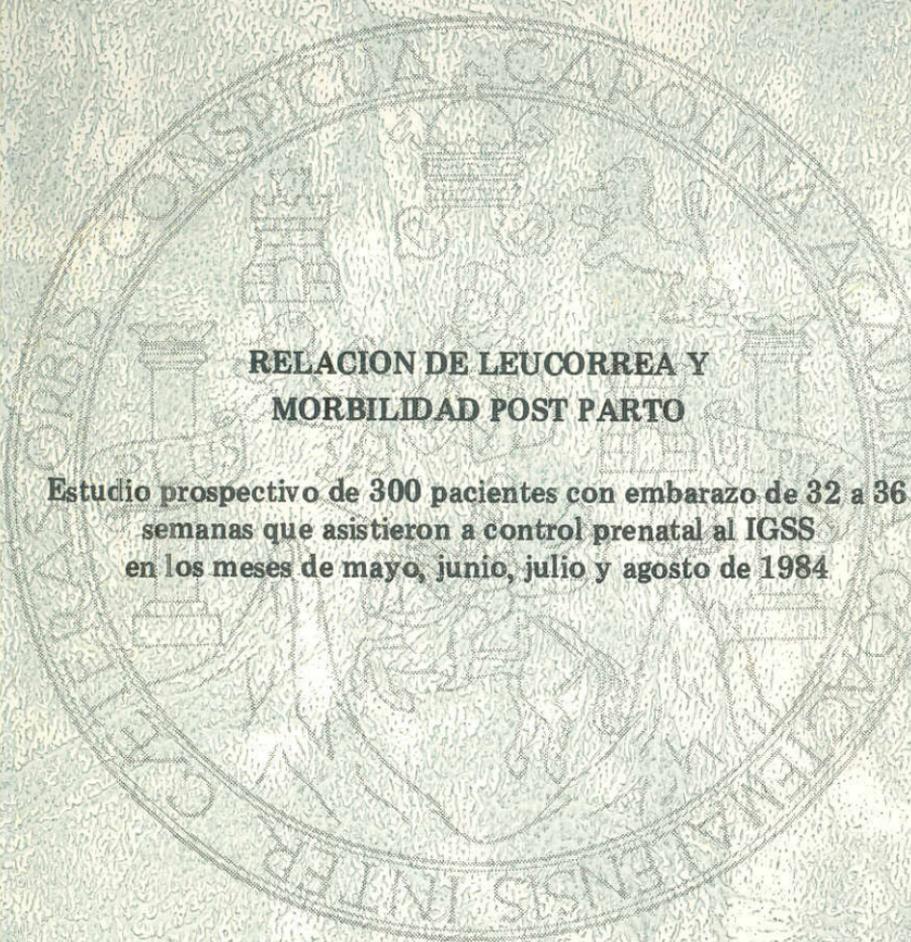


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**RELACION DE LEUCORREA Y
MORBILIDAD POST PARTO**

**Estudio prospectivo de 300 pacientes con embarazo de 32 a 36
semanas que asistieron a control prenatal al IGSS
en los meses de mayo, junio, julio y agosto de 1984**

VICTOR ROLANDO FLORES HERNANDEZ

GUATEMALA, MAYO DE 1985

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA
- III. JUSTIFICACION
- IV. OBJETIVOS
- V. REVISION BIBLIOGRAFICA
- VI. MATERIAL
- VII. METODO
- VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS
- IX. DISCUSION DE RESULTADOS
- X. CONCLUSIONES
- XI. RECOMENDACIONES
- XII. RESUMEN
- XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
- XIV. ANEXOS

I INTRODUCCION

Se denomina Infección Puerperal a los estados morbosos o rígidados por invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del aborto o del parto (1,5,6,7,13)

El presente trabajo tuvo como objetivo principal, establecer el grado de relación que existe entre la Leucorrea con la morbilidad - Post Parto. Efectuado en el Hospital de Gineco Obstetricia del - I.G.S.S. durante los meses de Mayo a Octubre de 1984.

Se seleccionaron a 300 pacientes con Leucorrea y que al momento de su consulta estuvieran entre 32 a 36 semanas de embarazo, fueron divididas en 2 Grupos "A" y "B" de 150 pacientes cada uno. Al grupo "A" se le efectuaron análisis de Laboratorio para lograr determinar su etiopatogenesis, y darle tratamiento específico. Paralelamente se siguió al grupo "B" (al que no se le efectuó ningún procedimiento Diagnóstico) durante el Parto y los primeros 10 Días del Puerperio.

Los resultados obtenidos del grupo "A", mostraron que el microorganismo más aislado fue la Gardnerella vaginal en 46 pacientes - (30.6%).

