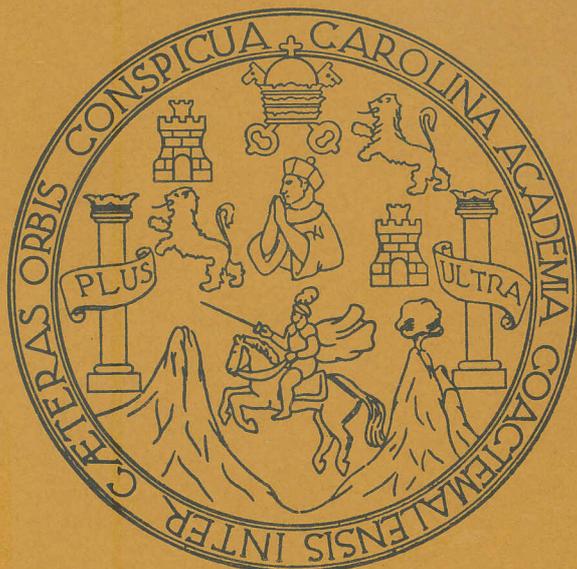


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"ENDOMETRITIS POST-PARTO"
(Estudio realizado a traves de revisión durante
cinco años en el Hospita' Roosevelt
de Guatemala).

HEBERTO ROCAEL DE LEON OCHOA

Guatemala, Febrero de 1971.

PLAN DE TESIS.

I. INTRODUCCION

II. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE ENDOMETRITIS

III. MATERIAL Y METODOS

IV. OBJETIVOS

- a) Causa y frecuencia de endometritis
- b) Diagnóstico y tratamiento dado
- c) Cultivos tomados y germen más frecuente
- d) Tiempo de hospitalización
- e) Resultados obtenidos

V. CONCLUSIONES

VI. RECOMENDACIONES

VII. BIBIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El presente trabajo lleva consigo el deseo de dejar una huella agregando al conocimiento que médicos y estudiantes de medicina tienen sobre dicha complicación obstétrica, esperando con ello tratar de disminuir la frecuencia con que se presenta esta complicación.

Dejando además abierta la puerta para que médicos y estudiantes nos preocupemos más y divulguemos a toda futura madre, los cimientos básicos para -- que en el futuro la incidencia de endometritis, sea menor que en la actualidad.

CONSIDERACIONES GENERALES

HISTORIA:

Es probable que la infección puerperal haya sido conocida desde que el hombre habitó la tierra; prueba de ello, es la mención en algunos pasajes de las obras de Hipócrates, Avicena, (9-10) y muchos otros autores de los siglos pasados. Los antiguos creían que la enfermedad se producía como consecuencia de la retención de los loquios y por mucho tiempo se aceptó esta teoría.

En 1795 Alexander Gordon, de Aberdeen (9) expresó en un tratado acerca de la fiebre puerperal epidémica, la naturaleza infecciosa de la enfermedad.

Charles White (1773) de Manchester (10) creyó que la fiebre puerperal era una fiebre por absorción, ocasionada por estancamiento de los loquios, aconsejó por tal motivo la posición semihorizontal para facilitar el desague, e insistió en el aseo estricto y la ventilación del cuarto de las parturientas así como el aislamiento total de las puérperas infectadas.

Semmelweis(9-5) cuando fue ayudante de la maternidad del hospital de Viena, investigó el porqué del porcentaje elevado de mortalidad en las parturientas atendidas en el hospital; comparando con las pacientes que tenían su parto en casa, llegó a la conclusión, que el proceso patológico se de-

bió a la introducción de materiales sépticos por el médico al efectuar el examen vaginal, sin las medidas de asepsia.

Basándose en esta observación dió ordenes estrictas a todos los estudiantes y parteras que se desinfectaran las manos con agua de cloro antes de examinar a las parturientas, con estas medidas de asepsia se logró que la mortalidad bajara de 10% al 1%, por ser aún practicante fué ridiculizado y no se advirtió la importancia de su descubrimiento.

DEFINICION:

La infección puerperal, (5-13) es producida por la siembra de bacterias (cocos gran positivos y negativos) en la capa interna del útero (endometrio), después que se produjo el parto. Se han usado como sinónimos, aunque no meritos adecuados, los siguientes; fiebre puerperal, sépsis o septicemia puerperal y fiebre del parto.

