

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INCIDENCIA DE INFECCIONES PUERPERALES

Estudio Observacional Descriptivo, realizado en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala en pacientes post parto atendidas en el Departamento de Obstetricia de Enero de 1990 a Diciembre de 1995.

MARDEN ARECIA MARTINEZ LEMUS

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE DE CONTENIDOS

I	INTRODUCCION	
II	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	
III	JUSTIFICACION	
IV	OBJETIVOS	
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	
VI	MARCO METODOLOGICO	1
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS	1
VIII	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	4
IX	CONCLUSIONES	4
X	RECOMENDACIONES	4
XI	RESUMEN	4
XII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	4
XIII	ANEXOS (boleta de recolección de datos)	5

I INTRODUCCION

Al concluir el siglo XVIII se había generalizado el concepto de contagiosidad miasmática en el gravísimo problema de las fiebres puerperales.

En el mismo siglo Semmelweis fue el primero en divulgar y orientar eficazmente la lucha contra estas infecciones; quien acentó definitivamente las bases para la prevención y tratamiento contra las mismas.

Se produce morbilidad puerperal por infección, cuando la temperatura del paciente es de 38 grados centígrados o mayor en dos ocasiones seguidas tomada vía bucal, después de las 24 horas post parto. Lo que hace suponer que la paciente cursa con infección hasta que no se demuestre lo contrario.

Esta patología afecta de 2 a 8% de las mujeres embarazadas, es más frecuente en las de estado socioeconómico bajo, las que son sometidas a cesárea, las que han tenido ruptura prematura de membranas ovulares, las que han tenido un trabajo de parto prolongado y a las que les practican exámenes puerperales repetidos.

El presente trabajo es un estudio observacional descriptivo realizado en el Departamento de Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en Antigua Guatemala; de enero de 1990 a diciembre de 1995. Con el objetivo primordial de establecer la incidencia de infecciones puerperales; para lo cual se revisaron expedientes clínicos, obteniendo la información por medio de una ficha o boleta de recolección de datos aportando los siguientes resultados:

El 82.18% de las pacientes incluidas en el estudio pertenecen al grupo de edad de 15 a 30 años.

El 70.43% de la población pertenece al grupo indígena.

La cesárea y manipulación por comadrona constituyen el 78.26% de los principales factores identificados en la revisión y presentes en la patología estudiada.

El método diagnóstico más utilizado fue el clínico con un 84.35%.

Al 100% de la población se le administró tratamiento con antibióticos, principalmente la combinación de penicilina-cloranfenicol (74.35%).

Los diagnósticos de ingreso más frecuentemente encontrados fueron: Infección de herida operatoria (CSTP)...

II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La morbilidad febril en el puerperio se define como una elevación de la temperatura a 38 grados centígrados o más; la cual ocurre después de las primeras 24 horas post parto en 2 ocasiones separadas.

Las causas más frecuentes de fiebre en el período post parto son infecciones genitourinarias y de las mamas. La cesárea representa un riesgo bastante alto, siendo 4 veces mayor que por parto vaginal. (1,2,3)

Las infecciones se encuentran entre las complicaciones puerperales más notables con una morbilidad de 2 a 8% de las mujeres embarazadas, siendo responsables directas en la muerte de cerca de la tercera parte de todas las mujeres que mueren al año. El 70% de esta entidad patológica son infecciones mixtas constituidas por microorganismos aerobios y anaerobios. (1,5)

Esta investigación es un estudio de tipo observacional descriptivo de cinco años en el cual se estableció la frecuencia de infecciones puerperales en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, para lo cual se revisaron expedientes clínicos de pacientes que consultaron a dicho hospital con sintomatología de infección puerperal. Utilizando una boleta de recolección de datos. (1,2,3,5,11,12).

III JUSTIFICACION

Las infecciones puerperales significan una amenaza potencialmente grave para la madre y se encuentra entre las primeras tres causas de muerte materna; su frecuencia varia en 1 y 7.2%.

En el área rural de Guatemala el 70% de los partos es atendido por comadrona, aumentando así su frecuencia debido a la manipulación y técnicas higiénicas inapropiadas utilizadas por éstas.

La limitación en recursos materiales y humanos, predominio de creencias y factores culturales en nuestro medio, hace que el enfoque médico se oriente más hacia la terapéutica y menos hacia problemas donde se puede ofrecer una solución directa o inmediata.

El objetivo de este estudio fue investigar la incidencia de infecciones puerperales y sus factores predisponentes.

IV OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la incidencia de infecciones puerperales en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

ESPECIFICOS:

1. Identificar la causa más frecuente de infección puerperal.
2. Establecer el grupo étnico más afectado.
3. Describir el método diagnóstico más utilizado.
4. Identificar el germen más frecuente.
5. Describir el tipo de tratamiento que se les dio a las pacientes.
6. Determinar factores predisponentes de infección puerperal.

V REVISION BIBLIOGRAFICA

1. HISTORIA:

LA INFECCION PUERPERAL:

Al concluir el siglo XVIII se había generalizado el concepto de la contagiosidad miasmática en el gravísimo problema de las fiebres puerperales. Como consecuencia del criterio localista de la inflamación, se relacionaban dichas fiebres con diversos procesos abdominales pensando que las superficies cruentas, producidas por el parto, sobre lo que llamó la atención Cruveilhier, servirían de punto de entrada (1937).

En el mismo siglo Charles White de Manchester, había iniciado la lucha contra la fiebre puerperal; comprobando las ventajas de una limpieza escrupulosa. Ya en el romanticismo, una gran figura Norteamérica Oliver Wendel Holmes (1809-1894) publicó en 1843 una comunicación sobre la contagiosidad de la fiebre puerperal. En una sociedad médica de Boston en cuyas conclusiones planteaba de manera decisiva la necesidad que el médico que tuviera que ocuparse de casos obstétricos se abstuviese de participar en autopsia de enfermas fallecidas de fiebre puerperal o cosa de haberlo hecho, se lavará a fondo, cambiando todas sus prendas de vestir sin que al menos durante 24 horas atendiese otro parto.

Evidentemente el camino que más tarde iba a emprender Semmelweis, sin conocer estos antecedentes, había sido ya iniciado por Wendel Holmes, apoyándose en sus antecesores. Parece seguro que fue el primero en plantear de manera categórica y correcta el problema de infección puerperal hecho que no dejó de ocasionarle múltiples disgustos, sobre todo cuando afirma que las manos del médico actuaban de transmisor de las infecciones. Los dos mejores parteros norteamericanos de la época, H.L. Hodge y C.D. Meigs, le combatieron nuevamente, oponiéndose a la aceptación de que la enfermedad fuera transmitida.

No puede negarse, empero a Semmelweis el extraordinario mérito de haber sido el primero en divulgar y organizar eficazmente la lucha contra las infecciones puerperales.

La aplicación de medidas tan elementales como la limpieza de la ropa y las manos y el evitar la transmisión de las materias cadavéricas, tuvo como consecuencia una evidente disminución de las infecciones puerperales, así como el reconocimiento de la personalidad del médico en lo que hasta entonces había estado sucediendo.

La infección puerperal más frecuente es: endometritis, la infección de las vías urinarias es la que le sigue en frecuencia. Fuera del tracto genital los sitios más frecuentes de morbilidad infecciosa en el puerperio son: El tracto urinario y las mamas.(1,5)

4. ENDOMETRITIS:

Es la infección más frecuente 4.1% para puerperas de cesárea y 0.4% en puerperas de parto vaginal. Los microorganismos causales más frecuentes son los que se encuentran usualmente en la vagina, el mecanismo principal de infección es ascendente; los gérmenes más aislados son: Estreptococo anaerobios, E. coli y otros coliformes y bacteroides.

Su diagnóstico se basa principalmente en el cuadro clínico, ya que la investigación bacteriológica es difícil y de bajo rendimiento, no lográndose aislar el germen causal en el 70% de los casos.

Los signos y síntomas que orientan al diagnóstico son: fiebre generalmente entre el segundo y octavo día posparto, taquicardia, sensibilidad a la palpación uterina y cambio en el aspecto de los loquios tornándose turbios o purulentos generalmente de mal olor.

5. DATOS DE LABORATORIO:

5.1. Datos Hematológicos:

La leucocitosis es un hallazgo normal durante el trabajo de parto y el período puerperal inmediato; puede ser tan alta como de 20,000/ul en ausencia de infección; por lo que se deben esperar cuentas más elevadas en 5 a 30% de mujeres con endometritis no complicada.

5.2. Análisis de Orina:

Se debe practicar regularmente a las pacientes en las que se sospeche endometritis, ya que las infecciones de las vías urinarias frecuentemente se acompañan de un cuadro clínico similar al de endometritis leve. Cuando se noten piuria y bacterias en una muestra recogida apropiadamente se debe iniciar la terapéutica antibiótica adecuada para las infecciones de vías urinarias y enviarse parte de la muestra para cultivo.

5.3. Cultivo de Loquios:

Se pueden aislar bacterias que colonizan el conducto cervical y la parte exterior del cuello uterino; es posible que no sean los mismos microorganismos que causan la endometritis. Solo se pueden obtener cultivos apropiados de muestras obtenidas transcervicalmente que estén libres de contaminación vaginal

5.3.1 Datos Bacteriológicos:

Los microorganismos causantes de infecciones puerperales varían considerablemente de hospital a hospital, la mayor parte de estas infecciones se deben a estreptococos anaerobios, coliformes gram negativos, especies de bacteroides y estreptococos aerobios. Clamidia y Mycoplasma también están implicados en muchas de estas. Se aíslan gonococos en varios grados; variando de 1-40% de mujeres con endometritis post parto.

5.3.1.1. Bacterias Aerobias:

Anteriormente los estreptococos del grupo A eran causa importante de infección post parto, actualmente se producen ocasionalmente. Si ocurre más de un caso aislado a causa de estos estreptococos, se tomarán inmediatamente medidas para detener el potencial epidémico.

Hasta en 30% de mujeres con endometritis reconocida clínicamente, los estreptococos del grupo B son parcial o totalmente causantes de la infección.

Los estreptococos del grupo D, que incluyen S. faecalis, se aíslan comúnmente en la endometritis.

5.3.1.2. E. Coli: es el microorganismo aerobio gram negativo con más probabilidad de aislarse: se ha aislado de 13-36% de las mujeres con endometritis post parto.

5.3.1.3. Neisseria gonorrhoeae: Su frecuencia es de 2-8% en las mujeres embarazadas antes del parto.

5.3.1.4. Gardnerella Vaginalis: Es una causa de vaginitis, se observa en materiales aislados de mujeres con infecciones post parto; aislándose en 16% de las mujeres con dicha infección

5.3.1.5. Staphylococcus Aureus: No se observa con frecuencia en cultivos de mujeres con infecciones post parto del útero.

5.3.1.6. Staphylococcus Epidermidis: Se aísla frecuentemente de mujeres con infecciones post parto; encontrándose en un 28% de estas mujeres.

5.3.2. Bacterias Anaerobias: Están implicadas en las infecciones puerperales del útero cuando menos en un 50% hasta 95% de los casos. Los Peptostreptococos y los peptococos se aíslan comúnmente en muestras de mujeres con este tipo de patología. Se han aislado en 15-54% y 4-40% respectivamente.

5.3.3. Mycoplasma y Ureaplasma: Son patógenos genitales comunes, los cuales se han aislado de las vías genitales y la sangre de mujeres post parto con o sin infección franca.

5.3.4. Chlamydia Trachomatis: Es la causa principal de la enfermedad inflamatoria pélvica en algunas poblaciones, y en alguna forma está implicada en las infecciones puerperales. Este microorganismo es difícil de cultivar.