En cuanto al Grado de relación que existe entre la Leucorrea con la Morbilidad concluimos de que no hay relación pero tomamos muy en cuenta que trabajamos con un Grupo de pacientes sanos, y que no se sometieron a procedimientos invasivos.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La fiebre puerperal está muy relacionada con infección; El Joint Committee on Maternal Welfare ha definido la morbilidad puerperal como temperatura mayor de 38 grados centígrados o más que aparece durante el puerperio propiamente dicho (5,6,10).

Se ha logrado determinar que hay factores que pueden predisponer a sufrir este proceso infeccioso como lo son: ruptura prematura de membranas, número de tactos vaginales, uso de forceps trabajo de parto mayor de 18 horas, anemia, retención de restos placentarios, episiotomía, bajo estado socioeconómico, desprendimiento manual de placenta, cesárea transperitoneal leucorrea, etc. (5,10,13).

En la gran mayoría de los casos de Infección Puerperal, las bacterias responsables de la infección son aquellas que normalmente crecen y viven en el tracto genital inferior Gorbach y Cols (1973) por ejemplo, en el 70% de cultivos efectuados a partir del cérvix externo de Mujeres Sanas, identificaron una o más bacterias aerobias y anaerobias potencialmente patógenas (5,11).

En el presente estudio tratamos de encontrar el grado de relación que juega la leucorrea con la infección puerperal, ya que la literatura señala que los microorganismos aislados son capaces de producir o desencadenar infección puerperal, la cual es desarrollada al emigrar los microorganismos de la vagina al útero o bien producir infección en las heridas del canal del parto.

Para la realización del presente trabajo, nuestro punto de partida fue el Diagnóstico de la Leucorrea alcanzado, a través de exámenes de laboratorio (cultivo aerobios cultivo Thayer Martín, Gram y tinción salina) en 150 pacientes con embarazo de 32 a 36 semanas,

sin patología alguna o estar tomando medicamentos que pudieran alterar los resultados.

Las pacientes asistieron a control prenatal al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante los meses de mayo a agosto de 1984.

En ellas se investigó la efectividad de darles tratamiento específico al microorganismo aislado así como la presencia de infección puerperal comparándola con un grupo de idénticas variables.

III

JUSTIFICACION

Encontrándose nuestro País dentro del grupo del tercer mundo o en vías de desarrollo, sabemos que su situación socio económica es precaria y con alta incidencia y prevalencia enfermedades infecto - contagiosas.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia del I.G.S.S. la Morbilidad post parto es alrededor del 5%, problema que podría estar altamente relacionado con la Leucorrea. Ya que las condiciones de las pacientes y la etiopatogenesis de las descargas vaginales anómalas, pueden influir de una manera indirecta o directa en la alta incidencia puerperal.

IV OBJETIVOS

Establecer el Grado de Morbilidad puerperal que juega el -
Diagnóstico y tratamiento específico de pacientes que presen Leu-
correa durante el embarazo comparándolo con un Grupo de idénticas
características a los que no se les investiga.

V ANTECEDENTES

La leucorrea es un escurrimiento vaginal que puede ocurrir en cualquier edad. Afecta a casi todas las mujeres durante algún tiempo determinado de su vida, y es una manifestación de alguna alteración local o sistemática.

Generalmente obedece a una infección del tracto genital inferior, pero puede deberse a inflamaciones en otras áreas, estimulación o depleción estrogénica, alteraciones psíquicas o tumores. La presencia de moco vaginal en pequeña cantidad es una manifestación normal, pero si aparecen manchas en la ropa o síntomas locales molestos, el escurrimiento debe ser considerado como anormal.

Las mujeres embarazadas notan generalmente un aumento de las secreciones vaginales, que en la mayoría de los casos no tienen causa patológica, sin duda un factor que contribuye a él es la mayor formación de moco por las glándulas cervicales (5,8,12) pero habitualmente obedece a procesos sépticos determinados, siendo los más frecuentes la gonococia, la tricomoniasis, la candidiasis y otras (8,11,12).

TRICOMONIASIS VAGINAL

Infección generalmente venérea la cual es producida por un protozoo flagelado llamado *Trichomona Vaginalis*, organismo que se identifica en el 20 a 30% de las mujeres en el examen prenatal, no obstante la infección es sintomática en un porcentaje mucho menor de pacientes (5).

Las manifestaciones principales de la vaginitis o trichomona es la Leucorrea que casi invariablemente se asocia a dolor vaginal,

ardor y sensación pruriginosa.

La exploración generalmente muestra alguna cantidad de flujo verdoso, amarillento espumoso o lleno de burbujas y de olor fétido. (1,7,8,9,11,12).

