

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS
POST-CURAJE UTERINO

Estudio observacional descriptivo, en 336 pacientes a las que se les efectuó cesárea y curaje en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, durante los meses de junio - julio de 1996.

SILVIA LISBETH VELASQUEZ MENDOZA

MEDICO Y CIRUJANO



INDICE

I	INTRODUCCION.....	1
II	DEFINICION DEL PROBLEMA.....	3
III	JUSTIFICACION.....	5
IV	OBJETIVOS.	6
V	REVISION BIBLIOGRAFICA.....	7
VI	METODOLOGIA.....	15
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	25
VIII	ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	29
IX	CONCLUSIONES.....	31
X	RECOMENDACIONES.....	32
XI	RESUMEN.....	33
XII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	34
XIII	ANEXOS (boleta de recoleccion de datos).....	38

I. INTRODUCCION

En el Hospital Roosevelt se incrementó en un 15 a 24% frecuencia con la que se realiza la operación cesárea relación con años anteriores. Esto implica un aumento en gasto recurso; así como un mayor riesgo de adquirir infecciones a través de esta intervención, comparado con un parto vaginal (8,17,18,2

Con base en lo anterior, se realizó el presente estudio observacional descriptivo de 336 pacientes a quienes se les efectuó operación cesárea, de las cuales un 50% se les realizó curaje (limpieza manual de la cavidad uterina con una compresa inmediatamente después del alumbramiento) (24), y al otro 50% no. Dicha técnica se ha venido utilizando en el Departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt y no se ha descrito el efecto que pudiera tener, para evitar o disminuir la endometritis post-cesárea.

Este estudio persiguió alcanzar los siguientes objetivos:
Determinar la incidencia de endometritis post-cesárea en las pacientes incluidas en la investigación, si existe algún beneficio al realizar curaje, describir la evolución durante el puerperio inmediato. Las variables utilizadas para lograr estos objetivos fueron: Edad, cesárea y su indicación, tipo de alumbramiento, curaje, endometritis. Para obtener la información se revisaron los registros médicos el segundo día post-

operatirio y reevaluando a las pacientes una semana después en la consulta externa del Hospital Roosevelt. Los resultados obtenidos indican que la mayor parte de población afectada con endometritis son las pacientes que oscilan entre las edades de 14 a 30 años; la principal indicación de cesárea fue sufrimiento fetal en fase taquicárdica, presentación podálica, y cesárea anterior; relacionándose en su gran mayoría con la baja paridad. La incidencia de endometritis en las pacientes que se les realizó curaje fue de 2.37% mientras que a las que no se les hizo fue de 3.57%.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El curaje se efectúa con una compresa que se introduce dentro de la cavidad uterina inmediatamente después del alumbramiento en un parto quirúrgico, para realizar una limpieza de las paredes y disminuir la cantidad de material serosanguinolento y la posibilidad de retención de restos placentarios si los hay (24).

Sin embargo, este procedimiento ha sido utilizado transoperatoriamente por los médicos del Hospital Roosevelt, basados en su experiencia y criterio personal, sin conocer si representa un beneficio el realizarlo y poder determinar así la influencia que pueda o no tener en la incidencia de complicaciones post-cesárea como la Endometritis; la cual se presentó en el último año es de 70 casos (2.66%); comparado con tres años previos donde el número de casos fue menor 68 (3.61%) (4). Dicha complicación es consecuencia de múltiples factores como: tiempo transcurrido desde la rotura de membranas mayor de 6 horas, duración de trabajo de parto, número de tactos vaginales, el medio de cultivo proporcionado por la herida isquémica y el acumulo serosanguinolento de líquido en el momento de la cesárea, que contribuye 20 veces al aumento en las infecciones post-operatorias en comparación con la frecuencia de endometritis después de un parto vaginal que oscila entre 1 a 3%, siendo su principal factor de riesgo la intervención quirúrgica (3,8,13,17,18).

En estudios realizados en Guatemala durante los años 1980 y 1982, se demostró un aumento en la frecuencia de operaciones cesárea; y con base en los datos obtenidos del departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt del año 1993 al año de 1994, se incrementó en 4%.(4). Del año 1994 al año de 1995 se presentó en un 20% (4).