6. TRATAMIENTO:

El tratamiento es específico para el microorganismo responsable de la infección. Sin embargo, habitualmente el tratamiento se comienza antes de conocer los resultados de los cultivos, y si el cuadro es típico de endometritis simple, generalmente las muestras bacteriológicas no se solicitan.

El tratamiento más usado es la combinación de Penicilina y Cloranfenicol o un aminoglucósido. Si no hay respuesta entre las 48 a 72 horas, se debe reevaluar a la paciente o cambiar el esquema terapéutico. (1,5,11,12,14,15,16,17,22,23)

7. INFECCION URINARIA:

La incidencia de esta infección en el posparto oscila entre el 3 y 7%. Los factores predisponentes más importantes de infección urinaria son: Parto operatorio, desgarros del canal del parto, retención urinaria, cateterización vesical, trauma vesical, trabajo de parto prolongado y anestesia de conducción. Siendo el agente causal en el 80 a 90% de los casos E Coli.

La pielonefritis generalmente se determina por fiebre de 39 a 40 grados centígrados, en el tercer o cuarto día posparto, acompañada de escalofrío y de gran sensibilidad del ángulo costovertebral.

7.1. SIGNOS Y SINTOMAS:

Las infecciones de las vías urinarias suelen presentarse con: Disuria, polaquiuria, urgencia y fiebre de grado bajo; sin embargo, ocasionalmente la temperatura elevada es el único síntoma. En una muestra centrifugada de orina recolectada por sonda se observan leucocitos y bacterias. Se debe obtener un urocultivo.

La pielonefritis se puede acompañar con fiebre, escalofríos, malestar general, náuseas y vómitos. Entre los signos característicos de afección renal relacionada con pielonefritis se incluyen hipersensibilidad en el ángulo costovertebral, disuria, piuria y, en el caso de cistitis hemorrágica, hematuria.

7.2. DATOS DE LABORATORIO:

E. Coli es el microorganismo más común aislado de la orina infectada en una mujer post parto, cerca de 75% de los casos

El diagnóstico de ITU se confirma por medio de urocultivo. El tratamiento requiere el antibiótico adecuado según la sensibilidad del germen causal. En infección urinaria baja la vía de administración es oral por 7 a 10 días.

En la pielonefritis aguda se inicia tratamiento por vía endovenosa hasta dominar el cuadro febril, y luego mantenerlo por vía oral hasta completar 10 días. (1,5,7,14,17,21).

8. INFECCION DE LA GLANDULA MAMARIA:

8.1. MASTITIS:

La mastitis congestiva, es mas común en primigrávidas que en multíparas. La mastitis infecciosa y los abscesos mamarios también son más comunes en mujeres embarazadas por primera vez.

La incidencia de mastitis es de 1 a 5% y es rara en las madres que no amamantan. El germen causal en el 95% de los casos es el Staphylococcus Aureus.

8.1.1. CUADRO CLINICO:

Se manifiesta por dolor, generalmente en un cuadrante, enrojecimiento local y fiebre. La congestión mamaria suele presentarse en el segundo o tercer día post parto, la mastitis se presenta una semana o más, después del parto; regularmente esta afectada solo una mama, y frecuentemente solo un cuadrante o lóbulo. Puede haber secreción purulenta, y la aspiración puede proporcionar pus.

8.1.2. TRATAMIENTO:

El tratamiento de ésta, es antibiótico acompañado de antiinflamatorios esteroideos, y suprimir la lactancia. La bromocriptina (Parlodel), 2.5 miligramos 2 veces al día, oralmente, durante 10 días es un régimen eficaz. En el caso de mujer que esta amamantando el vaciamiento manual de las mamas después que se ha alimentado él lactante; es todo lo que se necesita para aliviar las molestias.

Cuando hay un absceso presente, es necesario practicar una incisión drenaje. La cavidad debe dejarse abierta, taponándola con gasa, que se adelanta luego hacia la superficie en etapas diarias. Se deben prescribir antibióticos antiestafilocócicos. (1,5,12).

9. COMPLICACIONES QUIRURGICAS:

9.1. INFECCION DE LA HERIDA DE LA CESAREA:

9.1.1. ETIOLOGIA:

Los factores predisponentes a la infección subsecuente de la herida de las mujeres que se someten a cesárea son: Obesidad, diabetes, hospitalización prolongada antes de la intervención, rotura prolongada de las membranas corioamnioitis, endometritis, trabajo de parto prolongado.

9.1.2. DATOS CLINICOS:

La fiebre sin causa evidente que persiste hasta el cuarto o quinto día postoperatorio sugiere frecuentemente infección de la herida. El eritema y la hipersensibilidad de la herida pueden no ser evidentes sino hasta varios días después de la intervención. Ocasionalmente esta infección se manifiesta con drenaje espontáneo, acompañado frecuentemente con resolución de la fiebre y alivio de la hipersensibilidad local.

9.1.3. DATOS DE LABORATORIO:

Los frotis teñidos con gram y el cultivo de material de la herida pueden ser útiles para guiar la elección del tratamiento inicial. Los hemocultivos pueden ser positivos en la paciente con sepsis general causada por infección de la herida. Los microorganismos causantes de la mayor parte de las infecciones de las heridas se originan en la piel de la paciente. Staphylococcus aureus es el microorganismo aislado más comúnmente. También se ven Estreptococos, E. Coli que hayan podido colonizar originalmente la cavidad amniótica.

9.1.4. TRATAMIENTO:

La incisión se debe abrir en su extensión total, la porción más profunda de la herida se explora suavemente para determinar si se ha producido separación aponeurótica. La piel se puede dejar abierta para lograr un cierre retrasado o cicatrización por primera intención.

Si la aponeurosis esta intacta, entonces la infección de la herida se puede tratar con medidas locales.

La limpieza mecánica de la herida es la base fundamental del tratamiento la herida debe taponarse con gasa impregnada en solución salina, 2 ó 3 veces al día, que retira desechos necróticos cada vez que se extrae el taponamiento.

El tratamiento profiláctico debe carecer de efectos adversos importantes y tener un costo relativamente bajo. Un medicamento empleado con frecuencia es la Cefazolina, 1 gramo por vía intravenosa cuando se pinza el cordón umbilical, seguida por dos dosis similares a intervalos de 6 horas. (1,2,5,6).

9.2. INFECCION DE LA EPISIOTOMIA: ^{SP}

Es sorprendente que no se produzcan más frecuentemente episiotomías infectadas, ya que la contaminación en el momento del parto es general. La infección y abertura de la herida no son frecuentes de 0.5 a 3%. Se sugiere el excelente riego sanguíneo local como una explicación de este fenómeno.

9.2.1. ETIOLOGIA:

Mientras más extensa sea la laceración o la episiotomía mayores son las probabilidades de infección y abertura de la herida. En una episiotomía grande se desvitaliza más tejido, proporcionando así mayor oportunidad para contaminación. Las mujeres con infecciones en otras partes del área genital están probablemente en mayor riesgo de infección de la episiotomía.

9.2.2. DATOS CLINICOS:

El dolor en el sitio de la episiotomía es el síntoma más común. El drenaje espontáneo es frecuente, por lo que es poco común que se forme una masa.

La inspección del sitio de episiotomía muestra rotura de la herida y abertura de la incisión. Una membrana necrótica puede cubrir la herida y debe desbridarse de ser posible. Se debe practicar un examen rectovaginal cuidadoso para determinar si se ha formado una fístula rectovaginal. También debe evaluarse la integridad del esfínter anal.

9.2.3. DATOS DE LABORATORIO:

La infección mixta con microorganismos aerobios y anaerobios es común. Staphylococcus puede aislarse en cultivos de material de estas infecciones. Los resultados de los cultivos conducen frecuentemente a errores, ya que el área de la episiotomía esta contaminada con una variedad amplia de bacterias patógenas.

9.2.4. TRATAMIENTO:

El tratamiento inicial se debe dirigir hacia la limpieza de la herida y a la promoción de la formación de tejido de granulación.

La infección más severa requiere terapéutica antibiótica. (1,2,3,5,12,).

VI MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO: Observacional Descriptivo

MATERIAL: Se estudiaron el total de fichas de pacientes con diagnóstico de infección puerperal, de Enero de 1990 a Diciembre de 1995 en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Mujeres con diagnóstico de infección en el período puerperal.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Mujeres Premenárquicas

Mujeres Embarazadas

Que no consultaron al Hospital

Las que no presentaron sintomatología

VARIABLES ESTUDIADAS:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Edad	Período que ha transcurrido en la vida de un individuo desde la fecha de su nacimiento a la fecha actual, la cual se puede medir por años, meses y días	Años	Escala de razón
Incidencia	Número de casos nuevos de una entidad patológica en un período definido	Número de casos	Escala ordinal
Tratamiento	Sistema, método o procedimiento que se emplea para curar enfermedades	Sí utilizado No utilizado	Escala nominal
Etnia	Conjunto humano caracterizado por modalidades lingüísticas, somáticas culturales	Ladina Indígena	Escala nominal
Método diagnóstico	Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de pruebas de laboratorio y otros procedimientos	Sí utilizado No utilizado	Escala nominal
Germen	Microorganismo o bacteria	Aislado no aislado	Nominal
Causa	Lo que produce un efecto, lo que se considera como fundamento u origen de algo.	Frecuente o no frecuente	Nominal
Factor Predisponente	Lo que prepara o dispone de antemano al organismo para sufrir una enfermedad sin producirla directamente.	Existente no existente	Nominal

RECURSOS:

1. FISICOS:

Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala
 Archivo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala
 Útiles de oficina y escritorio
 Material Bibliográfico (Libros de texto, revistas médicas, folletos de información).
 Bibliotecas: USAC, Hospital General San Juan de Dios, APROFAM, IGSS, Hospital Roosevelt, INCAP, INCAN.

2. HUMANOS:

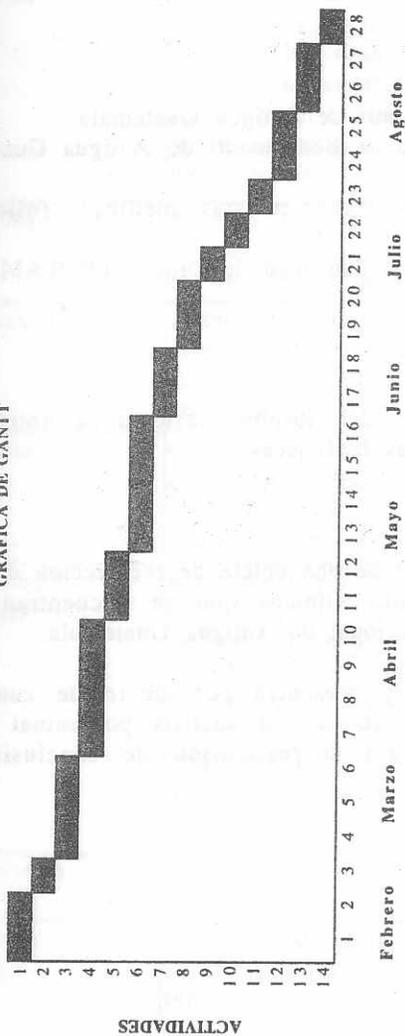
Personal del departamento de archivo del Hospital Nacional de Antigua.
 Personal que labora en las diferentes bibliotecas.

TRATAMIENTO ESTADISTICO:

La información se obtuvo por medio de una boleta de recolección de datos; siendo la fuente documental, expedientes clínicos que se encuentran en el departamento de archivo del Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

Los datos obtenidos se tabularon y presentan por medio de cuadros y gráficas (diagrama de barras), luego se procedió al análisis porcentual de los resultados, los cuales se utilizaron para la realización de conclusiones y recomendaciones.