Como ya mencionamos la tricomoniasis es muy frecuente en la mujer embarazada y actualmente no hay pruebas de que el metronidazol vaginal produzca teratogenicidad, no obstante en general se recomienda no prescribirlo durante los primeros tres meses de embarazo.

MONILIASIS

Es una enfermedad producida por un hongo levaduriforme que produce mecelio y pseudomicelio, habita como comensal en el tracto gastrointestinal, respiratorio y en regiones mucocutáneas como: boca, vagina, ano: en mujeres embarazadas cerca del término se aísla en un 20 a 25%, siendo considerada como la infección más sintomática durante el embarazo (14).

La enfermedad se manifiesta con prurito vulvar, como síntoma cardinal y descarga vaginal de aspecto lechoso. Al examen físico se observa edema eritema de los labios menores y vulva; el tratamiento durante mucho tiempo fue violeta genciana al 1% la cual a pesar de su eficacia fue sustituida por la nistatina y los derivados del tinidasol.

Los supositorios vaginales de nistatina de 100,000 unidades introducidos cada doce horas durante catorce días continuos, han tenido buenos resultados (5,7,9,11,12,14).

NEISSERIA GONORRHOEAE

En las mujeres la infección causada por el *Gonococo* puede circunscribirse al tracto genital bajo, incluyendo el cuello uterino, uretra, glándulas periuretrales y glándulas de Bartholin o puede diseminarse a través del endometrio hasta afectar los Oviductos y el perritonco. (5,9,11).

La salpingitis aguda gonocócica no constituye problema en el embarazo, después del tercer mes, ya que el corion se ha fundido con la decidua parietal para cerrar la cavidad Endometrial entre el cuello y el oviducto. (5).

La Gonorrea parece estar aumentando de frecuencia y actualmente representa un problema que aflige todas las capas sociales, se han efectuado cultivos sistemáticos en mujeres asintomáticas y se ha encontrado que hasta el 5%, incluso de clientela privada, puede comprobarse que albergan *Neisseria Gonorrea* en Guatemala Moscoso en el Hospital Roosevelt estableció que la causa del 5% de las Leucorreas son producidas por *Gonococo* (9,11,12,).

El Center For Disease Control, recomienda para la infección gonocócica no complicada, penicilina G procaína acuosa 4.8 millones de unidades intramusculares acompañadas por un grmo. de probenecid repartidas en dos dosis e inyectados en una misma visita en pacientes que sean alérgicas puede utilizarse la espectomicina o la Eritromicina (9,11,12).

GARDNERELLA VAGINAL

Actualmente se conoce a *Gardnerella Vaginal* es como tal por la propuesta de Greenwoos & Pickett, ya que antes se le conocía como *Corynebacterium Vaginales* y luego como *Haemophilus Vaginalis* (4).

Después del informe inicial por Gardner y Dukes, *Gardnerella* -

Vaginal ha sido asociada como agente etiológico de la vaginitis inespecífica en múltiples estudios (4).

Sin embargo, el significado de esta bacteria en el tracto genital aún es de mucha controversia.

Se ha demostrado que *G. Vaginalis* puede estar presente en algunas pacientes y no tener manifestaciones clínicas alguna.

Sin embargo se ha mencionado que cuando su presencia es estudiada cuantitativamente en los cultivos de aislamientos y relacionada con la clínica, esto puede orientar mejor en aquellos casos de vaginitis (4,5,14).

Se sugiere que el diagnóstico de una vaginitis bacteriana por *G. Vaginalis* puede hacerse por medio de un estudio clínico, combinado con la interpretación del frote coloreado con Gram.

Sin embargo es recomendable utilizar el criterio con la mayor información posible, que sería el cultivo.

Existe controversia en cuanto a la causa microbiana de la vaginitis ya que los criterios para definir este síndrome son variados. Se ha reportado que esta vaginitis es producida por *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Bacilos Coliformes*, *Bacilos Gram Negativos*, así como infecciones virales en la que sobresale el *Herpes Virus* tipo 2 (5,7,8,11,12).

INFECCION PUERPERAL O FIEBRE PUERPERAL

La infección puerperal se desarrolla a nivel del tracto genital después del parto ya sea por vía abdominal o por vía vaginal.

Muchas elevaciones de temperatura en el puerperio son produ

cidas por infección puerperal, la incidencia de fiebre después del alumbramiento es índice seguro de la presencia de la enfermedad, - por esta razón es costumbre reunir todas las fiebres puerperales bajo el término general de Morbilidad Puerperal.

Se han establecido diversas definiciones de morbilidad puerperal sobre la base del grado de pirexia alcanzado.

