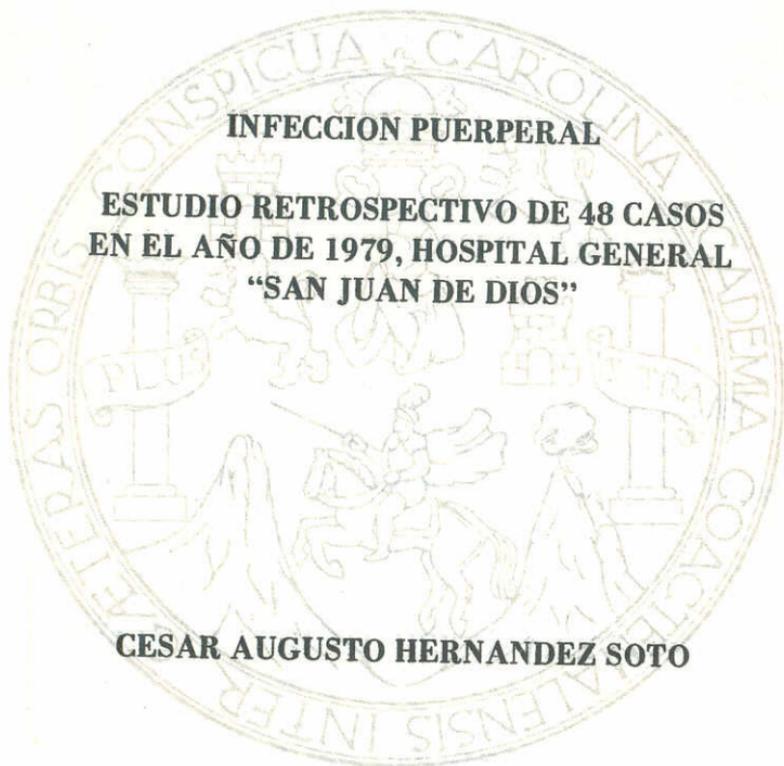


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INFECCION PUERPERAL

**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 48 CASOS
EN EL AÑO DE 1979, HOSPITAL GENERAL
"SAN JUAN DE DIOS"**

CESAR AUGUSTO HERNANDEZ SOTO



PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. JUSTIFICACION
- III. ANTECEDENTES HISTORICOS
- IV. HIPOTESIS
- V. DEFINICION
- VI. OBJETIVOS
- VII. MATERIAL Y METODOS
- VIII. PRESENTACION DE RESULTA
- IX. DISCUSION DE RESULTADOS
- X. CONCLUSIONES
- XI. RECOMENDACIONES
- XII. RESUMEN
- XIII. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Actualmente, desde el punto de vista biológico se considera que la enfermedad es el resultado de una interacción entre el agente agresor, el huésped susceptible en presencia de un ambiente propicio.

Para poder hablar de salud, enfermedad y sociedad se observa claramente que se trata de tres abstracciones que varían en su conformación y entendimiento según el tiempo, desarrollo científico y tecnológico de la sociedad en que se encuentra.

Para poder tratar los problemas específicos entre salud y la sociedad es necesario previamente ubicarse en el nivel de análisis, sólo entonces se podrá hablar de manera ordenada de problemas exógenos de la salud, como el perfil de la pobreza de niveles de atención médica o cualquier otro componente de los sistemas que se interrelacionan:

1. Primer nivel de análisis: EPIDEMIOLOGICO, este nivel es más limitado pero de absoluta necesidad para poder modificar los perfiles de patología de los grupos humanos, es el enfoque más ampliamente usado en medicina con grandes aplicaciones en el tratamiento preventivo, en la planificación de los servicios médicos e inclusive en el conocimiento etiopatogénico de las enfermedades.

2. Segundo nivel de análisis: SOCIOLOGICO, proporciona un sentido ecológico de la naturaleza del proceso salud y enfermedad.

3. Tercer nivel de análisis: INDIVIDUAL, en éste se encuentra la clave para resolver problemas clínicos, pero es evidente que no soluciona problemas de grupo o de comunidades.

Por lo tanto es necesario que se tenga una conciencia de la medicina preventiva, y la incorporación de acciones de tal índole para cada médico especialista, hará que su práctica médica sea balanceada y cuando se efectúen acciones médico preventivas al mismo tiempo que las curativas.

No se conoce del todo la interrelación de factores del huésped y de los microorganismos que hacen que en un momento dado, éstos se encuentran en estado latente o bien expresen todo su potencial patogénico permaneciendo con ligeras variaciones según el estado hormonal de la mujer adulta.