ETIOLOGIA:

La mayor parte de las infecciones puerperales, son ocasionadas por el estreptococo (9-11), conviene saber sus características especiales, ya que los hay patógenos y no patógenos, algunos con propiedades hemolíticas y otros no, unos resistentes a los medicamentos y otros no, aún más, algunos estreptococos de variedad patógena habitan normalmente en la vagina de gran número de -

mujeres, sin producir sintomatología alguna, otras variedades que no existen normalmente en el conducto genital, producen infección endometrial.

En tal virtud creemos conveniente hacer conocer en orden de frecuencia cuál es el microorganismo más usualmente encontrado en dicha afección, pues a nuestro juicio todo estudiante y médico en general deben conocer los gérmenes que producen esta patología.

a) Estreptococo Hemolítico:

El estreptococo hemolítico es la causa más común de infección fulminante, así como de las epidemias de esta enfermedad. Las variedades patógenas de estos microorganismos nunca habitan normalmente en el conducto genital y su hallazgo, indica que fué introducido del exterior; se localiza con más frecuencia en la nasofaringe. Clobrook, Maxted y Johns (11-10) descubrieron que de 3 a 5% de las personas normales son portadoras de estreptococo hemolítico en la nariz y que 5 a 10% de estos lo presentan en las amígdalas y nasofaringe.

b) Estreptococo Anaerobio:

Es la causa más frecuente de infección puerperal, en un estudio realizado por Schwartz y Dieckmann en loquios de enfermas con infección puerperal, se encontró éste microorganismo en el 40% aproximadamente, a menudo cuando la infección fué grave se logró efectuar hemocultivo en forma sa-

tisfactoria.

Es de suma importancia el saber que este germen se encuentra en el conducto genital de las embarazadas y puérperas normales y que su patogenia es debida a la mala asepsia practicada, por lo que el tocólogo debe ser más cuidadoso en las intervenciones obstétricas.

c) Estafilococo:

Se sabe en la actualidad que el estafilococo es causa poco común de infección puerperal. En un estudio hecho por Douglas y Rhee (10-14) en 171 puérperas, se encontró estafilococo dorado en un cultivo de loquios y estafilococo blanco en ocho de todas las pacientes con endometritis. Prueban éstos hallazgos, que el estafilococo no es frecuente en este tipo de infecciones.

d) Escherichia Coli:

Pese a la proximidad del recto (lugar habitual del microorganismo), invade con poca frecuencia el conducto genital de la mujer. Está comprobado que el colibacilo causa más infecciones intra-parto que infecciones post-parto, y cuando ocasiona la segunda, de ordinario se asocia con el estreptococo anaerobio, como invasor secundario.

e) Clostridium Perfringens:

Es causa de infección puerperal en pocos casos, pero la gran mortalidad que suele ocasionar ésta infección en el puerperio, dan al germen importancia

vital en obstetricia.

Existe normalmente en el intestino del hombre y de los animales inferiores, se le puede cultivar del suelo y se ha descubierto muchas veces en el polvo de las salas de hospitales y laboratorios. En diferentes estudios realizados, se ha encontrado el germen en el conducto genital de mujeres normales, sin embargo la infección puerperal originada por este clostridium, no es frecuente.

Se ha visto que la mayor parte de las infecciones puerperales graves causadas por éste germen son consecutivas al aborto criminal, posteriores a la cesárea, etc., sin embargo estudios bacteriológicos revelan que existe infección mixta con otro microorganismo, de ordinario estreptococo y es probable que la asociación aumente la virulencia de ambos gérmenes.

El Bacilo de Welch (9-14), causa infección post-aborto más a menudo que en el post-parto. Aproximadamente en dos terceras partes se asocia con aborto.

El Microorganismo produce dos toxinas: Una miotoxina que licúa la proteína y produce gases, una hemotoxina que destruye los eritrocitos, a éstas toxinas se deben en gran parte, los signos y síntomas característicos.

f) Gonococo, Neumococo, Salmonella Typhosa, Clostridium Tetani:

ni:

Es de hacer notar que éstos gérmenes si bien son causa, en alguna ocasión de endometritis, casi siempre se encuentran asociados a otro germen.

g) Difteroides:

Con frecuencia se descubren en los loquios microorganismos semejantes por su aspecto, al bacilo de Klebs.-Loefer, de ahí que se le hay dado el nombre de difteroides, son comunes en cultivos mixtos, habitan normalmente en el canal genital y no son patógenos.