En los trabajos de Hipócrates y Galenos se hace ya referencia de la infección puerperal. Willis en el siglo XVIII escribió sobre la fiebre puerperal, aunque Strother, en 1,917 usó el término en inglés Puerperal Fever.

Los antiguos consideraban este proceso como resultante de la retención de Loquios y durante siglos esta explicación fue aceptada universalmente, hasta que Semmelweis demostró la identidad de la sepsis puerperal con las heridas infectadas; Lister demostró el valor de la técnica antiséptica (5,13).

El Joint Committee On Maternal Welfare ha definido la morbilidad como temperatura de 38 grados centígrados o más que aparece durante el transcurso de los diez días que siguen al parto, excluyendo las primeras 24 horas (5,6,10,12,13).

La frecuencia de la infección puerperal es, según recientes estadísticas de una a 7.5 % correspondiente a la mayoría de los casos a las formas leves (1,12,13)

De tal manera que de un primer puesto mantenido hasta principios de siglo, a pasado en el momento actual a un cuarto lugar en la estadística de morbilidad materna (12).

LA ETIOLOGIA

Se reconoce la invasión por un gran número de gérmenes patógenos y saprófitos que suelen actuar en forma aislada aún que por lo general lo hacen asociándose con lo cual agravan la enfermedad. (12)

Los estudios han demostrado que la flora normal de la vagina y de cervix está formada por diferentes clases de microorganismos - de los cuales se mencionan: los lactobacilos, staphylococcus cuagulasa negativo, micrococcus, estreptococos no hemolíticos, cocos anaerobios, staphylococcus cuagulasa positivo, gonococos, clostridium, Gardnerella, proteus SSp, bacteroides SSP micoplasma y formas de micoplasma (13).

ANATOMIA PATOLOGICA

Las infecciones puerperales son básicamente heridas infectadas.

El sitio de implantación de la placenta está al desnudo y es un medio cultivo excelente para las bacterias y constituye la puerta de entrada para los microorganismos patógenos (5).

Si la infección se confirma cerca de la superficie, la mucosa infectada necrótica se desprende en unos pocos días, los restos son abundantes y el flujo es sucio profuso, sanguinolento y algunas veces espumoso. La involución del útero puede encontrarse retrasada, las secreciones microscópicas muestran una capa superficial de material necrótico que contiene bacterias y una gruesa zona de infiltración leucocítica (6,10,13).

FACTORES PREDISPONENTES

Los factores que predisponen el establecimiento de la endome-

tritis son: operación cesárea, trabajo de parto prolongado, ruptura prematura de membranas, anemia, uso de forceps, retención de restos placentarios, bajo estado socioeconómico, desprendimiento manual de placenta, desnutrición (5,13).

MODO DE INFECCION

Cuando las infecciones son producidas por Gérmenes que se encuentran ya en la vagina, se produce la autoinfección artificial endógena; y se fueron introducidas desde la zonas vecinas (vulva, muslos, etc.) se constituye la autoinfección artificial exógena, o bien cuando se hacen tactos vaginales para evaluar la progresión del parto es probable que se arrastren microorganismos preexistentes en la vagina y se lleven al útero como a los desgarros de la vulva vagina, etc., produciendo así autoinfección artificial Endógena (9,12).

LOS SIGNOS CLINICOS

En casos benignos, la fiebre es de 38 grados o más, la cual se eleva más o menos a las 48 horas después del parto y tiene ascensos y remisiones matinales.

En casos severos la fiebre es de 40 a 40.5 grados, el pulso sigue la curva febril, el dolor, el ardor al orinar y la sensación de calor local son los síntomas más frecuentes, el útero está aumentado de tamaño y es dolorosa la palpación, los loquios son abundantes con aspecto sanguinolento de color moreno oscuro chocolatado (1).

Una lesión frecuente de los genitales externos es la infección localizada de un desgarro o de una herida de episiotomía.

La infección del cuello cervical es bastante frecuente más aún puesto que los desgarros profundos del cuello se extienden a menudo hacia los tejidos suturados en la base de los ligamentos anchos la in-

fección de tales heridas constituye el lugar de origen de una infección Lifática Parametritis y Bacteremia.

EL DIAGNOSTICO

Se hace tomando muy en cuenta la historia de todo lo referente al parto, fiebre, características de los loquios y la sub-involución uterina, y evaluación del estado de la vulva, vagina y periné.

Se deben realizar pruebas de laboratorio tales como hematológica, examen de orina, Gram y cultivos de secreción loquial para confirmar el diagnóstico (1,5,13).

TRATAMIENTO

El tratamiento de las pacientes con endometritis está encaminado a controlar el proceso infeccioso y evitar su diseminación.