Es lamentable que no se haya dedicado un estudio epidemiológico de la infección en el estado grave del puerperal de todo el interés que éste amerita a pesar de que sabe, siendo un conocimiento universal, que es un período peligroso, por las tres complicaciones graves que se presentan, que son las infecciones, las hemorragias y la toxemia.

En muchas ocasiones es de preguntarse si un determinado proceso séptico fue originado por un padecimiento previo de la paciente y de este modo ya venía infecta a su ingreso hospitalario que cuadyuvieron o incluso desencadenaron el proceso infeccioso, sin embargo poco sabemos de como actúan los factores extrahospitalarios en los casos de infección.

La infección obstétrica continúa siendo una gran preocupación para el médico, por ser, por lo menos en nuestro medio, la causa de mayor morbimortalidad materna a pesar de los adelantos indiscutibles en el manejo obstétrico y en los cuidados hospitalarios existentes.

II. JUSTIFICACION

1. Siendo la Infección Puerperal de antecedente obstétrico, problema que afecta a la mujer en el período gestacional y siendo propicio nuestro medio ambiente para dicha enfermedad, considero justificado la elaboración de este trabajo de Tesis.
2. Considero de utilidad este estudio, ya que no existen trabajos recientes, ya que los que se han elaborado solo tienen alguna relación general y no específica, por lo que el mismo puede servir para realizar estudios comparativos posteriormente en otros hospitales de nuestro país.

III. ANTECEDENTES HISTORICOS

La Fiebre Puerperal se remonta a los orígenes de la humanidad siendo causa de inquietud por su naturaleza aterradora por médicos, cirujanos y tocólogos de antigüedad, pues deseaban descubrir el modo de tratarla o evitarla. El conocimiento de los primeros intentos para su control se inició en el siglo XVII. Charles White en 1773 recomendaba el uso de inyecciones emolientes y antisépticos en el útero en que los loquios tornaban fétidos.

Alejandro Gordon en 1795 publicó un trabajo sobre infección puerperal en el que recomendaba a médicos y enfermeras aseo esmerado de sus manos y del material después de asistir a un enfermo de infección puerperal.

Oliver Wendel Holmes propuso métodos para la desinfección de manos e instrumentos en su ensayo "Sobre la contagiosidad de la fiebre puerperal".

Fue Ignacio Felipe Semmelweiss quien en 1860 descubrió la patogenia de la infección puerperal observando la mortalidad en unos casos de pacientes manejados por un grupo de estudiantes obligándolos a desinfectarse las manos con agua de cloro antes de examinar a las parturientas, y otro con un grupo de comadronas.

Fue Pasteur quien en 1861 anunció su teoría microbiana y pocos años después descubrió el estreptococo como el agente específico de la infección puerperal.

Con el advenimiento de la antisepsia, la quimioterapia y la antibioterapia, así como el avance en las técnicas quirúrgicas y en las medidas profilácticas durante el siglo XIX y hasta el presente, la mortalidad ha disminuido estadísticamente.

IV. HIPOTESIS

La morbilidad de los procesos sépticos obstétricos están en relación con el bajo nivel socio-económico de las pacientes y a la falta de una asistencia prenatal adecuada.

V. DEFINICION

El Comité de Salud Materna de los Estados Unidos, define como Infección Puerperal, la elevación térmica de 38°C . o más que aparece durante dos días consecutivos de los primeros 10 días del puerperio exceptuando las primeras 24 horas. Temperatura que es determinada por la vía oral mediante el empleo de técnica Standar por lo menos cuatro veces al día.

La Asociación Médica Británica considera como Infección Puerperal cuando se presenta fiebre en dos días del puerperio, exceptuando las primeras 24 horas y durante los primeros 8 días del puerperio, tomando la temperatura bucal dos veces al día.

VI. OBJETIVOS

Establecer las principales causas obstétricas que contribuyen en el apareamiento de la Infección Puerperal.

Analizar los múltiples factores asociados al apareamiento de la Infección Puerperal.

Establecer las medidas tendientes a disminuir la incidencia de las complicaciones.

Que el presente trabajo motive al estudiante de medicina para efectuar estudios similares en otros hospitales para tener una visión más clara del problema en mención.

VII. MATERIAL Y METODOS

A) MATERIAL

Se estudiaron el número total de casos que ingresaron al Hospital General "San Juan de Dios" con sintomatología de Infección Puerperal, durante el año de 1979.