Entre las causas coadyuvantes más importantes que originan la infección puerperal, tenemos (9-10):

1. - Hemorragia de más de 1000 cc.
2. - Traumatismos durante el parto.
3. - Parto cuya duración es de 24 horas o más (parto prolongado)
4. - Retención total o parcial de placenta.
5. - Anemia.
6. - Exploraciones o manipulaciones vaginales frecuentes.
7. - Ruptura prematura de membranas, más de 24 horas.

No creemos conveniente describir cada una de las anteriores causas, pues llevan encerradas en sí, el proceso a seguir, para llegar a contribuir en la infección del endometrio.

MATERIAL Y METODOS

Se hizo uso para el presente estudio, de la ficha clínica de las pacientes con diagnóstico de endometritis post-parto y que fueron hospitalizadas en la Maternidad del Hospital Roosevelt.

Se revisaron cinco años de trabajo comprendidos de 1965 a 1969, los rubros que mejor se adaptaron y que fueron estudiados para el presente trabajo son los siguientes: Edad, raza, lugar de origen y residencia, paridad, control prenatal, amniorrhexis, diagnóstico de endometritis a su ingreso, días postparto en que se presentó la endometritis, tipo de parto, lugar donde fué atendido el parto, retención de placenta o membrana, cultivo de loquios, complicaciones que se presentaron, si hubo o no intervención quirúrgica, tratamiento dado y días de hospitalización que tuvieron las pacientes.

PATOLOGIA:

La patogenia de las afecciones puerperales es la de la infección común de las heridas, en consecuencia, ésta puede permanecer localizada en el lecho de implantación placentaria, región perineal ó bien que se propague por la vía sanguínea o linfática a tejidos distantes de la lesión original. Es de gran importancia si ocurre ésta propagación o no, pues en realidad es el factor determinante no sólo de las alteraciones patológicas, sino también del curso clínico, pronóstico y del tratamiento de la enfermedad.

Es de gran interés el curso de la diseminación, por lo que conviene dividir la infección puerperal en dos clases principales, a saber:

1. - Lesiones locales inflamatorias (del perineo, la vulva, la vagina, el cervix y el endometrio).
2. - Extensión de la lesión original, por medio de las venas que origina tromboflebitis y piemia, la extensión linfática ocasiona parametritis y peritonitis, la propagación por la superficie del endometrio y del endosálpinx produce salpingitis y anexitis.

En nuestro trabajo solamente trataremos lo referente a la endometritis post-parto.

Después del período de incubación que varía desde unas cuantas horas hasta varios días, las bacterias invaden los tejidos del endometrio (por común, el lecho de implantación placentaria) y se produce la reacción característica de la infección.

Se congestionan los vasos sanguíneos y linfáticos cercanos a la infección, hay derrame de suero en los tejidos y en la superficie de la lesión. La infección puede iniciarse en el lecho placentario o en otra parte del endometrio, el que termina por ser invadido en su totalidad.

Mientras tanto, los leucocitos atraviesan las paredes de los vasos capilares, llegan a los tejidos subyacentes y forman una densa barrera de protección

se asocia a este proceso, la firme contracción de los fascículos musculares en trelazados del útero que tienden a ocluir los vasos linfáticos y sanguíneos. Son estos tres procesos de los que se vale la naturaleza, para restringir la in- fección a las capas más superficiales del endometrio.

El aspecto del endometrio es muy variable, a veces la mucosa está es facelada y necrosada, hay abundantes fragmentos tisulares, el exudado es fêti do y copioso, sanguinolento y en ocasiones espumoso, el color del tejido ne- crosado, suele ser verde amarillento, pero puede tener el color negruzco de la sangre.

CUADRO CLINICO:

El cuadro clínico de la endometritis puerperal depende principalmente del tipo de virulencia del microbio causal, en los casos benignos la fiebre pue de ser de 38 a 38.5°C. y puede aparecer desde el tercero al quinto día, sin -- ningún otro síntoma; en otras ocasiones la endometritis comienza con escalo- fríos, hipertermia de 40 a 40.5°C. y otras manifestaciones de infección fulmi nante. En general la temperatura comienza a subir aproximadamente cuaren- ta y ocho horas después del parto y tiene ascensos con remisiones matinales, - el pulso tiende a seguir la curva de temperatura, pero en la infección grave - suele ser elevado desde el comienzo. Siempre hay aumento del volumen del útero debido al proceso de endometritis, en consecuencia la involución no e- xiste o es muy lenta, se aprecia hiperestesia más o menos intensa en el útero

y con frecuencia aparecen "entueritos" intensos y prolongados.

