugar por los buenos resultados del tratamiento y segundo, por la imperiosa necesidad de mantener camas libres para otras pacientes, ya que esta maternidad del Roosevelt, actualmente sobre pasa el cupo de enfermas. Por esta razón, en muchos casos el informe del cultivo de Loquios, llegó al servicio cuando la paciente ya había egresado, no siendo anotados en su respectiva papeleta.

El cultivo debe efectuarse siempre entre el segundo y sexto día inclusive cuando se mantenga una temperatura de 38° C ó - más durante 24 horas, pues al practicarse más tarde deja de tener valor por que ya existen en el útero diversos gérmenes de origen vaginal.

De los exámenes informados quiero resumirlos en el siguiente cuadro.

Exámenes informados indicando el agente microbiano causal.

Escherichia coli	8
Estafilococo albus hemolítico	9
Estafilococo aureo hemolítico	7
Estafilococo albus no hemolítico	12
Estafilococo albus hemolítico	3
Streptococo alfa	2
Streptococo beta	2
Streptococo gamma	1
Difteroides	18
Proteus	8
Bacilo coliformes	4

Para completar estudio y hacer diagnóstico diferencial, se emplearon otros exámenes que se detallan de la manera siguiente:

Hemocultivos	13.
Urocultivos	30.
Coprocultivos	10.
Gota gruesa	15.
Widal	18.
V.D.R.L.	60.

Además se les práctico exámenes de rutina y otros como: Dosi

ficación de Albúmina a 19; Sedimentación 4; química sanguínea 17; Bilirrubina 2; esputo seriado 3 y orina completa a la gran mayoría de casos.

12. TRATAMIENTO Y RESULTADOS.

Bajo este acápite se entran a conocer dos aspectos estrechamente vinculados entre sí; por una parte, a) el tratamiento médico a que fueron sometidas las 500 pacientes; y por el otro, b) el tiempo de hospitalización.

A) <u>Tratamiento.</u>	<u>No. casos Curadas Mejoradas</u>		
1. Penicilina-ocitócicos simples	19	12	7
2. Penicilina-Soluciones I.V. con Ocitócicos (sintocinón)	110	79	31
3. Penicilina	102	71	31
4. Penicilina-Estreptomicina-ocitócicos I.V.	92	62	30
5. Penicilina-Estreptomicina	107	80	27
6. Penicilina-Estreptomicina-Ocitócicos simples	56	34	22
7. Sin referencia	14	--	--

El primer análisis nos indica, con excepción de los 14 casos sin referencia y de los 19 tratados con penicilina y ocitócicos simples, las 5 restantes combinaciones son en número, cada una de ellas bastante representativas.

Surge de este cuadro que los diversos tratamientos son a base de penicilina con combinación de ocitócicos simples ó en solución y estreptomicina. Los resultados sin embargo, no son concluyentes en cuanto a cual de todos puede ser considerado el mejor. En efecto, el porcentaje de mujeres curadas con cada uno de las diversas combinaciones analizadas se ha mantenido entre un mínimo del 61 % y un máximo del 75 % es decir que ningún tratamiento cursó el 100 % de los casos.

B) Alta y curación.

	No. casos.	curadas	Mejoradas
de 1 a 6 días.....	329	242	87
" 7 a 12 días	120	76	44
" 13 a más	44	19	25
sin referencia...	7		

El segundo aspecto, es decir después de qué período de tratamiento fueron dadas de alta y las condiciones de salud a su egreso, se analizan en este cuadro. Se aprecia en el mismo que las dos terceras partes de las pacientes estuvieron hospitalizadas - entre uno y seis días, que un 24 % necesitó entre 7 y 12 días -- mientras que el 8 % de casos conocidos pasó de 13 días. De 7 casos equivalentes al 2% no se tuvo información.

El total de pacientes que salieron curadas ascendió a 337, representando el 70 % de casos de los que se tuvo información y -- solamente el 30% restante, igual a 156 personas salieron solo -- mejoradas.

OTROS INDICADORES .

a) Estado Civil.

Total	500	100
Casadas	88	17.6%
Unidas	302	60.4%
Solteras.	110	22.0%

Entramos a comentar el estado civil de las pacientes tratadas, considerando que el grado de comodidad y bienestar económico está estrechamente vinculado con el tipo de unión; y así se observa que el menor índice se manifiesta en el grupo de casadas, donde

es de suponer se cuenta con un sostén económico más sólido, mientras que a las unidas corresponde el 60% de la muestra y el 22 % a las solteras.

b) Grupo étnico

	total casos	500	100
Ladino	483	96.6 %	
Indígena	17	3.4 %	..

En la muestra estudiada, el 96.6% de enfermas eran de raza Ladina, mientras que solamente un 3.4 % correspondió a raza indígena.

Estos resultados tampoco son concluyentes ya que no confirman que haya una mayor incidencia en la población Ladina. Lo que probablemente ocurra es que el sector indígena es renuente a acudir a centros hospitalarios y, por lo tanto, quedan fuera de control los casos que se presentan en este sector, los cuales por las condiciones de salubridad e higiene en que viven es de suponer se senten con mayor intensidad, independientes en si mismo del tipo racial.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones:

- 1). La incidencia de la Endometritis en nuestro medio fué del 4 %
- 2). El 80.8% de las pacientes fueron atendidas en la maternidad - del Hospital.
- 3). Los gérmenes más corrientemente encontrados fueron los Difteroides, Estafilococo albus no hemolítico y Estafilococo albus hemolítico, 18, 12 y 9 % respectivamente.
- 4). El cuadro fué más frecuente en las pacientes primigestas y .

secundigestas; 35.2 % y 17.4 % respectivamente.