B) METODO

1. Se utilizó el científico, deductivo y el retrospectivo.
2. Se hizo uso del Departamento de Registros Clínicos y Bio-estadística del Hospital General.
3. Se obtuvieron los datos propuestos y posteriormente se tabularon los mismos para obtener porcentajes.
4. Se realizó a la vez una revisión bibliográfica, con el fin de actualizar lo más importante sobre el tema.
5. Se elaboraron cuadros, gráficas demostrativas y se procedió al análisis del mismo.

C) RECURSOS

- a) Asesor: Dr. Humberto Salvador Calgua Ximin.
- b) Revisor: Dr. Mario René Bolaños D.

Personal de Bibliotecas consultadas.

Autor: Br. César Augusto Hernández Soto

FISICOS

Departamento de Registro Clínicos y Bio-estadística, Hospital General "San Juan de Dios".

Utiles de oficina y de escritorio

Material bibliográfico (libros de texto, revistas médicas, folletos de información y tesis).

Hojas de tabulación de datos

Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Biblioteca del INTECAP

Biblioteca del IGSS

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Se presentan 48 casos de Infección Puerperal que ingresaron al Hospital General "San Juan de Dios", en el período del año de 1979.

Se hace una consideración sobre los aspectos epidemiológicos, factores extrahospitalarios, patología agregada al embarazo. A través de ellos se obtienen frecuencia de la incidencia de la Infección Puerperal, las complicaciones más frecuentes y los manejos establecidos.

Expongo una serie de recomendaciones orientadas a tratar de disminuir la incidencia de la Infección Puerperal y se obtienen las consideraciones pertinentes.

CUADRO No. 1

ESTADISTICA DE INGRESOS 1979
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA

MESES	Parto Distócico Simple	Parto Eutócico Simple	Cesáreas	TOTAL
enero 1979	71	298	62	431
febrero	56	239	52	347
marzo	71	253	67	391
abril	55	280	48	383
mayo	60	288	45	393
junio	63	282	53	398
julio	71	315	61	447
agosto	64	321	56	441
septiembre	71	425	66	562
octubre	79	432	73	584
noviembre	69	322	60	451
diciembre	66	329	62	457
12 meses	796	3784	705	5285

Dr. J. Rómulo Sánchez L.
Jefe de Registros Médicos
y Bio-estadística.

Durante el período de un año de que consta la revisión se atendieron un total 4,580 partos reportándose 25 casos de Infección Puerperal post-parto lo que da una incidencia de 0,54%; durante el mismo período se practicaron 705 cesáreas lo que equivale a 23 casos con una incidencia de 3,36% post-cesárea con Infección Puerperal.

De los 48 casos de Infección Puerperal reportados, 25 corresponden a pacientes púerperas post-parto igual a 52,08% y las restantes 23 pacientes púerperas post-cesárea igual a un 47,91%.

El promedio de Infección Puerperal por mes fue de 4 casos del período estudiado.

La procedencia de los 48 casos que ingresaron al Hospital General, durante el año estudiado, demostró que el 68,75% pertenecientes a 33 pacientes, procedían del límite urbano de la ciudad y de origen capitalino, 10,83% originarias del interior de la república y que procedían del límite urbano y 11,41% igual a 5 pacientes fueron referidos de distintos puntos del interior del país.

La distribución por edad de las pacientes estudiadas se demuestra en el Cuadro No. 2.

CUADRO No. 2

EDAD

EDAD EN AÑOS	PACIENTES	PORCENTAJE
Menos de 15 años	1	2.08%
15 - 20	20	41.66
21 - 25	16	33.33
26 - 30	7	14.58
31 - 35	3	6.25
41 - 45	1	2.08
TOTAL	48	100.00 %

Entre los antecedentes personales no patológicos se investigó el medio socio-económico de las pacientes encontrando que el 100% de las pacientes provenían de un medio socio-económico medio y bajo, según el historial clínico de ingreso.

En los antecedentes gineco-obstétricos al análisis revela que la mayoría de estos pacientes son primigestas en un 54.16% igual 26 pacientes y el resto secundigestas, multíparas y gran multípara como se expone en el cuadro No. 3

- 16 -

CUADRO No. 3

GESTACIONES

NUMERO DE GESTAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
1 gesta	28	54.16%
2 gestas	7	14.68
+ de 3 gestas	15	31.24
TOTAL	48	100.00 %

CONSULTAS PRENATALES

Para conocer este renglón se investigaron los datos dados por la hoja de tabulación y vertidos por la historia clínica de ingreso. En el análisis se encontró como lo demuestra el Cuadro No. 4.