Por regla general los loquios son más abundantes y tienen aspecto sanguino lento o color moreno obscuro (achocolatados), los casos de infección por estrep tococo beta hemolítico, los loquios son escasos e inodoros. Por cierto la grave dad de la endometritis está casi en razón inversa al volumen y la fetidez de los loquios.

Dependiendo de la naturaleza y la cantidad de toxinas bacterianas absorbi das, los síntomas más comunes son: cefalalgia, insomnio, anorexia y salvo al- gunos casos, desaparece la secreción láctea y puede haber sensación de frío.

Después de uno o dos días, los escalofríos casi siempre indican propaga--- ción del proceso infeccioso, sobre todo cuando se complica con tromboflebitis.

Si la infección permanece localizada en el endometrio, la temperatura -- des ciende por lisis, reduce la cantidad de loquios y al cabo de una semana o - cuando mucho diez días, termina la enfermedad.

DIAGNOSTICO:

La fiebre que aparece después del parto casi siempre es causada por infección puerperal, por ello debe sospecharse esta enfermedad siempre que haya - aumento de la temperatura en el puerperio, a menos que se tengan pruebas -- con cluyentes de que la hipertermia se debe a causas extragenitales.

A menudo puede hacerse el diagnóstico de endometritis, cuando se tiene en cuenta que la paciente ha sido manipulada durante el trabajo de parto, por

personas ajenas a la obstetricia. Sin embargo, en los casos benignos la fiebre puede ser el único signo. Fuera como fuera a toda puerpera cuya temperatura pase de 38°C, debe hacerséle un reconocimiento completo para excluir toda causa extragenital de hipertermia y llegar a un diagnóstico seguro.

En todo caso en que la temperatura llegue a 39.5°C, debe realizarse hemocultivo, así como cultivo de loquios que debe realizarse antes del sexto día, ya que después no tiene utilidad alguna.

Debe tenerse presente también la fetidez de los loquios, así como la subinvolución del útero y además el dolor que se produce a la palpación del abdomen debido a la infección y sensibilidad uterina.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial debe hacerse con las siguientes entidades patológicas:

1. - Parametritis
2. - Salpingitis
3. - Infección pélvica
4. - Abscesos pélvicos
5. - Pelvi-peritonitis

PROFILAXIS:

Señalaremos a continuación algunas medidas profilácticas durante el

embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, para evitar la endometritis post-parto.

a) Durante el Embarazo

1. - Aseo perineal
2. - Biometría hemática
3. - Consejos dietéticos
4. - Evitar el coito del octavo mes en adelante
5. - Consultar al médico cuando las membranas se rompen prematuramente.
6. - Prohibir las duchas vaginales de la 35 semana en adelante.

b) En el Trabajo de Parto y Parto

1. - Reducir al mínimo necesario los exámenes vaginales.
2. - Seguir las normas ya establecidas para asepsia durante los exámenes vaginales.
3. - Efectuar la aminorrexis en sala de partos y en condiciones estériles
4. - Evitar la hemorragia

c) Durante el Puerperio

1. - Baño de regadera no de inmersión
2. - Aseo perineal estricto
3. - No deben practicarse irrigaciones vaginales

4. - Toda paciente infectada debe ser estrictamente aislada, con todas las indicaciones del caso.

OBJETIVOS.

Los principales objetivos que nos inclinaron a investigar una enfermedad puerperal, como lo es la endometritis post-parto, tema que nos ocupa fué: determinar la causa y factores predisponentes, como lo es falta de atención y control médico durante el embarazo, así como ignorancia total de las medidas higiénicas más elementales durante el puerperio.

Estudio de 350 pacientes durante los años comprendidos de 1965 a 1969.

<u>EDAD:</u>	<u>No. DE PACIENTES:</u>	<u>PORCENTAJE</u>
15 a 20 A	150	42.85
21 a 25 A	99	28.28
26 a 35 A	80	22.87
Mayor de 36	21	6.00

Podemos observar que el mauor número de pacientes están comprendidas entre los 15 y 20 años de edad, o sea un 48.85% sigue en frecuencia las madres comprendidas entre los 21 a 25 años de edad con 99 casos o sea 28.28% y el 6% está formado por mujeres mayores de 36 años de edad.