El medicamento de elección se da en base a los antibiogramas de los microorganismos más frecuentes aislados en este tipo de pacientes.

Según autores del tratamiento antimicrobiano debe incluir cubrir aerobios y anaerobios ya que la etiología generalmente es mixta (1,6,10,12,13).

VI MATERIAL

1. 300 pacientes del IGSS con embarazo de 32 a 36 semanas que se resolvieron por parto eutópico simple y que al momento de la consulta a control prenatal presentaron leucorrea.
 - 1.1 Se excluyeron del estudio a las siguientes pacientes:
 - a. Pacientes con patología asociada (anemia, DPC, diabetes, hipertensión arterial, IRS, diarrea).
 - b. Pacientes en los que se usaron antibióticos durante el embarazo, por razones ajenas al estudio, así como pacientes con tratamiento de inmunosupresores o esteroides.
 - c. Además pacientes que presentaron las siguientes características:
 - c.1 Uso de Fórceps.
 - c.2 Ruptura prematura de membranas.
 - c.3 Trabajo de parto prolongado.
 - c.4 Presentaciones anormales.
 - c.5 Número de tactos mayores de 5. A este respecto confiaremos en la hoja de control de trabajo de parto que llevarón los médicos. Y se concentrizó al personal en general, para que esto fuera veraz o lo más acertado posible.
 - c.6 Manipulación previa. Lo cual se evaluó a través del informe de la paciente.
2. Instalaciones del IGSS.

3. Residentes de Gineco Obstetricia del IGSS.
4. Laboratorio Clínico del IGSS.
5. Médico asesor Dr. Hugo Castellanos.
6. Útiles de escritorio.

VII METODO

1. Se seleccionó a 300 pacientes con embarazo de 32 a 36 semanas que al momento de la consulta a control prenatal presentaron leucorrea.
2. Las 300 pacientes se separaron en dos grupos de 150 cada uno, llamandoseles grupo "A" y grupo "B".
3. A las pacientes del grupo "A" se les informó del estudio, de la importancia del mismo, y de las indicaciones que debían de tomar, con el fin de que estuvieran de acuerdo y así la información fuera lo más acertada posible.
4. A las pacientes del grupo "A" se les hizo examen ginecológico y se les efectuó a cada una, frote de Gram, examen en fresco, cultivo de aerobios y cultivo de Thayer Martín.
5. Ya teniendo el Diagnóstico de la Leucorrea se les dió tratamiento con drogas que no tenían efecto teratogénico.
6. Al grupo "B" como no es rutina hospitalaria, no se les efectuó examen ginecológico y no se les dió tratamiento alguno.
7. Si fué necesario por el agente Etiológico aislado a los esposos de las pacientes del grupo "A" se les dió tratamiento específico.
8. Se efectuó una semana antes de la fecha probable de parto examen de control, el que debió ser negativo para leucorrea patológica, verificada por el método necesario.
9. A las pacientes se les proporcionó plan educacional, para que

después del último examen no tuvieran relaciones sexuales, -
pues de lo contrario se descartaran del estudio, también se les
habló para que cuando ingresaran al hospital por trabajo de par-
to, porten su carnet el que llevará una ficha de cartón para su
fácil seguimiento.

10. Se llevó un seguimiento de las pacientes de los dos grupos du-
rante el parto y los primeros 10 días del puerperio, si durante -
este tiempo se estableciera morbilidad no asociada al estudio, -
por ejemplo IRS, hemorragia y otras se descartaran del estudio.

VIII PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1

PACIENTES INVESTIGADOS POR LEUCORREA EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL I.G.S.S. MAYO-AGOSTO 1984 - GRUPO "A"

EDAD	ESTUDIADOS		POSITIVOS		NEGATIVOS	
	No.	%	No.	%	No.	%
-14	0	0	0	0	0	0
15-19	14	9.3	7	4.6	7	4.6
20-24	47	31.3	28	18.6	19	12.6
25-29	41	27.3	20	13.3	21	14.0
30-34	29	19.3	14	9.3	15	10.0
35-39	14	9.3	11	7.3	3	1.3
40-44	5	3.3	2	1.3	3	1.3
45-	0	0	0	0	0	0
TOTAL	150	100.0	82	54.6	68	45.3

FUENTE: Fichas de investigación.

En el cuadro anterior podemos observar que de las 150 pacientes investigadas del grupo "A" el 54.6% presentó, uno o más microorganismos, y el resto 45.3% no se les aisló ningún patógeno. El rango de edad - predomina con mayor número de casos positivos, esta comprendido entre las edades de 20 a 24 años.