CUADRO No. 4

PRENATAL

EMBARAZO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Sin control prenatal	37	77.08%
Con control prenatal	11	22.91
TOTAL	48	100.00%

Como se puede verificar en el Cuadro anterior el 77.08% de las pacientes llegan al hospital por primera vez y el otro 22.91% acuden a centro de salud, médico particular o previamente habían sido atendidas en otros hospitales.

La edad de embarazo pudo ser conocida en las 48 pacientes de la siguiente manera, como lo indica el Cuadro No. 5.

CUADRO No. 5
EDAD DE EMBARAZO

EDAD DE EMBARAZO	PACIENTES	PORCENTAJE
De 22-28 semanas inmaduro	1	2.18%
De 29-36 semanas prematuro	4	8.33
De 37-42 semanas a término	39	81.25
De + de 42 semanas post-maduro	4	8.3
TOTAL	48	100.00 %

Las condiciones de las pacientes a su ingreso se reportaron que el 77.08% igual 37 pacientes, ingresaron embarazadas y el restante 22.91% igual a 11 pacientes ingresaron en puerperio patológico que corresponden a pacientes atendidas de parto por comadronas en su caso y/o atendidas en otros hospitales. De las 37 pacientes, todas ingresaron en trabajo de parto.

La edad de embarazo pudo ser conocida en las 48 pacientes de la siguiente manera, como lo indica el Cuadro No. 5.

CUADRO No. 5
EDAD DE EMBARAZO

EDAD DE EMBARAZO	PACIENTES	PORCENTAJE
De 22-28 semanas inmaduro	1	2.18%
De 29-36 semanas prematuro	4	8.33
De 37-42 semanas a término	39	81.25
De + de 42 semanas post-maduro	4	8.3
TOTAL	48	100.00 %

Las condiciones de las pacientes a su ingreso se reportaron que el 77.08% igual 37 pacientes, ingresaron embarazadas y el restante 22.91% igual a 11 pacientes ingresaron en puerperio patológico que corresponden a pacientes atendidas de parto por comadronas en su caso y/o atendidas en otros hospitales. De las 37 pacientes, todas ingresaron en trabajo de parto.

Un dato muy importante que tratamos de establecer fue el número total de exploraciones vaginales efectuadas al ingreso de cada una de las pacientes hospitalizadas, pero fue un dato que no se pudo establecer ya que la mayoría de las papeletas se encontraban incompletas para poder ser tabuladas.

RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO

Del total de los partos atendidos durante el año de 1979 se resolvió su embarazo mediante parto eutócico simple un total 3,784; mediante parto distócico simple 796 y con indicación de cesárea 705 según el cuadro de estadística proporcionada por el Departamento de Registros Clínicos y Bioestadísticas, Cuadro No. 1.

Otro de los datos que tratamos de establecer durante el estudio era conocer si durante el embarazo había padecido de alguna clase de leucorrea, este antecedente no fue posible porque no existían datos para poder verificarlos.

Los exámenes de laboratorio que más frecuentemente se realizaron en las pacientes con Infección Puerperal fueron: hematología, orina, cultivos, y V. D.R.L. los cuales se reportan como lo indica el Cuadro No. 6.

CUADRO No. 6

HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA EN GRAMOS %	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Normal de 12-14 g. %	14	29.16
Anemia leve 10-12 g %	10	20.83
Anemia moderada 8-10 g %	13	27.08
Anemia severa menos 8g%	11	22.91
TOTAL	48	100.00%

Un examen de importancia en el estudio de las pates es el examen general de orina por los valiosos s que aporte, sin embargo, sólo se encontró que el 91% equivalente a 35 pacientes que indicaban que su men era completamente normal; y el otro 27.08% l a 13 pacientes su orina era compatible con infec-urinaria en relación a presencia de leucocituria bacteriurria.

De los 13 pacientes que presentaron sintomatolo-urinaria a 9 se les practicó urocultivo de los cua-7 fueron negativos y 2 positivos: 1 para Proteus y ra E. Coli.

Otros de los aspectos que se trataron de investi-u fueron si se habían cultivado las secreciones endo-uiales, las cuales 89.58% no fueron cultivadas y o 5 cultivos positivos entre 24 y 48 horas para

stafilococo Epidermis. Lo cual le corresponden a un 0,41% de las pacientes estudiadas.