RAZA:

Encontramos por los datos estadísticos obtenidos, que las pacientes catalogadas como ladinas, 321 casos, son las que asistieron con más frecuencia al hospital dándonos un porcentaje de 91.72% y las parturientas clasificadas como indígenas sólo el 8.28%, o sea 29 casos, que fueron atendidas en

la Maternidad del Hospital Roosevelt.

ORIGEN: No. de Pacientes % RESIDENCIA No. de Pacientes %.

RURAL	92	26.28	54	15.42
URBANO	258	73.72	296	84.58

Vemos que la afluencia al hospital en su mayoría es del área urbana, 258 casos y del área rural es número reducido de embarazadas las que buscan los servicios del hospital. Como es lógico suponer, la mayoría de las pacientes residían en la ciudad, sólo un pequeño porcentaje de 15.42%, provienen del medio rural.

PRENATAL	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE:
SI	117	33.42
NO	233	66.58

PARIDAD:	NO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
Gestas 1	171	48.85
Gestas 2	49	14.00
Gestas 3	32	9.14
Más de 4	95	27.14
No clasificadas	3	0.87

Es notorio que las primigestas, 171, casos, son las que padecieron endometritis con mayor frecuencia. Esto tiene relación pues también el mayor número de pacientes 233 o sea 66.58%, no asistieron a su control pre-

natal.

Otra de las causas, además de las ya mencionadas que predisponen a la endometritis, es la dehiscencia de episiotomía y cosa no frecuente, pero si causa de endometritis, fué el hecho de olvidar compresas en la vagina al realizar episiotomías en las pacientes que lo ameritaron. Estas compresas no retiradas fueron diez casos lo que equivale a un 2.82%.

AMNIORREXIS:

HORAS ANTES DEL PARTO:	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE:
De 0 a 8	272	77.71
De 8 a 16	8	2.28
De 16 a 24	2	0.57
Más de 24	5	1.42
No reportados	63	18.22

A la mayoría de pacientes, 272 casos, se les efectuó aminorrexis antes del parto, entre 0 y 8 horas, dándonos un porcentaje de 77.71%. En 15 pacientes la aminorrexis se efectuó entre 8 y 24 horas. Y en 63 casos no se anotó hora y fecha en que se efectuó la ruptura artificial de membranas o si ya ingresaron las pacientes con membranas rotas prematuramente.

<u>PARTO:</u>	<u>No. de PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE:</u>
Eutocico Simple	302	86.54
Forceps	29	8.49
Cesárea	8	2.68
Gran extracción Pelviana	3	1.02
Embriotomía	2	0.78
Vacum extractor	1	0.49

Pudimos comprobar que el parto eutocico simple, fué el que se presentó con mayor frecuencia, 302 casos; le sigue el parto resuelto con fórceps 8.49% y la cesárea con 2.68%. La gran extracción pelviana se efectuó en 3 casos. La embriotomía en 2, dando 1.02% y 0.78% respectivamente. El vacum extractor se aplicó sólo en una ocasión.

DIAGNOSTICO DE ENDOMETRITIS AL INGRESO:

Encontramos que a 274 pacientes, o sea 78.29%, se hizo el diagnóstico de endometritis a su ingreso. En 76 señoras, 21.71%, el diagnóstico se hizo durante su hospitalización, pues ingresaron por fiebre y para observación.

Comprobamos que 182 pacientes se ingresaron a la maternidad entre 1 y 5 días después de su parto con diagnóstico de endometritis. Le sigue en frecuencia 90 señoras, o sea 25.72%, que su ingreso fué entre 6 y 8 días. Sólo el 22.28% se ingresaron después de 11 días post-parto como puede verse -

en el siguiente cuadro.

DIAS POST-PARTO EN QUE SE PRESENTO LA ENDOMETRITIS:

<u>DIAS:</u>	<u>No. DE PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
De 1 a 5	182	52.00
De 6 a 8	90	25.72
Más de 11 días	78	22.28

LUGAR DE ATENCION:

<u>No. de PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE:</u>
En el Hospital:	282 80.88
Fuera del Hospital	68 19.12

La mayoría de partos fueron atendidos en el hospital, los restantes se asistieron en sus casas o en ambulancias al momento de su traslado al hospital. Siendo estos casos el motivo de ingreso el tener un puerperio hospitalario adecuado o porque se presentó alguna complicación.