- 5). La edad más frecuente fué entre los 20 y 24 años.
- 6). La mayoría de pacientes tuvo parto Eutócico.
- 7). La Distocia que más incidencia tuvo de Endometritis, fué la Cesarea.
- 8). La mayoría de pacientes ingresó con membranas enteras.
- 9). La mayoría de pacientes procedían de las zonas 7, 6 y 5 respectivamente.
- 10). La mayoría de pacientes tenían una vivienda inadecuada.
- 11). La incidencia de Amniótis previa fué prácticamente nula.
- 12). De todos los tratamientos prescritos el más usado fué el uso de antibióticos asociados a ocitócicos I.V.
- 13). La ruptura prematura de membranas temprana tuvo mayor incidencia que la tardía en la presentación del cuadro de Endometritis.

RECOMENDACIONES.

- 1). Divulgar mediante todos los medios posibles, la importancia de la asistencia al Pre-Natal y Post-Natal de las pacientes y su utilidad posterior.
- 2). Enseñar a las pacientes las normas recomendables durante su período de Embarazo y de puerperio con el objeto de evitar - posibles contaminaciones y orientarlas para que acudan al Hospital en el momento esperado.
- 3). Evitar en todo lo posible, la práctica de tactos vaginales - en ambientes que no llenan requisitos quirúrgicos y proscribir la práctica de amniorrexis (ruptura artificial de membranas) en ambientes que no sean aconsejados técnicamente.
- 4). Exigir al personal de Estudiantes de medicina y Médicos en - Entrenamiento, personal de Enfermería y todos los que tengan relación con pacientes Obstétricos el cumplimiento de todos los requisitos de antisépsia, asépsia y cuidados de limpieza - meticulosamente con el objeto de evitar Infecciones y contaminaciones de unas a otras pacientes.
- 5). Recomendar especialmente la rigidez y exactitud en las diversas técnicas Obstétrico-Quirúrgicas para evitar traumas exagerados de las partes blandas y desmejoramiento de las defensas de las pacientes que favorecen el crecimiento de los microbios y el aumento de su virulencia, y
- 6). Vigilar estrechamente en el Puerperio Inmediato y Mediato - la temperatura, Involución uterina y característica de los - Loquios, etc., con el objeto de tratar oportunamente las complicaciones y evitar la contaminación por el aislamiento precoz.

S U M A R I O.

El conocimiento de esta enfermedad, como todas sus complicaciones, se remonta casi a los inicios de la ciencia médica, tal como se comenta en el primer capítulo del presente trabajo. Asimismo, data de estos años, y de una serie de trabajos de investigación realizados en el transcurso de años posteriores, el conocimiento pleno de su etiología, Patología y Sintomatología.

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación se dividió el estudio en dos partes perfectamente definidas. La primera que contiene la descripción de la Endometritis Post Parto, partiendo de la etapa histórica que permite reseñar el proceso evolutivo y su conocimiento a través de los años, conduciéndonos a la determinación de los aspectos etiopatogénicos de la Infección Endometrial, entre los cuales se señala como principal responsable una variedad de *Streptococo* y de *Estafilococo*, además de una serie de causas predisponentes que favorecen el apareamiento de dicho cuadro.

Se consignó también en el presente estudio, que el descubrimiento de las sulfamidas y los más recientes antibióticos habían revolucionado notablemente el tratamiento y pronóstico de la enfermedad y por ende a disminuir la incidencia de la misma.

La segunda parte, contiene un análisis estadístico de 500 casos de Endometritis Post Parto, tomados de los Registros Médicos del Hospital Roosevelt del 20 de Junio 1962 al 20 de Julio de 1963, que permitieron arribar a conclusiones afirmativas respecto a factores que favorecen al apareamiento de la enfermedad en referencia en nuestro medio.

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

1. De Lee, Joseph B. y J. F. Greenhill. Principios y Práctica de Obstetricia. México, UTEHA, 1945. pp. 117-151, 400-410
2. Figuerca, Oscar. "Parto Prematuro en Guatemala" sus causas y Profilaxis. Estudio preliminar de 100 casos. Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Agosto 1963. pp.
3. Moragues E. Jaime. Clínica Obstétrica. 8a. Ed. Buenos Aires El Ateneo, 1960. pp. 274- 304.
4. Novak, Edmund R. y Jones. Tratado de Ginecología. 6a. Ed. - México, Ed. Interamericana. 1963. p. 367.
5. Nicholson J. Eastman. Obstetricia de Williams. 3a. Ed. México. UTEHA. 1960. pp. 940-970, 972-983.
6. Ruiz U. J. Francisco. La Fiebre puerperal es una Enfermedad específica, el Estreptococcus piógenes es el agente generador de todas sus formas de origen uterino. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Febrero - 1924.

Vo. Bo.

Ruth de Amaya
Bibliotecaria.