También se tomó en cuenta la leucocitosis que se encontró en un 41,66% igual a 20 pacientes y varió entre 10,045 a 32,200 en recuento y una neutrofilia con tendencia a los segmentados en un 100%.

SINTOMATOLOGIA

Los síntomas que presentaron estas pacientes fueron significativamente concluyentes para catalogar como portadoras de Infección Puerperal, conocida en nuestro medio como Endometritis.

Los síntomas más frecuentes que presentaron las 8 pacientes son los mencionados en el Cuadro No. 7.

CUADRO No. 7

SINTOMAS

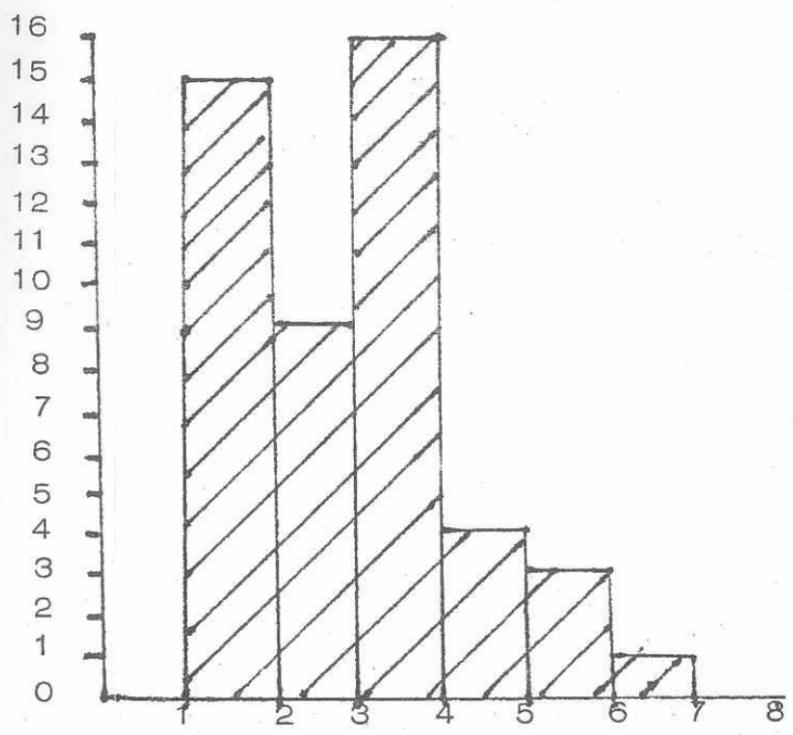
FIEBRE
LOQUIOS FETIDOS ACHOCOLATADOS
DOLOR ABDOMINAL
SUB-INVOLUCION UTERINA
SANGRADO TRANSVAGINAL
SECRECIONES PURULENTAS
MAL ESTADO GENERAL
DOLOR PERIANAL

Como se menciona la fiebre ocupa el síntoma principal para el diagnóstico de la infección Puerperal, además de que refleja la evolución y el pronóstico del padecimiento, motivo por el que se investigó y la duración de la curva térmica como se expone en las gráficas