GRAFICA DE GANTT



ACTIVIDADES

- 01 Selección del tema del proyecto de investigación
- 02 Elección del Asesor y Revisor
- 03 Recopilación del material bibliográfico
- 04 Elaboración del proyecto conjuntamente con Asesor y Revisor
- 05 Aprobación del proyecto por el Comité de Investigación del Hospital o Institución donde efectuará el estudio
- 06 Aprobación del proyecto por la Unidad de Tesis
- 07 Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información
- 08 Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gráficas
- 09 Análisis y discusión de resultados
- 10 Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
- 11 Presentación del informe final para correcciones
- 12 Aprobación del informe final
- 13 Impresión del informe final y trámites administrativos
- 14 Examen público de defensa de la tesis.

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

INCIDENCIA DE INFECCIONES PUERPERALES EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA:

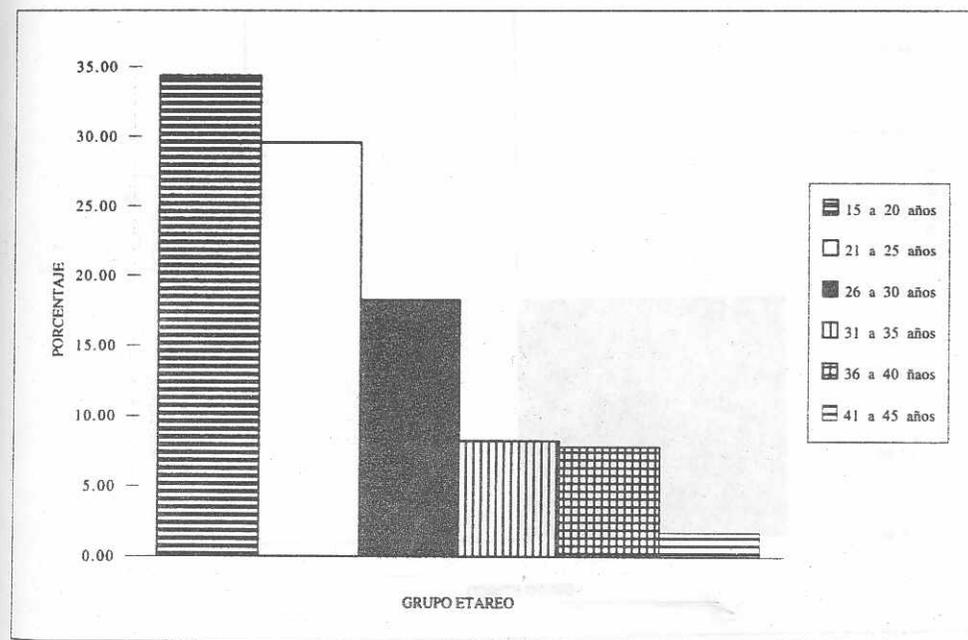
$$\text{Incidencia} \frac{230}{17330} = 13.27 \times 1000$$

Se observa que la incidencia de esta patología en dicha institución es de 13.27 por 1000 partos atendidos. Dato que se obtuvo del total de pacientes que consultaron en el período comprendido de enero de 1990 a diciembre de 1995.

CUADRO No. 1
DISTRIBUCION POR EDAD DE
LAS PACIENTES ESTUDIADAS
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 a 20 años	79	34.35
21 a 25 años	68	29.57
26 a 30 años	42	18.26
31 a 35 años	19	8.26
36 a 40 años	18	7.83
41 a 45 años	4	1.74
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

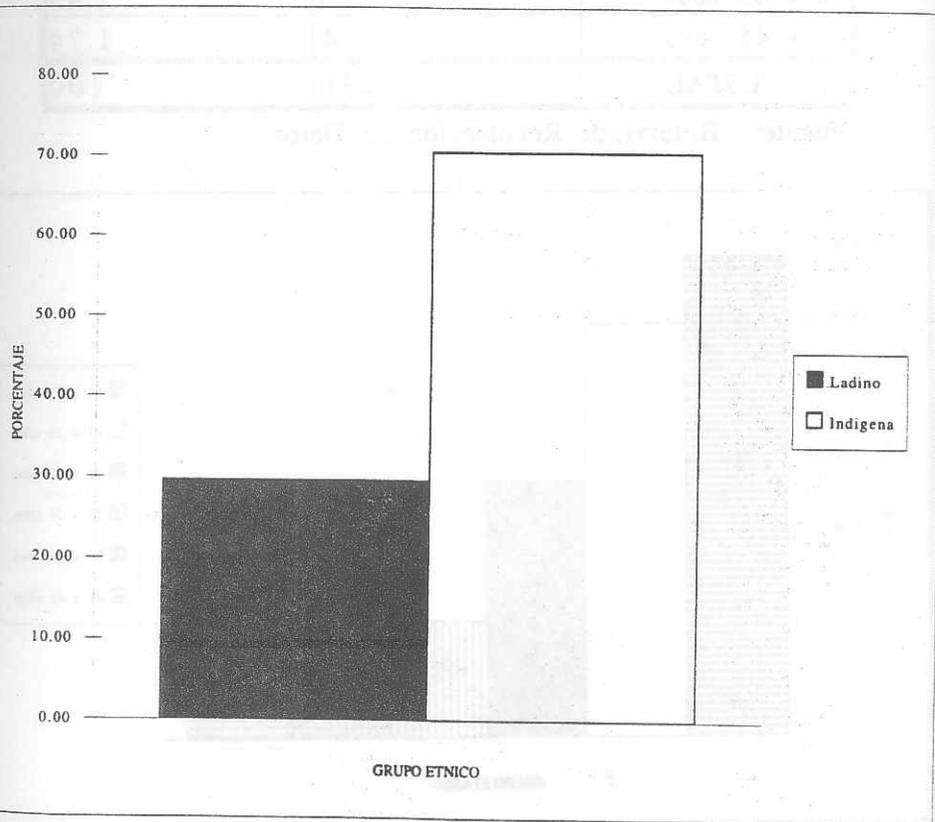


Fuente: Cuadro No. 1

CUADRO NO. 2
GRUPO ETNICO DE
LA POBLACION ESTUDIADA
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

GRUPO ETNICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ladino	68	29.57
Indigena	162	70.43
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

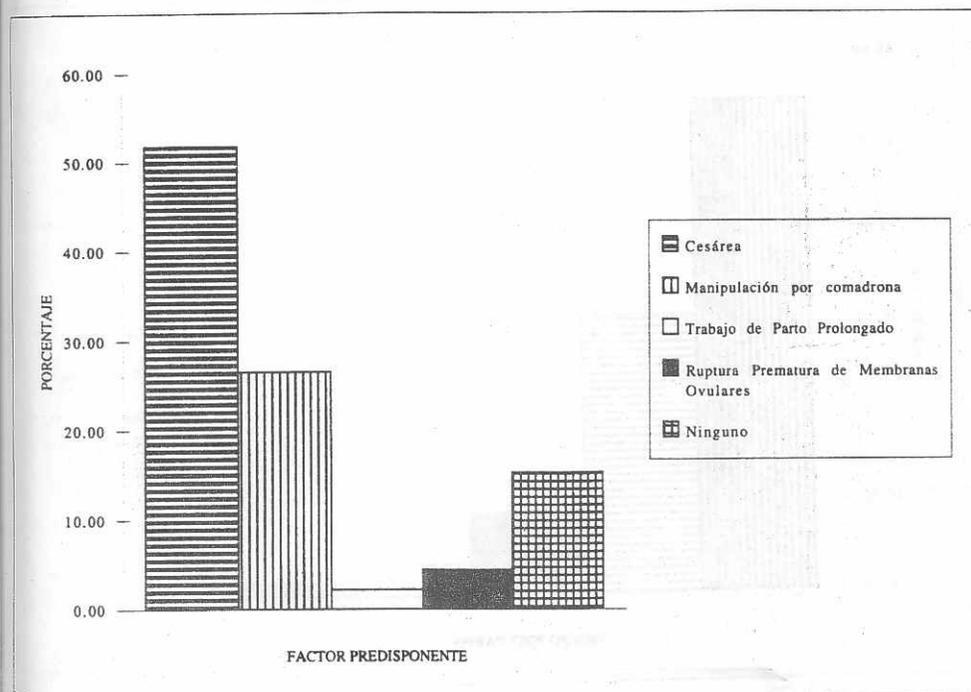


Fuente: Cuadro No. 2

CUADRO No. 3
FACTORES QUE PREDISPONEN AL PADECIMIENTO
DE LA PATOLOGIA EN ESTUDIO
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

FACTORES PREDISPONENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cesárea	119	51.74
Manipulación por comadrona	61	26.52
Trabajo de Parto Prolongado	5	2.17
Ruptura Prematura de Membranas Ovulares	10	4.35
Ninguno	35	15.22
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

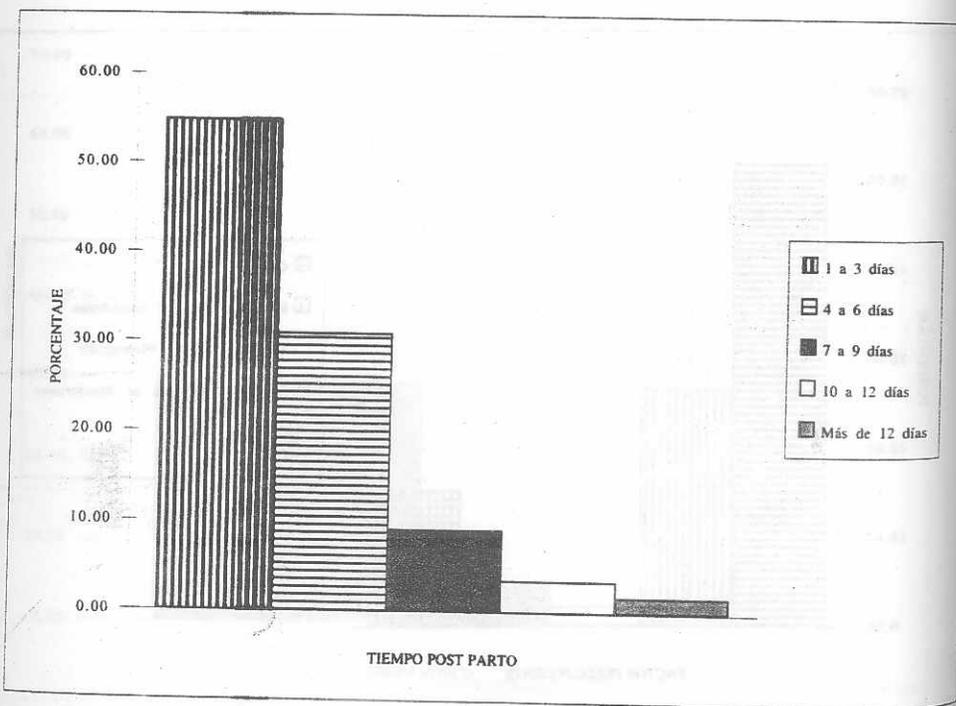


Fuente: Cuadro No. 3

CUADRO No. 4
TIEMPO POST PARTO
DE INICIO DE LA FIEBRE
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 3 días	126	54.78
4 a 6 días	71	30.87
7 a 9 días	21	9.13
10 a 12 días	8	3.48
Más de 12 días	4	1.74
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