CUADRO 2

PACIENTES INVESTIGADOS POR LEUCORREA SEGUN PARIDAD
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL I.G.S.S. MAYO -
AGOSTO 1984 GRUPO "A"

PARIDAD	ESTUDIADOS		POSITIVOS		NEGATIVOS	
	No.	%	No.	%	No.	%
PRIMI.	32	21.3	12	8	20	13.3
SECUN.	32	21.3	22	14.6	10	6.6
MULTI.	86	57.3	48	32.0	38	25.3
TOTAL	150	100.0%	82	54.6%	68	45.2

FUENTE: Fichas de investigación.

El presente cuadro muestra a las 150 pacientes que fueron tomadas al azar partiendo de que presentaban leucorrea. Y observamos que el 57.3% de las pacientes estudiadas son multíparas, también podemos agregar que las secundíparas se encontraron más que el doble de agentes patógenos respecto a los negativos.

CUADRO 3

PATOGENOS AISLADOS EN LEUCORREA POR GRUPO ETAREO EN
EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL I.G.S.S. MAYO -
AGOSTO 1984 GRUPO "A"

EDAD	GARDNERELLA		TRICOMONAS		CANDIDA		GONOCOCO		STAPHYLOCOCCUS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-16	0	0	2	1.3	2	1.3	0	0	1	0.6
20-24	16	10.6	2	1.3	13	8.6	0	0	0	0
25-29	15	10.0	6	4.0	10	6.6	0	0	0	0
30-34	5	3.3	3	2.0	8	5.3	0	0	0	0
35-39	9	6.0	1	0.6	4	2.6	1	0.6	0	0
40-44	1	0.6	0	0	3	2.0	0	0	0	0
45-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	46	30.6	14	9.3	40	26.6	1	0.6	1	0.6

FUENTE: Fichas de investigación.

El cuadro anterior podemos observar que de las 150 del grupo "A" hubo un 30.6% de Gardnerella, seguido por candida con 26.6% y tricomonas con 9.3% y sólo encontramos un sólo caso de Gonococo en una paciente de 35 a 39 años que representa el 0.65.

CUADRO 4

PATOGENOS AISLADOS EN LEUCORREA SEGUN PARIDAD EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL I.G.S.S. MAYO-AGOSTO 1984 GRUPO "A"

PARI-DAD	GARDNE-RELLA		TRICO-MONAS		CANDIDA		GONOCO-CO		STAPHY-LOCOCUS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
PRIMI.	7	4.6	3	2	8	5.3	0	0	1	0.6
SECUN.	12	8.0	3	2	11	7.3	0	0	0	0
MULTI.	27	18.0	8	5.3	21	14.0	1	0.6	0	0
TOTAL	46	30.6	14	9.3	40	26.6	1	0.6	1	0.6

FUENTE: Fichas de investigación.

En este cuadro observamos los 82 pacientes positivos con uno o más agentes causales. Nos llama la atención que las multíparas son las que mas patógenos se les aisló, pero tenemos que tomar en cuenta que fueron los de mayor número.

CUADRO 5

RESISTENCIA AL TRATAMIENTO O RECONTAMINACION EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL I.G.S.S. MAYO-AGOSTO 1984 GRUPO "A"

CASOS TRATADOS		RESISTENCIA	
TOTAL	%	TOTAL	%
82	100	4	2.6

FUENTE: Fichas de la investigación.

Al analizar el cuadro nos damos cuenta que la recontaminación y resistencia es de solo 2.6%.

CUADRO 6

INFECCION PUERPERAL ENTRE EL GRUPO ESTUDIADO Y GRUPO CONTROL SEGUN PARIDAD EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL I.G.S.S. MAYO-AGOSTO 1984.

PARIDAD	GRUPO DE ESTUDIO	GRUPO DE CONTROL
PRIMI.	0	0
SECUN.	0	0
MULTI.	1	0
TOTAL	1	0

FUENTE: Fichas de investigación.

Este cuadro pone en evidencia que solo una paciente presentó infección puerperal y que pertenece al grupo "A" o de estudio.

CUADRO 7

INFECCION PUERPERAL COMPARACION ENTRE GRUPO DE ESTUDIO Y GRUPO CONTROL POR EDAD EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA DEL I.G.S.S. MAYO-AGOSTO 1984

EDAD	GRUPO DE ESTUDIO	GRUPO DE CONTROL
-14	0	0
15-19	0	0
20-24	0	0
25-29	0	0
30-34	1	0
35-39	0	0
40-44	0	0
45-	0	0
TOTAL	1	0

FUENTE: Fichas de la investigación.

Este cuadro nos trata de decir que la unica infección puerperal del estudio pertenece al grupo "A" o de estudio, y se encuentra entre las edades de 30 a 34 años.