GRAFICA I

DURACION DE LA FIEBRE EN LA INFECCION
PUERPERAL

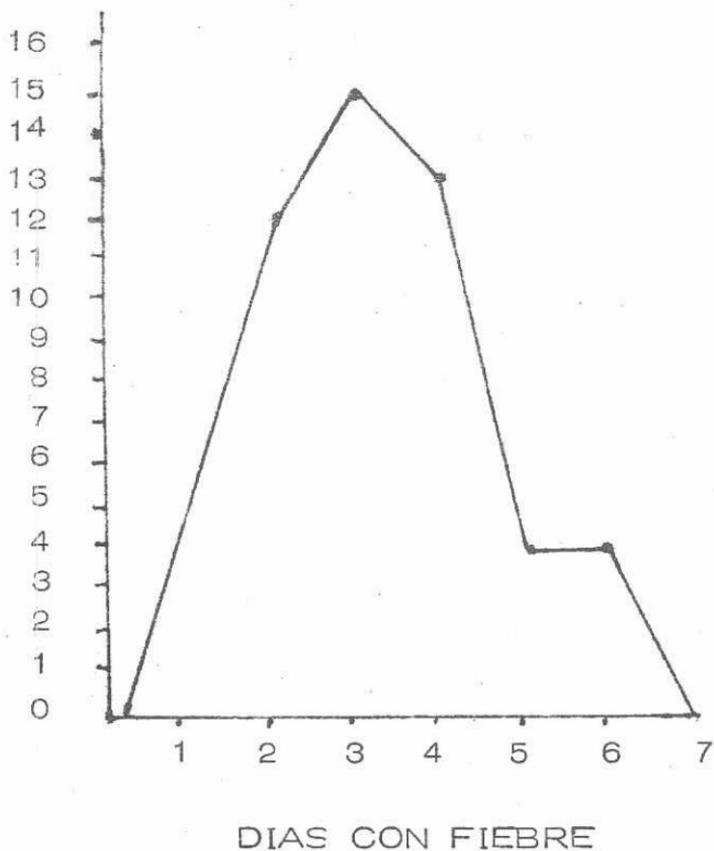
NUMERO DE PACIENTES



DIAS CON FIEBRE

GRAFICA II

DIA DE PUERPERIO EN QUE SE INICIA LA FIEBRE
EN LA INFECCION PUERPERAL



COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Se investigaron todas aquellas causas que complicaban el embarazo o bien la presencia de factores que hacían considerar el embarazo de riesgo, para la paciente y el producto las cuales se presentan en el Cuadro No. 8.

CUADRO No. 8

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

COMPLICACIONES	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Ruptura de membranas	10	20.83%
Preeclámia	8	16.66%
Cesárea anterior	11	22.91%
Infección Urinaria	13	27.08%
Parto Prematuro	1	2.08%
Papilomatosis	2	4.16%
Retención de Placenta	2	4.16%
Obito Fetal	1	2.08%
TOTAL	48	100.00%

EPISOTOMIA

La Episotomía fue practicada en 9 pacientes que representan a 18.75% de las 48 pacientes en que el embarazo se resolvió mediante parto por vía vaginal y púrpura; de estas 9 episotomías todas fueron media lateral derecha según historia clínica.

CUADRO No. 9

COMPLICACIONES

DIAGNOSTICO	# DE PA- CIENTES	PORCENTA- JE
Infección herida Operatoria	8	50.00%
Infección y dehiscencia de episiorrafia	6	37.50
Parametritis	2	12.50
TOTAL	16	100.00%

TRATAMIENTO DE ANTIBIOTICOS

El uso de antibióticos se llevó a cabo en las 4 pacientes con Infección Puerperal. Los antibióticos que más frecuentemente fueron utilizados en orden de frecuencia como se demuestra en el Cuadro No. 9.

CUADRO No. 10

ANTIBIOTICOS

ANTIBIOTICO	No. DE PA- CIENTES	PORCEN- TAJE
Penicilina cristalina iv. chloranfencol iv.		
Penicilina procaína im. chloranfencol po.	28	58.33%
Penicilina procaína im. chloranfencol	6	12.50
Ampicilina im. chloranfencol po.	5	10.41
Penicilina procaína im.	3	6.25
Clindamicina po. Gentamicina	3	6.25
Penicilina procaína im. trimetropín sulfameto- xazole	3	6.25
TOTAL	48	100.00%

Como se observa los antibióticos que más se utilizan son: penicilina sódica cristalina en combinación con el chloranfenicol iv. de inicio en las 24 horas de acceso de la enfermedad puerperal, en seguida de penicilina procaína im. y chloranfenicol po., la otra combinación que se encontró fue penicilina procaína im. y chloranfenicol po. También la penicilina sola im. Asimismo se encontró la ampicilina iv., combinada con chloranfenicol po. También la clindamicina p.o. y gentamicina im. y la otra combinación penicilina procaína con trimetoprim sulfametoazole.

La duración de los antibióticos ya sea en forma individual, o en forma combinada fue de 1 a 7 días promedio.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

De los 48 casos de Infección Puerperal se efectuaron 6 legrados uterinos lo que corresponden a un 12.50%; de éstos, cuatro legrados fueron practicados a pacientes con Infección Puerperal post-parto y 2 legrados en los casos de Infección post-cesárea, se efectuaron entre 3 y 7 días promedio del puerperio; así mismo se efectuó una histerectomía total, secundaria a Infección Puerperal.

DIAS DE ESTANCIA

El promedio de días de estancia en las pacientes con Infección Puerperal duró entre 6.67 días promedio.

IX. DISCUSION DE RESULTADOS

En los exámenes de laboratorio que se estudiaron la hemoglobina nos dió un resultado de 70.82% para anemia leve, anemia moderada y anemia severa según se puede apreciar en el Cuadro No. 6. Por lo tanto, se puede considerar como nivel crítico de hemoglobina por debajo de 12.0 gr. % que predispone no solo a productos de bajo nivel al nacer, sino en forma importante a infecciones maternas, debiendo pensar que la paciente obstétrica puede ser sometida en cualquier momento a un procedimiento quirúrgico para la resolución del embarazo.