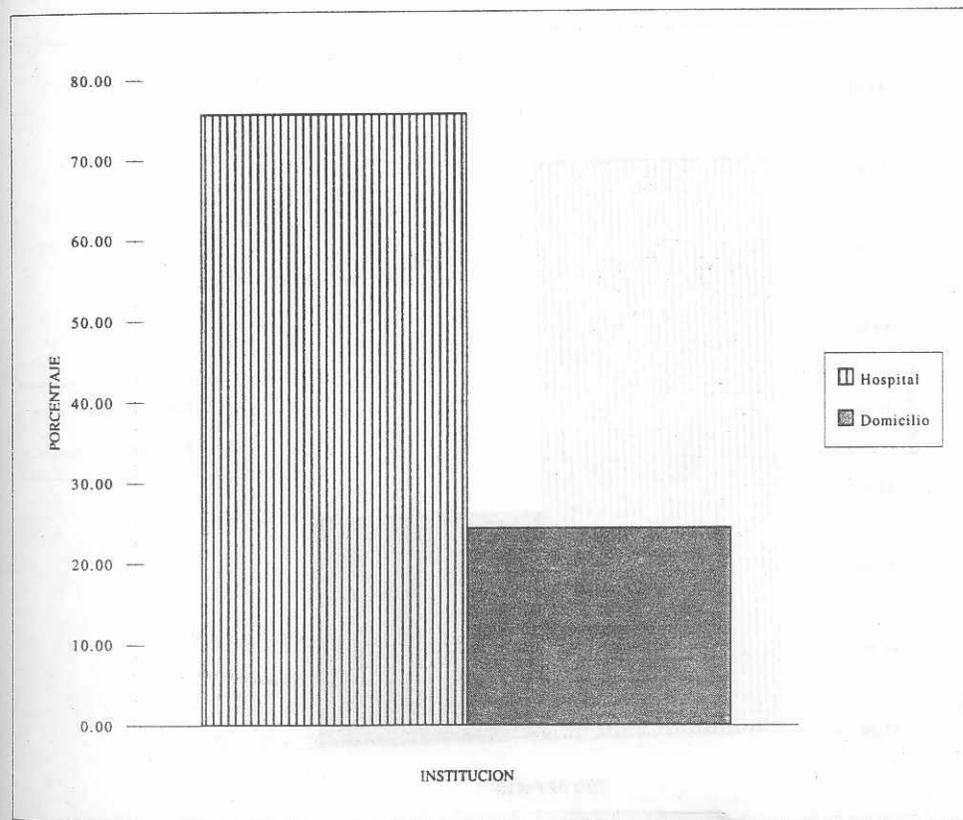


Fuente: Cuadro No. 4

CUADRO No. 5
INSTITUCION DONDE FUE ATENDIDO
EL PARTO DE LAS PACIENTES
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

INSTITUCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hospital	174	75.65
Domicilio	56	24.35
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

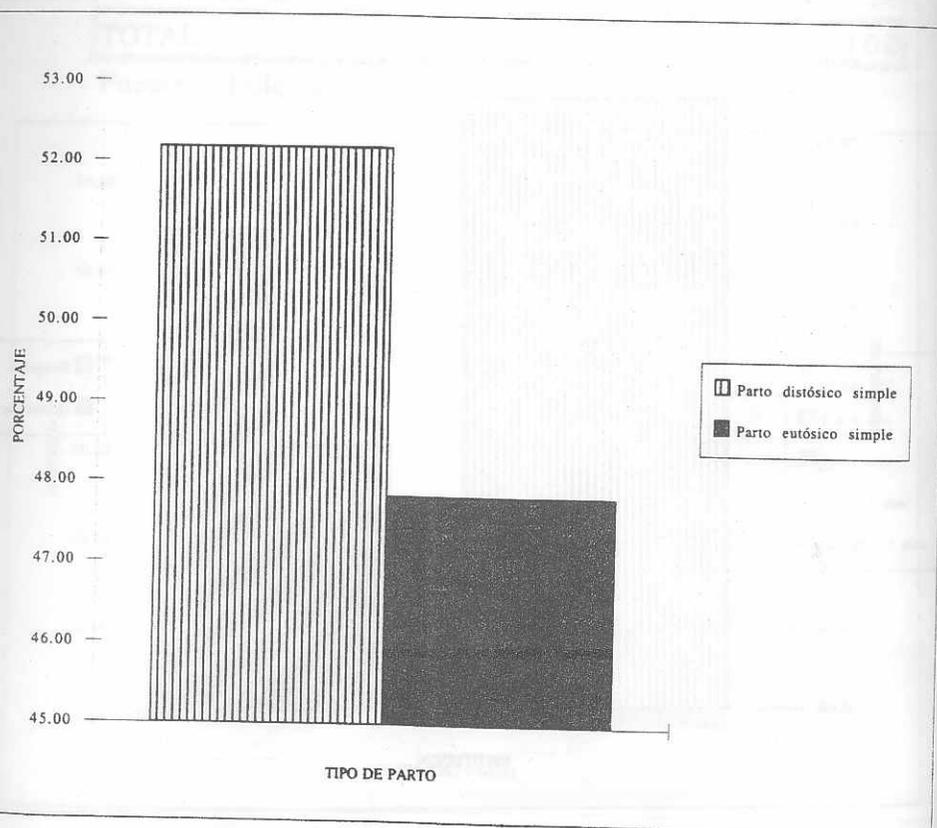


Fuente: Cuadro No. 5

CUADRO No. 6
TIPO DE PARTO DE LAS
PACIENTES EN ESTUDIO
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parto distósico simple	120	52.17
Parto eutósico simple	110	47.83
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

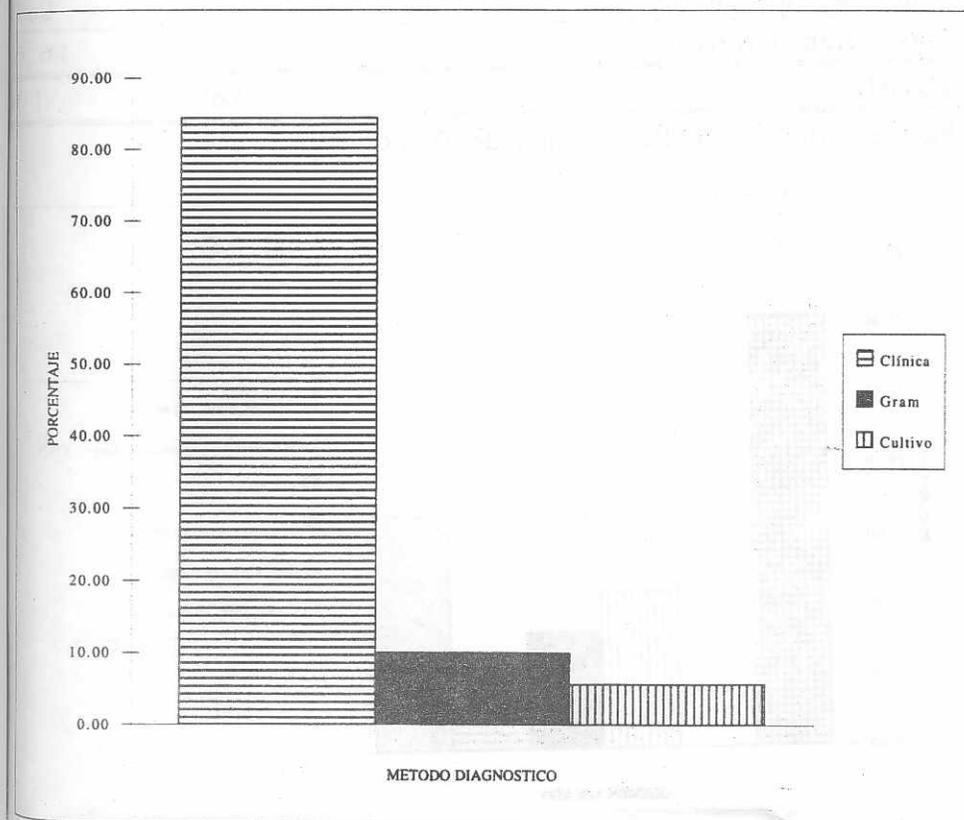


Fuente: Cuadro No. 6

CUADRO No. 7
METODO DIAGNOSTICO UTILIZADO
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

METODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Clínica	194	84.35
Gram	23	10.00
Cultivo	13	5.65
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

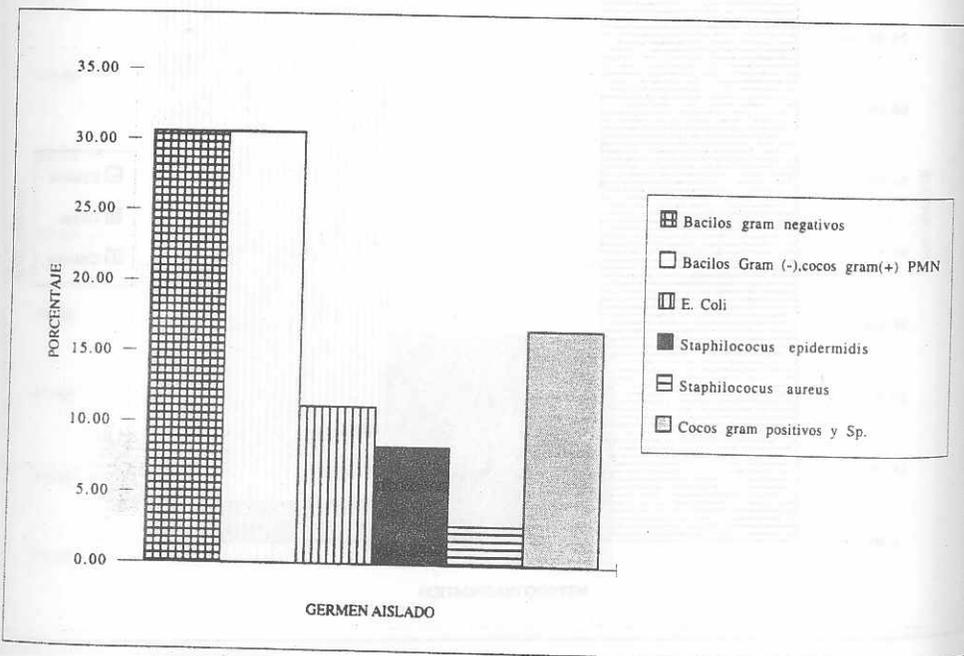


Fuente: Cuadro No. 7

CUADRO No. 8
GERMENES AISLADOS EN GRAM Y CULTIVO
DE LA POBLACION OBJETO DE ESTUDIO
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

GERMEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bacilos gram negativos	11	30.56
Bacilos Gram (-),cocos gram(+) PMN	11	30.56
E. Coli	4	11.11
Staphilococcus epidermidis	3	8.33
Staphilococcus aureus	1	2.78
Cocos gram positivos y Sp.	6	16.67
TOTAL	36	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