De las 350 pacientes estudiadas encontramos que 18 presentaron fetención de restos placentarios. Siendo estos partos asistidos fuera del hospital, que hacen un 5.13%.

<u>CULTIVO DE LOQUIOS</u>	<u>No. DE CASOS:</u>	<u>PORCENTAJE:</u>
Cultivos tomados	39	11.14
Cultivos no tomados	311	88.86
Estafilococos albus no hemolítico coagulasa negativa	20	5.71
Difeteroides	16	4.57
E. Coli	8	2.28
No hubo crecimiento	6	1.71
Proteus	2	0.58
Estreptococo Alfa	2	0.58
Neisseria	1	0.29
Salmonella	1	0.29
Bacilus Subtilis	1	0.29

Es lamentable que del total de casos estudiados, sólo a 39 pacientes se les haya tomado cultivo de loquios, sin embargo, encontramos que el germen frecuentemente descubierto fué el estafilococo albus no hemolítico coagulasa negativa, le sigue en orden de frecuencia los difteroides y E. Coli.

Sólo en dos casos se encontró proteus y estafilococo alfa y un caso de neisseria, salmonella y bacilus subtilis. En seis de los cultivos realizados no hubo crecimiento alguno.

Es penoso que de 350 casos estudiados, solamente se encuentre un cultivo de loquios al que se realizó sensibilidad de antibióticos, encontrando como germen el estafilococo albus no hemolítico coagulasa negativa y que fué sensible a la neomicina, penicilina, eritromicina, rifocin y kanamicina.

Creemos que tanto el cultivo, como la sensibilidad para antibióticos se debe realizar rutinariamente en todo caso de endometritis que ingresaron a la maternidad; ya que tal procedimiento es de vital importancia para el tratamiento.

<u>COMPLICACIONES</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE:</u>
Infección pélvica	4	1.11
Peritonitis	1	0.29
Shock séptico	1	0.29
D.H. E. severo	1	0.29

La infección pélvica fué la complicación más frecuente, 4 casos o sea 1.11%. Le siguen en orden de frecuencia, la peritonitis, shock séptico y D.H. E. severo con un caso respectivamente, haciendo cada uno 0.29%.

<u>TRATAMIENTO DADO:</u>	<u>No. DE CASOS:</u>	<u>PORCENTAJE:</u>
Penicilina	247	70.57
Penicilina-estreptomina	97	27.71
Tetraciclina	16	4.57
Kanamicina	4	1.11
Eritromicina	4	1.11
Ampicilina	3	0.87

Se hace evidente una vez más lo efectivo del tratamiento de la endometritis con penicilina. Siendo ésta la que se encuentra en mayor porcentaje 70.57% en el tratamiento instituido. En orden de frecuencia se usó la asociación de penicilina, estreptomycin, 27.71%. Luego tetraciclina, eritromicina, kanamicina y ampicilina.

La antibioterapia fué complementada con el empleo de "ocitócicos" como lo es el "Syntocinon", a dosis de 10 unidades, en soluciones intravenosas. Ayudando con esto al drenaje de los loquios retenidos.

<u>DIAS DE HOSPITALIZACION</u>	<u>No. DE CASOS:</u>	<u>PORCENTAJE:</u>
De 1 a 5 días	245	70.00
De 6 a 10 días	70	20.00
Más de 11 días	35	10.00

El menor tiempo de hospitalización fue entre 1 y 5 días con 245 pacientes, 70.00%. En segundo lugar se encuentran 70 puérperas con endometritis cuya hospitalización fué de 6 a 10 días y sólo en 35 pacientes el período de encamamiento fué mayor de 11 días.

Atendiendo al número de partos realizados durante los cinco años de investigación del presente trabajo, el porcentaje de endometritis fué de 0.5%.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Conclusiones:

1. - La edad más frecuente encontrada fué de 15 a 25 años.
2. - La mayoría de pacientes atendidas, 91.72%, fueron de raza ladina.
3. - La endometritis se presenta más frecuentemente en primigestas y secundigestas.
4. - La mayoría de pacientes fueron atendidas en el hospital, 80.88%.
5. - La mayoría de partos fueron eutocicos simples.
6. - La distocia más frecuente fué la cesárea.
7. - No tenían control prenatal un 66.58% de pacientes.
8. - La mayoría de pacientes vivían en el área urbana.
9. - El tratamiento más usado fué antibióticos y ocitócicos intravenosos.
- 10- Los gérmenes más frecuentes fueron: estafilococo albus no hemolítico coagulasa negativa, 5.71%; difteroides, 4.57% y E. Coli. 2.28%.
- 11- La mayoría de pacientes 78.29% se les hizo diagnóstico de endometritis a su ingreso.
- 12- De 1 a 5 días fué el mayor porcentaje de tiempo de hospitalización.
- 13- El antibiótico usado en la mayoría de los casos fué penicilina.
- 14- En nuestro estudio, la penicilina mostró ser eficaz en el mayor número de casos.