IX DISCUSION

La Leucorrea es un problema muy frecuente en la mujer Guatemalteca, en especial en las áreas marginales urbanas y rurales, en las cuales las condiciones sanitarias y culturales son deficientes.

De acuerdo a nuestros antecedentes nos planteamos la hipótesis de qué relación tendría la Leucorrea con la morbilidad Post Parto.

Se seleccionaron a 300 pacientes y se dividieron en 2 grupos - de 150 cada uno, a un grupo de pacientes se le efectuaron exámenes de laboratorio a la Leucorrea para lograr determinar el patógeno causante de la misma.

Durante el planteamiento inicial de trabajo nos encontramos - con una limitante la cual está justificada por la ética médica y nos obliga a darle tratamiento a la paciente si encontrábamos por medio de Laboratorio el agente ofensor. Razón por la cual al Grupo de control no se les efectuó ningún procedimiento de Laboratorio a la Leucorrea de las pacientes.

De acuerdo con los resultados obtenidos por Laboratorio de las 150 muestras de Leucorrea se obtuvo 82 muestras positivas las que representan el 54.6 de los casos. Lo anterior demuestra que el índice de Leucorrea infecciosa es de alta incidencia en el presente estudio que es notable la distribución respecto a la edad y pariedad.

Sin embargo es de hacer mención que 30.6% de las pacientes estudiadas tienen Gardnerella Vaginal, microorganismos que al no ser debidamente identificados se tilda la Leucorrea como inespecífica. Es potencialmente patógena ya que según Gini y Méndez en un

estudio efectuado en el IGSS, encontraron que el 33% de los loquios cultivados fueron positivos para Gardnerella vaginal siendo seguido por Echericha coli en 8%.

Lo reportado en la literatura sobre Monilia en Leucorrea es de 20 a 25% y que esta investigación se obtuvo un 26.6%.

Algo que llama la atención en el estudio es el hecho de haber encontrado tan solo 9.3% de Tricomonas ya que la literatura reporta de 20 a 30%, al igual debajo, encontramos a la Gonorrea con 0.6% comparado con un estudio efectuado en 1,981 en el Hospital Roosevelt, donde se encontró un 5% de Gonorrea como causa de Leucorrea.

En lo que respecta a nuestra hipótesis planteada se comprobó que la Leucorrea no tiene relación con la morbilidad Post Parto, esto nos lo demuestran los cuadros.

Es importante agregar también que en nuestros grupos de estudio no encontramos a pacientes anémicos, desnutridos sin patología y que se les atendió el parto sin complicaciones, que en determinado momento fuera coadyuvante en una infección puerperal.

En nuestro trabajo hubo un hallazgo que es del interés de la investigación el haber encontrado una endometritis en el grupo de estudio y no en el grupo control, cosa curiosa ya que a la paciente no logró aislarsele ningún patógeno por laboratorio, pero tenemos que tomar en cuenta que lo investigado no es lo suficiente para catalogar a la Leucorrea como infecciosa.

X CONCLUSIONES

1. Tomando en cuenta que nuestra población de estudio solo presentaba Leucorrea y excluyendo a toda paciente que por una u otra razón sufrieron complicación de su embarazo o parto, y a pesar de haber encontrado un sólo caso de infección puerperal no encontramos relación al comparar la Leucorrea como causa de morbilidad post parto.
2. El 54% de los pacientes del grupo "A" se le aisló uno o más microorganismos como causa de Leucorrea.
3. La Gardnerella vaginal fué el patógeno mas aislado en el grupo de estudio "A" seguida por la candida.

XI RECOMENDACIONES

1. Se recomienda efectuar estudio de mayor número de pacientes que puedan alcanzar una media poblacional para afirmar o rechazar las conclusiones alcanzadas en el presente trabajo.
2. En otra investigación de esta misma naturaleza, tratar de evaluar a la Leucorrea como causante de Morbilidad con condiciones, como lo es la desnutrición, anemia y otras enfermedades, para llegar a establecer la relación que hay entre la Leucorrea con la morbilidad Post parto.
3. Al evaluar una paciente embarazada con Leucorrea recomendamos descartar a la Gardnerella vaginal, como primera causa de la misma.

XII RESUMEN

El presente trabajo de investigación de carácter prospectivo titulado "RELACION DE LEUCORREA CON MORBILIDAD POST PARTO". Realizado en el Hospital de Gineco-Obstetricia, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante los meses de mayo a octubre de 1,984.

Para el efecto fueron estudiadas 300 pacientes con embarazo - de 32 a 36 semanas y que al momento de la consulta a control prenatal referían Leucorrea.