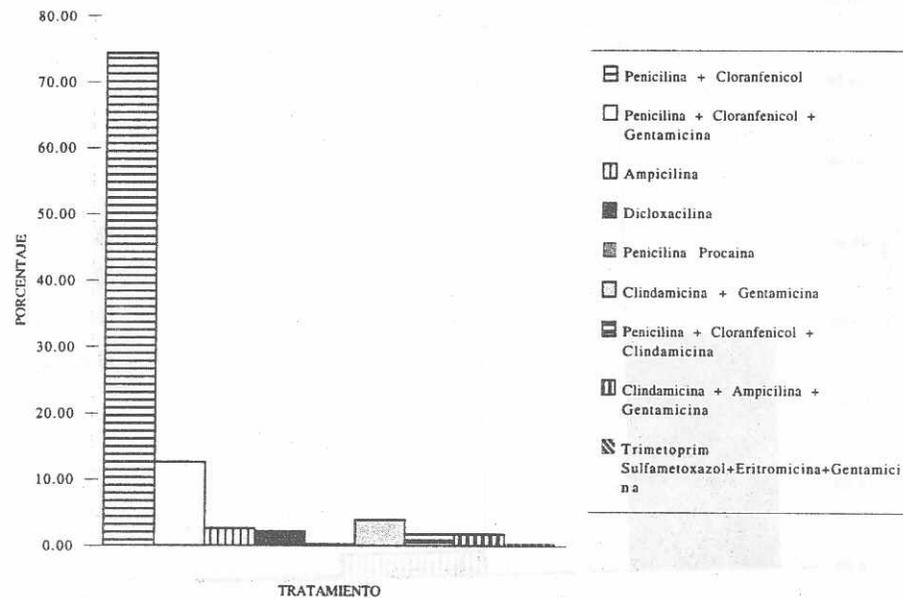


Fuente: Cuadro No. 8

CUADRO No. 9
TRATAMIENTO QUE RECIBIERON
LAS PACIENTES OBJETO DE ESTUDIO
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Penicilina + Cloranfenicol	171	74.35
Penicilina + Cloranfenicol + Gentamicina	29	12.61
Ampicilina	6	2.61
Dicloxacilina	5	2.17
Penicilina Procaina	1	0.43
Clindamicina + Gentamicina	9	3.91
Penicilina + Cloranfenicol + Clindamicina	4	1.74
Clindamicina + Ampicilina + Gentamicina	4	1.74
Trimetoprim Sulfametoxazol+Eritromicina+Gentamicina	1	0.43
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

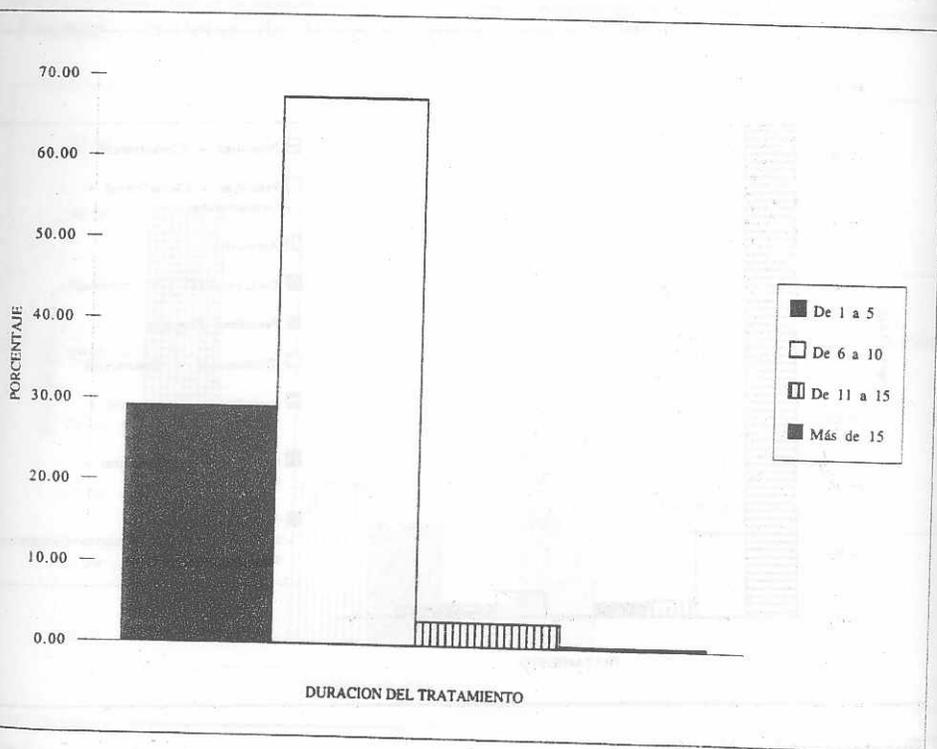


Fuente: Cuadro No. 9

CUADRO No. 10
TIEMPO QUE DURO EL TRATAMIENTO
RECIBIDO POR LA POBLACION ESTUDIADA
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

DIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 1 a 5	67	29.13
De 6 a 10	155	67.39
De 11 a 15	7	3.04
Más de 15	1	0.43
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

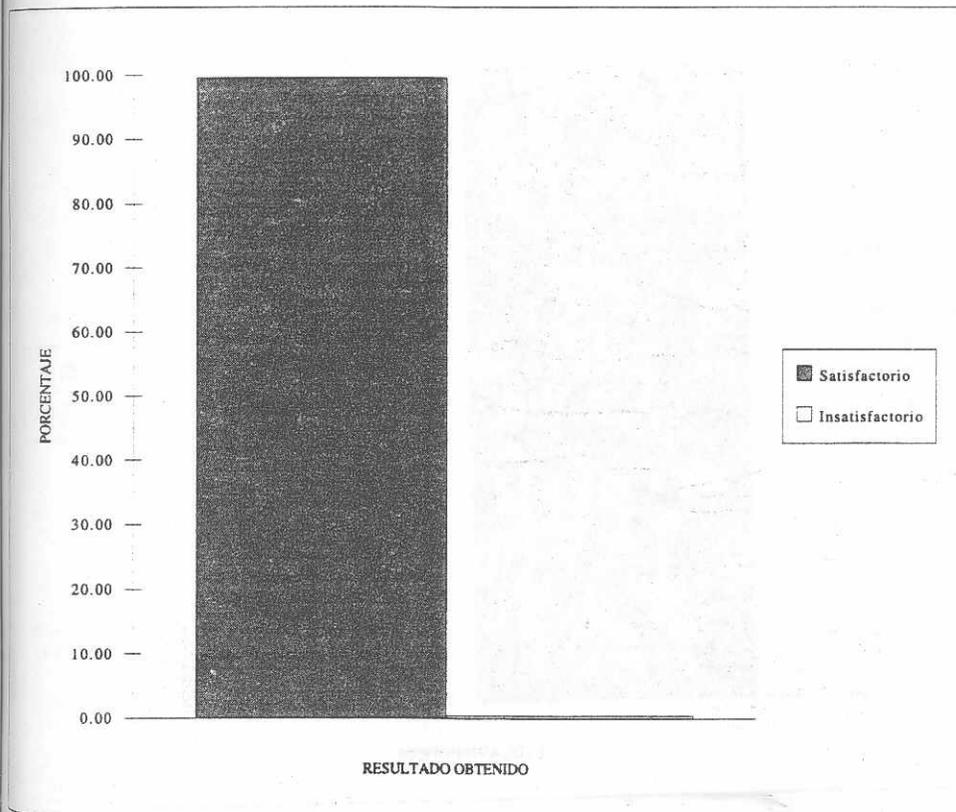


Fuente: Cuadro No. 10

CUADRO No. 11
RESULTADO OBTENIDO DEL TRATAMIENTO
RECIBIDO POR LA POBLACION ESTUDIADA
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

RESULTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Satisfactorio	229	99.57
Insatisfactorio	1	0.43
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

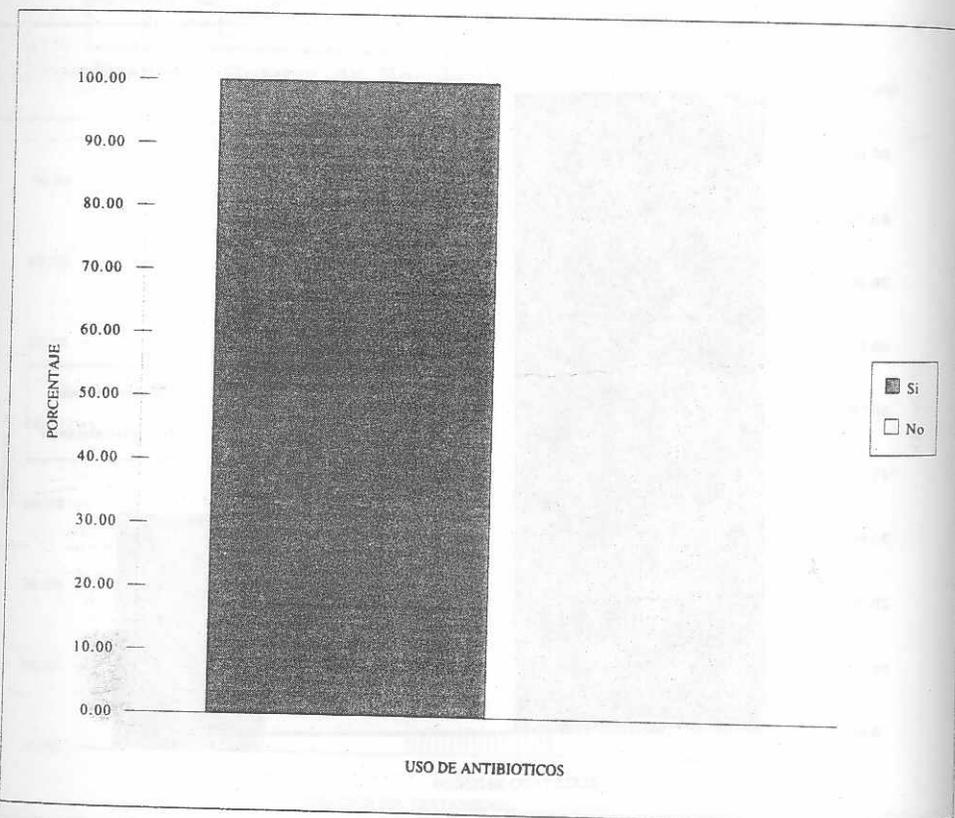


Fuente: Cuadro No. 11

CUADRO No. 12
USO O NO DE ANTIBIOTICOS
EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

USO DE ANTIBIOTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	230	100.00
No	0	0.00
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

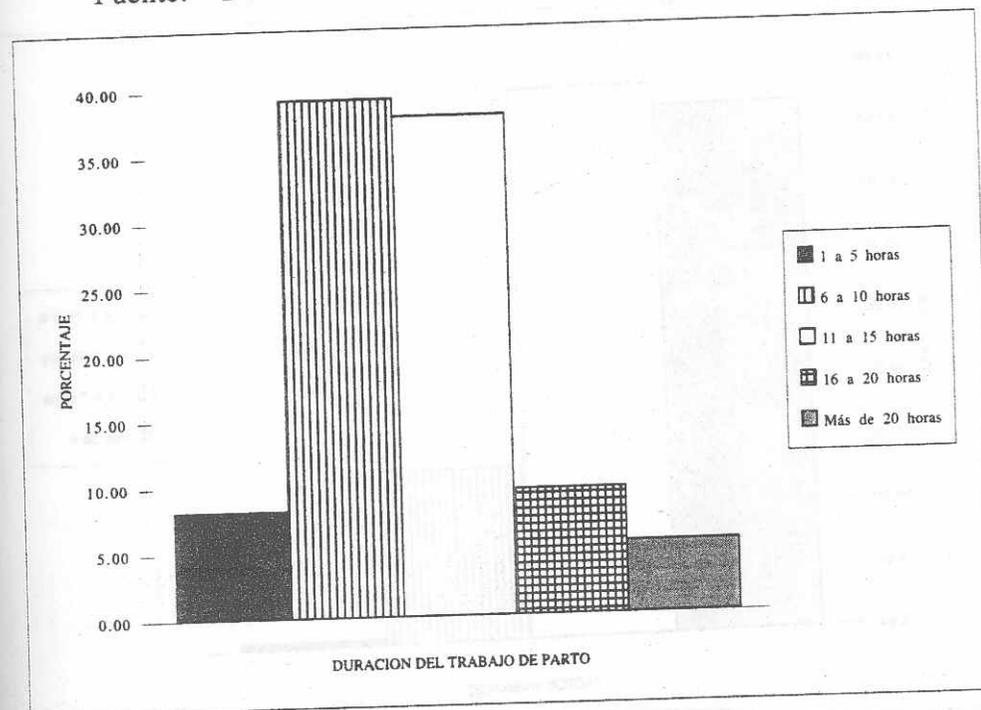


Fuente: Cuadro No. 12

CUADRO No. 13
HORAS QUE DURO
EL TRABAJO DE PARTO DE LAS PACIENTES
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

HORAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 5 horas	6	8.11
6 a 10 horas	29	39.19
11 a 15 horas	28	37.84
16 a 20 horas	7	9.46
Más de 20 horas	4	5.41
TOTAL	74	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