En el examen general de orina de las pacientes hospitalizadas se encontró que un 27.08% de las pacientes la orina era compatible con infección urinaria en relación a la presencia de leucocituria y/o bacteriuria. También se practicó urocultivo al 69.32% dando un 53.84% negativos y sólo un 15% positivos por gérmenes Proteus y Escherichia Coli.

Kass demostró que el 40% de las pacientes embarazadas desarrollaban pielonefritis durante el embarazo o el puerperio.

Con respecto al control serológico un 4.16% se encontraban positivos con bajas diluciones.

En un 41.66% se encontró una leucocitosis en la fórmula hematológica con un 100% de neutrófilos segmentados.

Otro de los parámetros que se encontraron fue el del cultivo para las secreciones endometriales las cuales nos dieron un 10.41% positivos para Estafilococo Epidermis.

En el Cuadro No. 3, se muestra los antecedentes gineco-obstétricos y encontramos que son pacientes de poca paridad sumando entre las primigestas y secundigestas en un 68.84% y sólo una tercera parte entre multípara y gran multípara. Lo que se demuestra que la patología es frecuente en la mujer joven y afecta el pronóstico obstétrico de la misma.

El control prenatal de las pacientes sólo estuvo presente en un 22.91% lo que equivale a decir que casi las tres terceras partes de las pacientes no tuvieron ningún control prenatal, esta situación es aún crítica ya que el estudio solo comprende 48 casos de un período de un año. Así podemos demostrar que nuestra hipótesis se cumplió al decir que:

"La morbilidad de los procesos sépticos obstétricos están en relación con el bajo nivel socio-económico de las pacientes y a la falta de una asistencia prenatal adecuada".

Afirmamos que las pacientes que ingresan al Hospital General "San Juan de Dios", con Infección Puerperal son de bajo nivel socio-económico en 100% y que una cuarta parte igual a un 22.90% recibe control prenatal en el transcurso de su embarazo.

También demostramos que un porcentaje de 81.25% son de las pacientes que cursaron con

embarazo a término; del número total de partos que se reportaron, 15.10% fueron partos distócicos simples, 6.80% correspondieron a partos eutócicos simples y un 3.30% a cesáreas.

En el Cuadro No. 7 encontramos que el síntoma en todas las pacientes fue la fiebre, el observar la gráfica No. 1, se concluye que la Infección Puerperal se inicia frecuentemente en el 2 y 4 días promedio, por lo que con los días que más se debe vigilar estrechamente la temperatura.

La ruptura prematura de membranas, fue una de las complicaciones del embarazo que nos dió una incidencia del 20.83% siendo la primera complicación del origen de la Infección Puerperal.

Así mismo se encontró que un 18.75% se había practicado la episotomía y que un 66.66% se encontró infección y dehiscencia de episiorrafia, la cual se asocia también frecuentemente a la Infección Puerperal post-cesárea. Gibbs reporta esta asociación en un 38%.

El número total de tactos vaginales no se pudo demostrar en porcentaje pero se considera que un número superior a 5 tactos vaginales en el trabajo de parto favorecen el desarrollo de gérmenes, predisponen a una infección puerperal.

El uso de antibióticos que más incidió en el estudio fue penicilina y chloranfencol en un 70.83% como es indicado en el Cuadro No. 10., con ésto se demuestra que en nuestro medio se utilizan los antibióticos de primera intención con fines curativos y en segundo lugar

se utilizan por un período de tiempo considerado como prolongado.

Gibbs recomienda 8 horas en el acceso de la enfermedad utilizando ampicilina y kanamicina; Morrison y col. utilizan penicilina kanamicina por no más de 3 días, otros autores concluyen que el uso de antibióticos no es adecuado por permitir la inhibición de la flora normal y proliferación de la flora anormal y además de diferir y modificar los caracteres clínicos de las Infecciones Puerperales.

Por último el promedio de días de estancia hospitalaria fue de 6.67 días promedio en los 48 casos estudiados por un año en el Hospital General "San Juan de Dios".