Para alcanzar el fin perseguido se tomó un grupo de 150 pacientes, a las que se les estudió por medio de Laboratorios (cultivo aerobios, Thayer Martín, Gram y examen en fresco) a la Leucorrea.

De las 150 pacientes investigadas 82 fueron positivas a uno o más de un patógeno. Se les proporcionó tratamiento específico, y luego se les efectuó nuevos laboratorios para evaluar la efectividad de la medicación. Se siguieron a las 300 pacientes durante el Parto hasta el puerperio propiamente dicho, para evaluar cualquier tipo - de infección.

Con respecto al microorganismo de mayor frecuencia aislado en el estudio en 30.65% fue la Gardnerella seguida por la candida con 26.6%.

El principal resultado alcanzado fue el no haber encontrado relación entre la Leucorrea y la morbilidad Post Parto en nuestra población de estudio.

XIII
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barrios, Alquijay E. **Endometritis**. Tesis (Médico y Cirujano) -Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981. 24p.
2. Berger, E. et al. Puerperal febrile complications and cervical flora following elective manual exploration of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1981 Feb 1; 139(3):320-323
3. Feeney, J.G. et al. Bacteroides infección in fibroids during the puerperium. *Br Med J* 1979 Oct 27; 2(6191): 1038-1039
4. Gini, G. et al. El rol de la Gardnerella vaginalis en infecciones ginecológicas. *Revista Científica Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia Universidad de San Carlos de Guatemala*. 1984; 2(1):18-21
5. Hellman, L. y M. Williams **obstetricia**. 3ed. México, Salvat 1980. 967p. (pp 262-263, 507, 743)
6. Hernández S., César A. **Infección puerperal; estudio retrospectivo de 48 casos en el año de 1979 Hospital San Juan de Dios**. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981
7. Jawetz, E. et al. **Manual de microbiología médica**. 7ed. México, Manual, Manual Moderno, 1977. 658p. (pp. 236, 309, 590, 616)

8. Moscoso R., Ligia. **Diagnóstico de leucorrea y aislamiento de Hemophylus vaginalis.** Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981. 23p.
9. Novak, E. et al. **Tratado de ginecología.** 9ed. México Interamericana, 1981. 794p. (pp. 205-212, 226, - 604-607)
10. Palacios D., Julio. **Morbilidad materna post cesarea en el Hospital modular de Chiquimula.** Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981. 27p.
11. Schneider, G. T. Vaginal infección. **Postgraduate Med** - 1983 Feb 15; 73(2):255-260
12. Scharcz, R. et al. **Obstetricia.** 3ed. Buenos Aires, Ate-
neo 1979. 944p. (205-212, 226, 604-607)
13. Torres M., María. **Endometritis agentes causales; estudio -
prospectivo efectuado en la Maternidad del Hospital -
Roosevelt durante el período comprendido de noviembre
1982 a abril de 1983.** Tesis (Médico y Cirujano)-Univer-
sidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. -
Guatemala, 1982. 39p.
14. Velez M., Ana. **Candidiosis vaginal; estudio de 100 pacien-
tes evaluados en la consulta externa del departamento -
de Maternidad del Hospital Roosevelt.** Tesis (Médico y
Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Cien-
cias Médicas. Guatemala, 1982. 39p.

to Bo
E. Anguila

XIV
ANEXOS

BOLETA #

Nombre _____ Edad _____ Paridad _____

Dirección _____ # de historia clínica _____

Características macroscópicas de la leucorrea _____

Examen Solicitado

Gram

KOH

Examen en fresco

Cultivo aerobios

Thayer Martin

Microorganismo aislado

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Tratamiento Administrativo

1. _____

2. _____

3. _____

Exámenes de control

1. _____

2. _____

Parto

fecha _____

Número de tactos _____

Tipo de parto _____

Duración de parto _____

Complicaciones durante el parto: _____

Puerperio

Inmediato

Temperatura: _____

Loquios Nls. _____

Anormales _____

Involución uterina Nls _____

Anormal _____

Propiamente dicho

Temperatura _____

Loquios Nls. _____ Anormales _____

Involución Uterina Nls _____

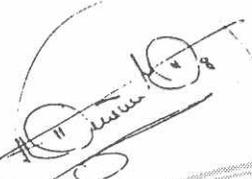
Anormal _____

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

CONFORME:


Dr. HUGO CASTELLANOS
ASESOR.

Dr. Hugo Castellanos
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 2607

SATISFECHO:


Dr. EDGAR E. KESTLER
REVISOR.
Dr. EDGAR E. KESTLER JIRON
Medico Cirujano
Colegiado 2300

APROBADO:


DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMABLE


Dr. Mario René Moreno Cámara
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

Guatemala, 13 de mayo de 1985.-

Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo 44).