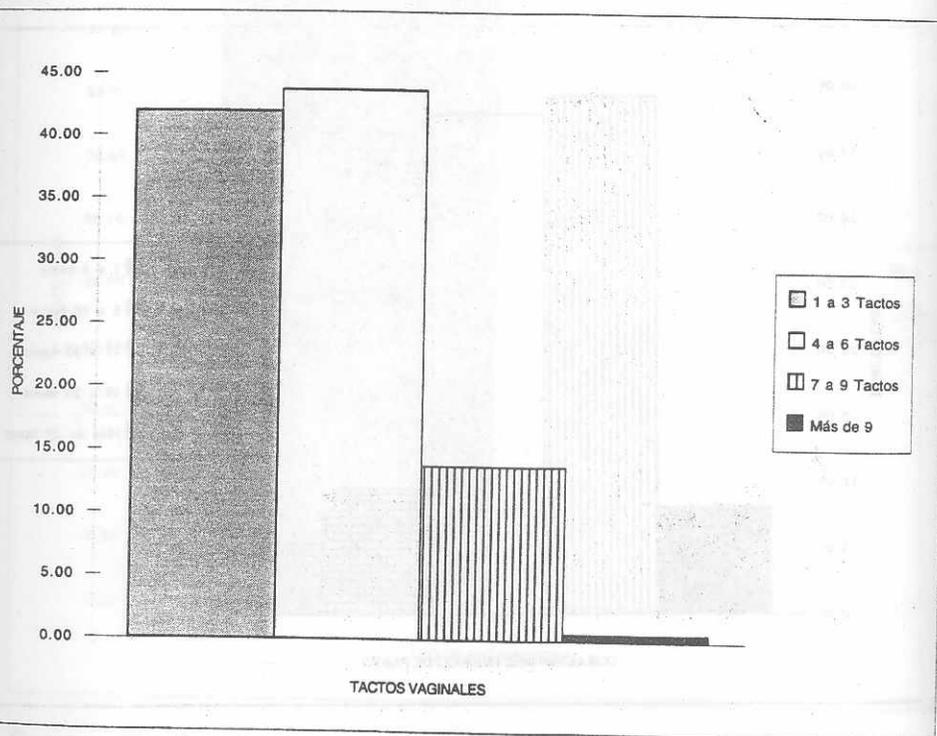


Fuente: Cuadro No. 13

CUADRO No. 14
NUMERO DE TACTOS VAGINALES
REALIZADOS A LAS PACIENTES EN ESTUDIO
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

NUMERO DE TACTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 3 Tactos	73	41.95
4 a 6 Tactos	76	43.68
7 a 9 Tactos	24	13.79
Más de 9	1	0.57
TOTAL	174	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

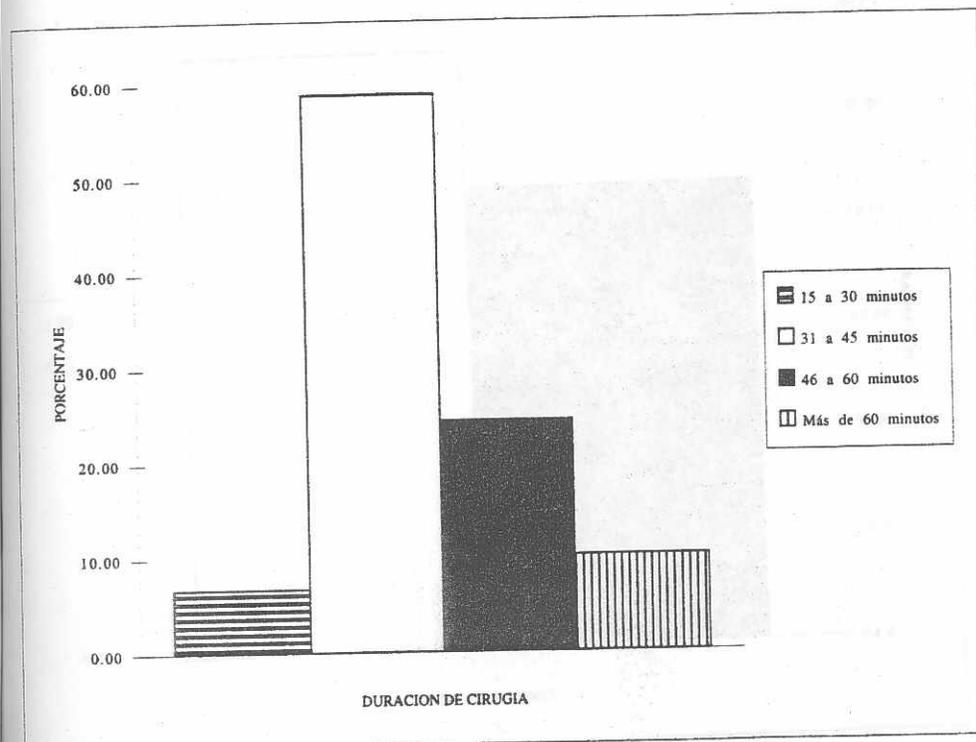


Fuente: Cuadro No. 14

CUADRO No. 15
TIEMPO QUE DURO LA CIRUGIA EN PACIENTES
QUE FUERON SOMETIDAS A CESAREA
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 a 30 minutos	8	6.72
31 a 45 minutos	70	58.82
46 a 60 minutos	29	24.37
Más de 60 minutos	12	10.08
TOTAL	119	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

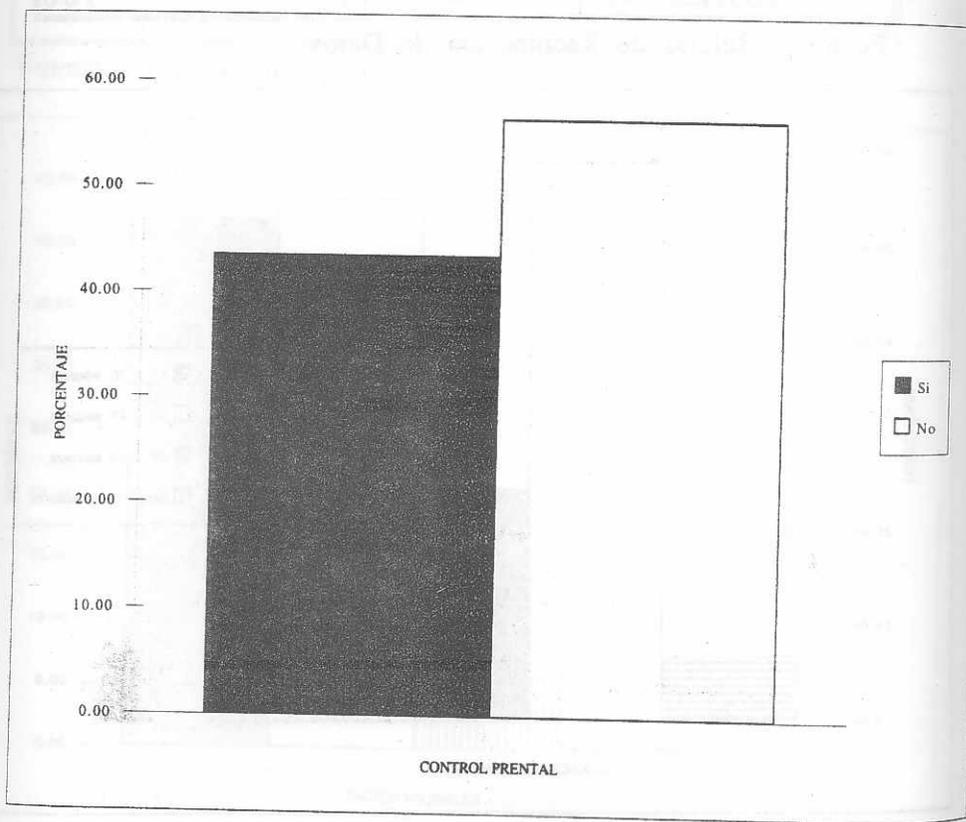


Fuente: Cuadro No. 15

CUADRO No. 16
CONTROL PRENATAL DE LAS
PACIENTES EN ESTUDIO
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	100	43.48
No	130	56.52
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

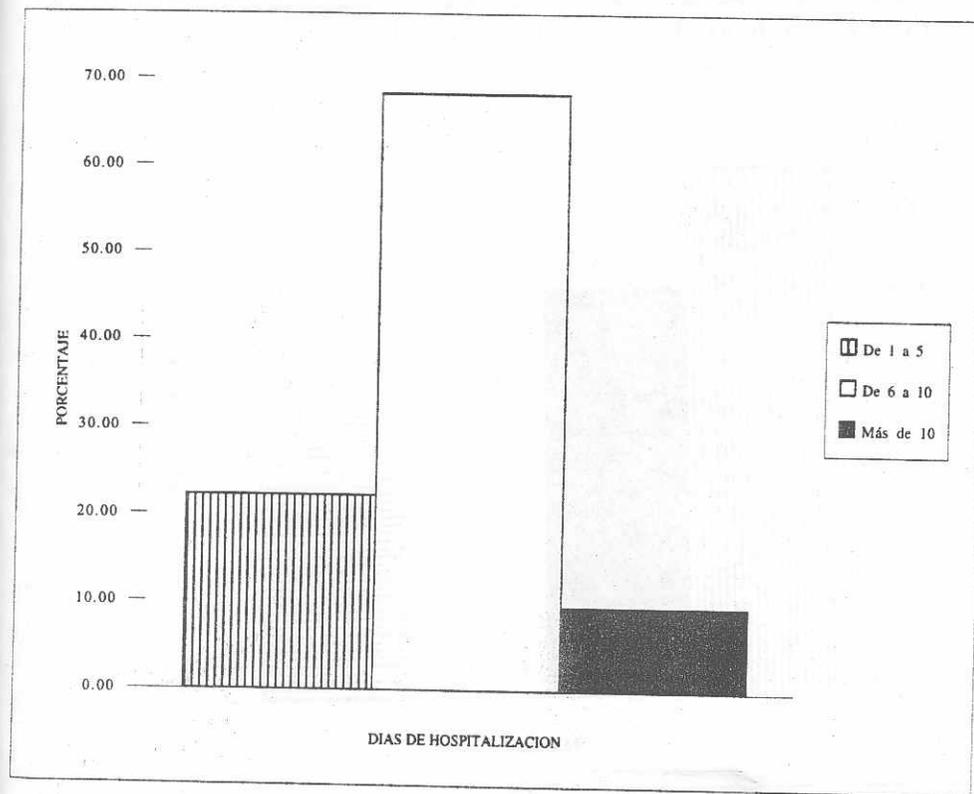


Fuente: Cuadro No. 16

CUADRO No. 17
DIAS DE HOSPITALIZACION DE LAS PACIENTES
QUE PRESENTARON LA PATOLOGIA EN ESTUDIO
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

DIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 1 a 5	51	22.17
De 6 a 10	157	68.26
Más de 10	22	9.57
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