X. CONCLUSIONES

1. La Infección Puerperal continúa siendo una causa frecuente de morbilidad, principalmente en mujeres jóvenes y de poca paridad.
2. El problema infeccioso en el puerperio se agudiza por ser una patología frecuentemente en la mujer joven.
3. El control prenatal es deficiente lo que impide una detección oportuna y/o control adecuado de los factores que predisponen a la Infección Puerperal.
4. No se están utilizando los antibióticos con un criterio definido en cuanto a la combinación, dosis y duración.
5. La fiebre, los loquios fétidos, el dolor abdominal y la sub-involución uterina, son los parámetros para el diagnóstico de la Infección Puerperal.
6. No existe un protocolo adecuado de parte de los hospitales públicos para el manejo de la paciente con Infección Puerperal.
7. Todo paciente que ingresa al Hospital General "San Juan de Dios" es de bajo nivel socio-económico.

XI. RECOMENDACIONES

1. Incrementar el control prenatal sobre todo en pacientes de bajo nivel socio-económico.
2. Establecer un protocolo para el manejo para pacientes con Infección Puerperal lo más completo posible.
3. Investigar por todos los medios posibles la presencia de infecciones sobre agregadas como infecciones vaginales y otra clase de patología y dar tratamiento adecuado.
4. Tratar adecuadamente la presencia de anemia en la mujer embarazada.
5. Efectuar el menor número de exploraciones vaginales y al hacerla tomar las medidas adecuadas de asepsia y antisepsia.

XII. RESUMEN

Se efectuó un estudio retrospectivo de 48 casos encontrados en el Hospital General "San Juan de Dios" en el Departamento de Registros Clínicos y Bio-estadística durante el año de 1979.

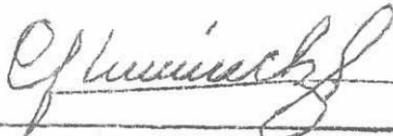
El propósito de la investigación fue investigar la morbilidad en relación con el número de partos atendidos en el período arriba indicado, tomando en cuenta: edad, gestaciones, control prenatal, edad de embarazo, condiciones de ingreso, situación socio-económica, tactos vaginales, resolución del embarazo, sintomatología, complicaciones, procedimientos quirúrgicos, tratamiento terapéutico, curva térmica y días de estancia.

Se utilizó el método deductivo retrospectivo por medio de una papeleta previamente elaborada. Se realizó una revisión bibliográfica actualizada para dejar un antecedente a posteriores investigaciones.

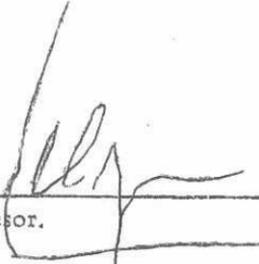
XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Williams. Obstetricia, editorial Salvat, Sec.8
INFECCION PUERPERAL. (pág. 839 y 840).
2. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas
E. Capdevila Casas, Editorial Salvat. Fiebre
(pág. 527), Sepsis (Pág. 1144); Septicemia
(pág. 1144).
3. Robbins. Patología, estructural y funcional.
Editorial Interamericana; capítulo: Cuarto del
Utero y Endometrio (pág. 1178).
4. Dr. Jorge F. Menéndez Velásquez. Tesis
"Factores que predisponen a la Infección Puer-
peral". Universidad Nacional Autónoma de Mé-
xico. Facultad de Ciencias Médicas (pág. 9).
5. Sweet, R.L. Puerperal Infection Morbidity.
Am. J. Obstet. Gynecol. (pág. 117).
6. Alvarez, B.L. Aspectos Económicos y Socia-
les en Relación con la Salud. IMSS Fascículo
22 (pág. 5).

7. Aguirre, Z.F. Concepto, Objetivo y Campo de Acción de la Medicina Preventiva. Fascículo (pág. 23).
8. Galas, K.P.R.
Larsen B.: Flora vaginal y su participación en las enfermedades. Clin. Obstet. Ginecol. (pág. 61). Marzo, 1976.
9. Pérez de Salazar, J.L.; Ruíz, V.V. Mortalidad por Infección en el hospital de Gineco-Obstetricia, No. III, IMSS. Ginec. Obstet. México 1971. (pág. 29).
10. Castelazo, A.L.: Relaciones Feto-Maternas y Salud Postnatal. Ginec. Obstet. México, 1971. (pág. 67).

Br. 

Br. César Augusto Hernández S

Dr. 
Asesor.

Dr. Humberto Salvador Calgua Kimin

Dr. 
Revisor.

Dr. Mario Ren

Dr. 
Director de Fase III

Dr. Carlos Waldheim

Dr. 
Secretario

Dr. Jaime Gó

No. Bo.

por) Dr. 