RECOMENDACIONES:

1. - Enseñar por todos los medios posibles la importancia vital que tiene el control prenatal y post-natal.
2. - Observar en toda sala de partos las normas de asepsia y antisepsia estrictamente.
3. - Enseñar a todo el personal médico y paramédico, las normas adecuadas para conducirse en toda sala de partos.
4. - Prohibir los tactos vaginales y amniorrhexis si no se llenan los requisitos dados para ello.
5. - Observar estrechamente el puerperio inmediato y mediato, para instituir el tratamiento en el momento preciso y adecuadamente al presentarse la complicación.
6. - Enseñar las normas de aislamiento, para controlar adecuadamente a las pacientes infectadas.
7. - Observar todas las normas indicadas para cualquier acto quirúrgico para evitar complicaciones posteriores.
8. - Tener el material necesario para la toma de cultivos de loquios en la emergencia y tomarlo a toda paciente que ingrese con dicho diagnóstico o se sospeche la posibilidad de endometritis.

BIBLIOGRAFIA.

1. - (*) Beck, Alfred C. and Alexander H. Rosenthal. Obstetrical practice. 6a. Ed. Baltimore, The Williams & Wilkins Company. 1955. pp. 835-857.
2. - (*) Botella Luisia, José J. Enfermedades del aparato genital femenino: en su Tratado de Ginecología. 8a. Ed. Barcelona, Ed. Científico Médica. 1967. pp. 437-451.
3. - (*) Castelazo Ayala, Luis Obstetricia, 2a. Ed. México, Editor y distribuidor Francisco Méndez Oteo, 1965. p. 1002.
4. - (*) Comil Sierra, Victor. Exploraciones especiales en obstetricia y ginecología. Barcelona, Ed. Labor S. A. 1961. p. 39.
5. - Gramajo, Alejandro. Puerperio complicado, endometritis post-parto. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos Facultad de Ciencias Médicas, Noviembre de 1966.
6. - (*) Greenhill, J. P. Principios y práctica de obstetricia de -- Delee. México, Unión Tipográfica. Ed. Hispano Americana. 1955. pp. 1081-1090.
7. - (*) Litzenberg, Jennings. C. Sinopsis de obstetricia. México, Unión tipográfica Ed. Hispano Americana. 1941. pp. 381-393.
8. - Lull, Clifford B. Obstetricia clínica. México, Ed. Interamericana S. A. 1954. pp. 601-604.
9. - Moragues, B. Jaiem. Clínica obstétrica, 8a. Ed. Buenos Aires El Ateneo, 1960. pp. 276-288.
- 10- Nicholson, J. Eastman Ed. obstetricia de Williams. 3a. Ed. -- México. UTEHA. 1960, 1960. pp. 940-971.
- 11- Novak, Edmund A. y Georganna Seegar Jones. Tratado de Ginecología, 6a. Ed. México, Ed. Interamericana S. A. p. 27

Bibliografía...

- 12- (*) Pschyrembdl, W. Obstetricia práctica, Trad. Lemes Zabal.
2a. Ed. Barcelona, Ed. Labor S. A. 1967. p. 706.
- 13- Sosa, Ezequiel, Endometritis. Tesis. Guatemala, Universidad
de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Mayo
1904.
- 14- Taulor, E. Stewart. Ed. Obstetricia de Beck, 8a. Ed. México,
Ed. Interamericana, 1968. pp. 298-309.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria

(*) Estos libros sólo fueron consultados por el autor.

BR. HEBERTO ROCAEL DE LEON OCHOA

DR. JOSE LUIS AGUIRRE QUINIEROS
Asesor.

DR. J. EDUARDO FUENTES SPROSS
Revisor.

DR. JOSE QUIÑONEZ AMADO
Director Interino de Fase
III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.
Decano.