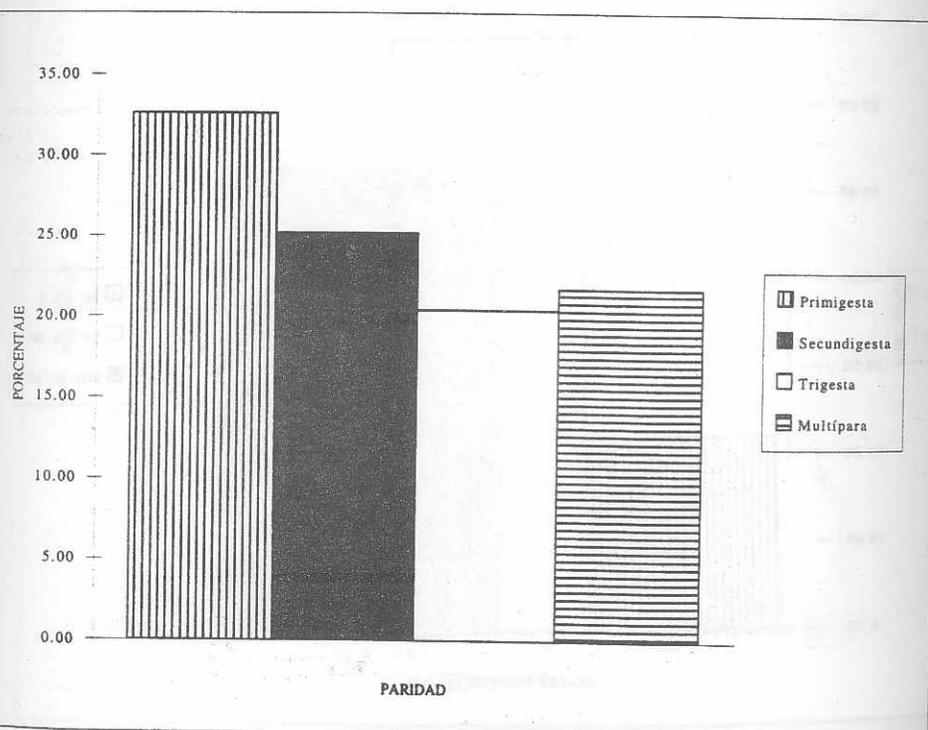


Fuente: Cuadro No. 17

CUADRO No. 18
PARIDAD DE LAS PACIENTES
QUE PRESENTARON LA PATOLOGIA EN ESTUDIO
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	75	32.61
Secundigesta	58	25.22
Trigesta	47	20.43
Múltipara	50	21.74
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

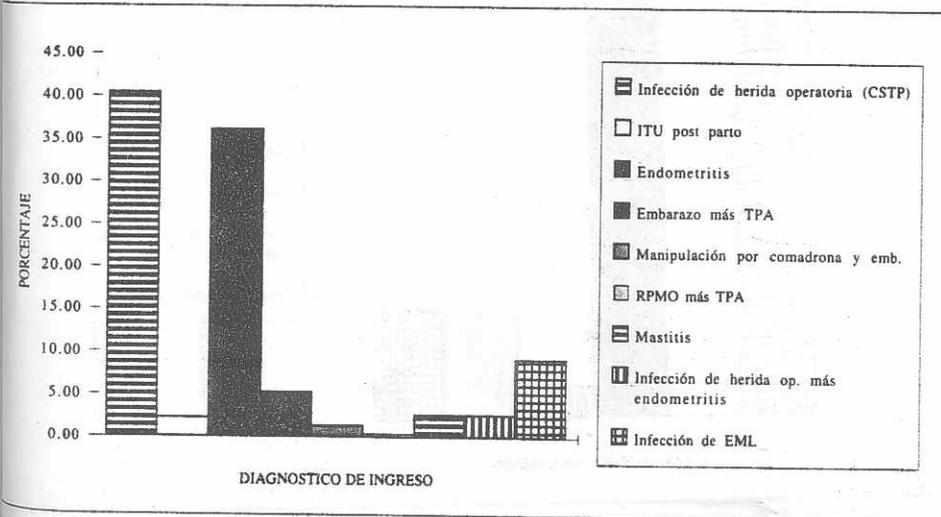


Fuente: Cuadro No. 18

CUADRO No. 19
DIAGNOSTICO DE INGRESO
DE LA POBLACION EN ESTUDIO
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infección de herida operatoria (CSTP)	93	40.43
ITU post parto	5	2.17
Endometritis	83	36.09
Embarazo más TPA	12	5.22
Manipulación por comadrona y emb.	3	1.30
RPMO más TPA	1	0.43
Mastitis	6	2.61
Infección de herida op. más endometritis	6	2.61
Infección de EML	21	9.13
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

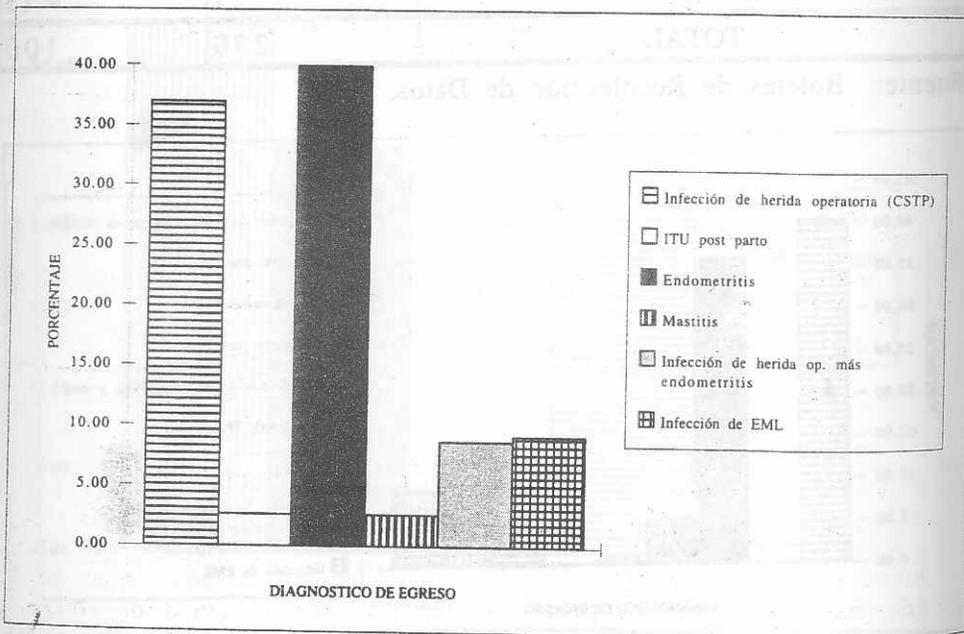


Fuente: Cuadro No. 19

CUADRO No. 20
DIAGNOSTICO DE EGRESO
DE LA POBLACION EN ESTUDIO
ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infección de herida operatoria (CSTP)	85	36.96
ITU post parto	6	2.61
Endometritis	92	40.00
Mastitis	6	2.61
Infección de herida op. más endometritis	20	8.70
Infección de EML	21	9.13
TOTAL	230	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.



Fuente: Cuadro No. 20

VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO Y GRAFICA No. 1:

El grupo etéreo mayormente afectado por infección puerperal, esta comprendido entre los 15 a 30 años. Lo que indica que la población joven es la más afectada, esto debido a que Guatemala es un país subdesarrollado en el cual las mujeres inician su vida sexual activa a temprana edad, su bajo nivel de educación, las creencias y costumbres de las regiones indígenas las predispone a padecer esta patología.

CUADRO Y GRAFICA No. 2:

Es de hacer notar que el grupo étnico al cual pertenece la mayor parte de las pacientes que presentaron la patología en estudio es el indígena (70.43%). Esto debido a que es la población que más consulta a este centro hospitalario, más el alto número de pacientes que son referidas por comadronas que es con quien esta población tiene por lo regular su primera consulta.

CUADRO Y GRAFICA No. 3:

Se observa que el 51.74% de la población estudiada fue sometida a procedimiento quirúrgico, lo que nos indica que la cesárea es un factor predisponente para adquirir esta patología. Es de hacer notar que muchas de estas pacientes habían sido manipuladas previamente por comadrona, lo cual constituye otra causa que predispone a este tipo de infección en la población estudiada.

CUADRO Y GRAFICA No. 4:

El 85.65% de las pacientes con diagnóstico de infección puerperal iniciaron su período febril entre el primer y sexto día post parto.

Se sospecha que las pacientes cursan con esta patología al presentar fiebre después de las 24 horas post parto, por ser este un signo patognomónico de infección.

CUADRO Y GRAFICA No. 5:

El 75.65% de las pacientes en estudio su parto fue atendido intrahospitalariamente; algunas de ellas consultaron al hospital luego de haber sido manipuladas por comadrona lo que las hace un grupo de riesgo para adquirir esta patología, el resto adquirió la infección dentro de la institución, lo que es alarmante ya que esto significa que el índice de infección nosocomial en el Departamento de Obstetricia es alta.

CUADRO Y GRAFICA No. 6:

El 52.17% de las pacientes con diagnóstico de infección puerperal se les realizó procedimiento quirúrgico (cesárea) confirmándose lo descrito en la literatura; siendo 4 veces mayor el riesgo que por parto vaginal.

CUADRO Y GRAFICA No. 7:

El método más utilizado para diagnosticar las infecciones puerperales fue el clínico (84.35%); lo que evidencia que en este hospital no se realiza gram y cultivo de secreciones a la mayor parte de las pacientes.

CUADRO Y GRAFICA No. 8:

En los resultados obtenidos de los gram realizados se encontró bacilos gram negativos y cocos gram positivos creciendo en los medios de cultivo: E. coli, staphilococcus epidermidis y staphilococcus aureus; los cuales según la literatura son causantes de infección puerperal.

En este grupo poblacional fueron realizados gram y cultivos en una minoría (5.65%) de las pacientes y en muchos expedientes se encontró que si se realizó cultivo, sin embargo no aparece el resultado.

CUADRO Y GRAFICA No. 9:

En este hospital es evidente que el tratamiento más utilizado para esta patología es la penicilina y el cloranfenicol (74.35%).

Se hace notar que el tratamiento es específico para el microorganismo responsable de la infección, sin embargo el tratamiento se inicia antes de conocer los resultados de los cultivos y según la bibliografía consultada, el tratamiento más utilizado es la penicilina, cloranfenicol más un aminoglucosido, debido a la sensibilidad de los gérmenes más frecuentemente encontrados.

CUADRO Y GRAFICA No. 10:

El tratamiento recibido por las pacientes incluidas en el estudio, tuvo una duración promedio de 6 a 10 días (67.39%).

El anterior porcentaje nos indica que el tratamiento establecido tuvo una duración relacionada con los días de hospitalización de cada una de estas pacientes; sin embargo se da a conocer que a todas las pacientes se les dio egreso después de haber cedido la fiebre, con el consabido plan educacional para concluir el tratamiento establecido y su consiguiente control por consulta externa.

CUADRO Y GRAFICA No. 11:

El 99.57% de los resultados obtenidos después del tratamiento recibido por estas pacientes fue satisfactorio. Esto debido a que a todas se les dio egreso hospitalario después de haber documentado el sece de picos febriles y una evolución clínica adecuada.

CUADRO Y GRAFICA No. 12:

El 100% de las pacientes con infección puerperal tratadas en este hospital durante los años de 1990 a 1995 recibieron tratamiento antibiótico.

Esto indica que el tratamiento utilizado fue adecuado a pesar de no contar con un examen bacteriológico que indicará el germen causal de la infección, basándose en el cuadro clínico.

CUADRO Y GRAFICA No. 13:

Las horas promedio de duración del trabajo de parto de la población objeto de estudio, se encuentra entre 6 a 15 horas (77.03%).

Para el análisis de este dato, se tomó la duración del trabajo de parto de las pacientes con parto eutósico simple; independientemente del número de gestas cada una de ellas. Lo cual es indicativo que la mayoría de las pacientes presentaron un trabajo de parto en las horas promedio descritas en la bibliografía; sin embargo es de hacer notar que un pequeño porcentaje de la población presentó un trabajo de parto prolongado.

CUADRO Y GRAFICA No. 14:

Al 85.63% de la población se les realizaron entre uno y seis tactos vaginales, incluyendo a todas las pacientes a quienes se les atendió su parto hospitalariamente; obviándose en las pacientes que fueron atendidas en su domicilio por comadrona y que luego consultaron a esta institución con tomología de infección puerperal. Así como a las pacientes que presentaron ruptura prematura de membranas ovulares y las manipuladas por comadrona con trabajo de parto y prolapso de miembros.

CUADRO Y GRAFICA No. 15:

En el mayor porcentaje de las pacientes sometidas a cesárea segmentaria peritoneal, el procedimiento tuvo una duración de 31 a 45 minutos (82%). Sin embargo la técnica de lavado quirúrgico asociado a los malos hábitos higiénicos que tiene la mayoría de esta población, principalmente en el cuidado de la herida operatoria durante el puerperio, las predispone a padecer este tipo de infecciones.

En cuanto al control prenatal, se puede observar que en un 56.52% de población no lo tuvo, esto se debe a que en su mayoría son indígenas y por sus creencias y nivel socioeconómico bajo; pese a que existen clínicas de control prenatal en el hospital y en las regiones aledañas hay puestos de salud, población no acude a estos para su control prenatal.

CUADRO Y GRAFICA No. 17:

El mayor porcentaje de pacientes en este estudio, permaneció en el hospital de 6 a 10 días (68.26%), dándoles egreso al no presentar fiebre y cumplir sus días de tratamiento, sin embargo algunas permanecieron menos tiempo debido a que pidieron su egreso contraindicado.

CUADRO Y GRAFICA No. 18:

Las primigestas y secundigestas fueron el grupo más afectado por las infecciones puerperales (32.61% y 25.22%, respectivamente). Esto se relaciona con el alto porcentaje de mujeres jóvenes, con malas técnicas higiénicas, y acuden a su control prenatal o falta de información acerca de su control post parto.

CUADRO Y GRAFICA No. 19:

La mayor parte de pacientes post cesárea segmentaria transperitoneal (40.43%) se les dio egreso con diagnóstico de puerperio normal y regresaron después consultando por infección de herida operatoria; esto es debido al egreso temprano o a una evaluación muy subjetiva del egreso de dichas pacientes.

Lo que es alarmante es el 88.26% de los diagnósticos los constituyen la infección de herida operatoria, endometritis, infección de herida operatoria más endometritis e infección de episiotomía medio lateral que son de origen nosocomial.

CUADRO Y GRAFICA No. 20:

La endometritis y la infección de herida operatoria son los diagnósticos que constituyen el mayor porcentaje al momento de egreso de las pacientes, repercutiendo en ello las costumbres y malas técnicas higiénicas de este grupo poblacional.

IX CONCLUSIONES

Después de analizar cada uno de los resultados obtenidos se llega a las siguientes conclusiones:

1. La incidencia de infección puerperal en el Hospital de Antigua Guatemala es de 13.27 por 1000 partos, atendidos en el período comprendido de enero de 1990 a diciembre de 1995.
2. El grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre los 15 y 30 años.
3. El grupo étnico más afectado es el indígena.
4. El mayor riesgo para adquirir infección puerperal fue la cesárea segmentaria transperitoneal (51.74%).
5. Al 75.65% de las pacientes se les atendió el parto en el Hospital.
6. El método diagnóstico más utilizado fue el clínico con un 84.35%.
7. El tratamiento más frecuentemente administrado a las pacientes fue penicilina más cloranfenicol, con un 74.35% del total de la población.
8. Los diagnósticos de ingreso más frecuentemente encontrados fueron: Infección de herida operatoria (CSTP) y endometritis con un 40.43 y 36.09% respectivamente.
9. El trabajo de parto prolongado y los tactos vaginales en este estudio no contribuyeron en el desarrollo de infección, aun cuando la literatura refiere que estos predisponen a la adquisición de dicha patología.
10. Se realizaron exámenes bacteriológicos sólo al 5.65% de la población en estudio.

x RECOMENDACIONES

Al Personal Médico:

1. Supervisar la realización de los gram y cultivo a las pacientes que se encuentran ingresadas en el servicio de Obstetricia con sospecha de infección puerperal.
2. Dar la importancia que debe tener un buen lavado quirúrgico para evitar la contaminación al realizar un procedimiento en sala de operaciones.
3. Realizar una evaluación clínica completa al egreso de las pacientes para prevenir complicaciones en el puerperio.

Al Personal de Enfermería:

4. Impartir charlas a las pacientes sobre la importancia del control pre y post natal.

Al Comité de Infecciones Nosocomiales:

5. Investigar las causas de contaminación en la operación cesárea.

Al Ministerio de Salud Pública:

6. Contribuir a la formación y capacitación de comadronas para que estas tengan un buen adiestramiento y realicen su trabajo bajo técnicas adecuadas de higiene y con el material adecuado, para evitar una mayor contaminación al momento de atender a las pacientes.

A las Pacientes:

7. Post cesárea que pongan en práctica el plan educacional impartido por el personal médico y paramédico respecto al cuidado de la herida operatoria a su egreso.

xi RESUMEN

Estudio observacional descriptivo sobre "INCIDENCIA DE INFECCIONES PUERPERALES" realizado en el Departamento de Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, de enero de 1990 a diciembre de 1995

Para ello se revisaron 230 expedientes clínicos, obteniendo la información a través de una boleta de recolección de datos encontrándose los siguientes resultados:

La incidencia de infecciones puerperales en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala es de 13.27 por 1000 partos durante el período de enero de 1990 a diciembre de 1995.

El grupo étnico más afectado corresponde al comprendido entre los 15 y 30 años (82.18%).

El 70.43% de la población que se estudió es indígena.

Los principales factores de riesgo para el padecimiento de la patología lo constituyó la cesárea y la manipulación por comadrona (78.26%).

El método diagnóstico que con más frecuencia se utilizó fue el clínico (84.35%).

El 100% de la población estudiada recibió tratamiento antibiótico, principalmente la combinación de penicilina más cloranfenicol (74.35%).

Los diagnósticos de ingreso más frecuentes en este grupo poblacional, corresponde a la infección de herida operatoria (CSTP) y endometritis (76.52%).

Se recomienda al comité de infecciones nosocomiales de la institución, investigar la causa de contaminación en la herida operatoria de las pacientes sometidas a cesárea segmentaria transperitoneal.

1. Arias Fernando
Guía Práctica para el embarazo y parto para alto riesgo
Segunda edición, Madrid
Mosby/Doyma libros 1993
Pags. 454
2. Asociación de Ginecología y Obstetricia
Infección Puerperal, análisis de 618 casos
Ginecología y Obstétrica de México, vol. 63 noviembre 1995
Pags. 59
3. Asociación de Ginecología y Obstetricia
Tratamiento de Endometriosis Puerperal, evaluación de eficacia y seguridad
de clindamicina más gentamicina vrs. penicilina más cloranfenicol más
gentamicina
Ginecología y Obstétrica de México, vol. 62 noviembre 1994
Pags. 345-353
4. Asociación de Ginecología y Obstetricia
Infección Nosocomial durante el Puerperio
Ginecología y Obstétrica de México, vol. 60 julio 1992
Pags. 201-204
5. Benson Ralph
Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétrico,
5ta. Edición, México D.F.
Editorial el Manual Moderno, S.A. de C.V. 1989
Pags. 220-232 y 543-549
6. Benson Ralph
Manual de Ginecología y Obstetricia
Séptima edición, México D.F.
Editorial el Manual Moderno S.A. de C.V. 1985
Pags. 214-218
7. Cox Susan and Gilstrap Larry
Post partum endometritis
Obstetric and Gynecology Clinics of Nort America vol. 16 june 1989
Pags. 363-369
8. Douglas Stromme Edward J. Quilligan Frederick P. Zuspan
Biblioteca Internacional de Ginecología y Obstetricia operatoria 1991-1992
9. Grupo Guatemalteco de Investigación en Salud Reproductiva
Infecciones en obstetricia y ginecología
Guatemala Hospital General San Juan de Dios, 1996
10. J. Valero Rivas
Enciclopedia Salvat de Ciencias Médicas Tomo III
Barcelona Madrid, Salvat Editores
Pags. 355 y 356.
11. Lain Entralgo
Historia Universal de la Medicina Tomo V y VI
Salvat Editores S.A.
Pags. 318, 319 y 356.
12. MSPAS Dirección General de Servicios de Salud
Infecciones Hospitalarias
Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria
Guatemala 1988
13. MSPAS Dirección General de Servicios de Salud
Normas de atención materno infantil
Servicios ambulatorios, plan nacional de salud materno infantil 1992-96
Guatemala
Pags. 22-23
14. Merck
Manual de diagnóstico y terapéutica
Octava edición
España, Ediciones Duyma
Pags. 1973-1974
15. Mishell Daniel
Obstetrics & Gynecology
Edited by J.R.M.D. 1988
16. Mishell Kirsch Baum Morrow
The Puerperium Early Postpartum Endometritis: the role of bacteria genital
micoplasmas and chlamidia trachomatis
Obstetrics and gynecology vol. 73 January 1990
Pags. 52-60 y 191-192
17. Mishell Kirsch Baum Morrow
The puerperium period, constitutes and important risk for the
development of clinical graves' disease in young women
Year Book of obstetrics and gynecology 163: 321-325 Nov. 1989
Pags. 179-180

18. Mosby
Enciclopedia de medicina y enfermería
España, Grupo Editorial Océano 1990
19. Perez Sánchez, Alfredo
Obstetricia
Segunda edición
Santiago de Chile, publicaciones técnicas mediterráneo 1992
Pags. 240-248
20. Pernol Martin
Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétrico
Sexta edición traducida de la séptima en inglés
México D. F.
Editorial Manual Moderno S. A. de C. V. 1992
Pags. 684-692
21. Roberts William. E.
Emergent Obstetrics Management of Pospartum
22. Schwarz
Obstetricia
Cuarta edición
Buenos Aires Argentina 1988
23. Williams
Obstetricia
Tercera Edición, México D.F.
Salvat Editores 1993
Pags. 697-706

XIII ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA:

No. de Registro _____

1. EDAD: _____ Grupo étnico _____
2. Factores de riesgo:
 - a. Cesárea _____
 - b. Manipulación por comadrona _____
 - c. Duración del trabajo de parto _____
 - d. RPMO _____
3. Cuántas horas postparto inició la fiebre _____
4. En dónde fue atendido su parto
 - a. Hospital _____
 - b. Domicilio _____
5. Tipo de Parto:
 - a. PES _____
 - b. PDS _____
6. Qué método diagnóstico fue más utilizado?
 - a. Clínica _____
 - b. Gram _____
 - c. Cultivo _____
7. Germen aislado _____
8. Qué tratamiento recibieron las pacientes? _____
9. Cuánto tiempo duró? _____
10. Qué resultado se obtuvo? _____
11. Uso de antibióticos _____
12. Horas de duración del trabajo de parto _____
13. Número de tactos vaginales _____
14. Tiempo de Cirugía _____

15. Control Prenatal: SI _____ NO _____

16. Días de Hospitalización _____

17. Paridad: Primigesta ___ Segundigesta ___ Trigesta ___ Multipara ___

18. Diagnóstico de ingreso _____

19. Diagnóstico de egreso _____