Técnicas como el curaje no han sido estudiadas para observar su influencia en este tipo de infección post-cesárea; por lo que se hizo necesario llevar a cabo este estudio, para determinar la magnitud de esta complicación.

III. JUSTIFICACION

Tomando en cuenta que la técnica del curaje la han utilizado por años en el Hospital Roosevelt, sin ningún protocolo establecido o norma interna (24); y que su utilización queda a discreción del médico residente, se vió la necesidad de realizar el presente estudio, ya que no existe ninguno que demuestre su utilidad e influencia en la aparición o no de infecciones como endometritis (3,5,7,8,9,11,26).

IV. OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de Endometritis Post-Cesárea en las pacientes incluídas en el estudio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Determinar si existe algún beneficio al realizar o no curaje inmediatamente después del alumbramiento.
- 2.- Describir la evolución durante el puerperio inmediato en el grupo de pacientes en quienes se realizó curaje y en el que no.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

CURAJE

Se trata de un legrado manual. este procedimiento se ejecuta cuando el cuello se halla bastante abierto y la cavidad uterina es amplia, después de un parto vaginal para permitir la introducción de uno o dos dedos (20).

El curaje se emplea transoperatoriamente, con la utilización de una compresa, la cual se introduce en la cavidad uterina, para retirar el exceso de acumulo serosanguinolento al realizar una limpieza de las paredes; disminuyendo a la vez el riesgo de retención de restos placentarios (24).

OPERACION CESAREA

La operación cesárea, se define como el nacimiento de un feto viable a través de una incisión de la pared abdominal que interesa piel, tejido celular sub-cútaneo, músculo, peritoneo y útero; además de la extracción o alumbramiento de la placenta (27).

En general la operación cesárea, se realiza cuando existe un retraso importante en el parto, y podría comprometer gravemente al feto, a la madre o a ambos; cuando es improbable que un parto ocurra por vía vaginal debido a defectos por estrechez del canal o mala posición fetal con respecto a este, sin olvidar un desarrollo anómalo de la dilatación cervical o

enfermedad concomitante materna (20,27). Estudios realizados en Guatemala 1980 y 1982 reportaron un aumento que oscila entre un 7 y 20 % en este tipo de práctica quirúrgica (2).

INDICACIONES

ABSOLUTAS: Desproporción feto pélvicas, placenta previa oclusiva, inminencia de ruptura uterina, ruptura uterina. Son casos en los cuales la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de finalización del parto.

RELATIVAS: Son aquellas condiciones en las que se elige la cesárea como la mejor alternativa, existiendo circunstancias en las que se plantea también, alguna otra opción (20).

La operación cesárea es la intervención quirúrgica más frecuente, y también el motivo de prolongación de estancia hospitalaria o de reingreso por complicaciones infecciosas (3,8,26).

TECNICAS QUIRURGICAS

Casi siempre, la incisión se efectúa en el segmento uterino inferior de manera transversal (técnica de Kerr), y menos a menudo longitudinal (técnica de Kroning). La incisión a nivel del segmento uterino inferior, posee la ventaja de requerir sólo una pequeña disección de la vejiga a partir del miometrio subyacente. Si la incisión se extiende de manera lateral podría lesionar las ramas mayores de las arterias y venas uterinas: de

aquí, que se prefiera utilizar la incisión segmentaria inferior en forma de media luna horizontalizada (técnica de Monroe Kerr), la cual disminuye dicho riesgo. El alumbramiento manual no representa dificultad y la conclusión se hace ventajosa y de fácil ubicación. La incisión abdominal requiere de la preservación total de los planos de sección, así como en cualquier cirugía abdominal con un orden básico. Existe otra técnica en la cual se utiliza una incisión de tipo longitudinal, en el cuerpo del útero, por encima del segmento uterino inferior, y que se extiende hacia el fondo del útero; (corporea) esta incisión es muy poco utilizada en la actualidad (20,27).

ENDOMETRITIS

Las infecciones puerperales constituyen una de las tres causas más relevantes de mortalidad materna en el mundo (11).

La endometritis es clasificada en: Aguda cuando es secundaria al parto ya sea este vaginal o quirúrgico; y causado por bacterias, crónico cuando es producida por un cuerpo extraño, como cáncer, pólipos infectados, fibrótico que es originado por adherencias intrauterinas, traumas, como en el síndrome de Asherman's (19).

La infección puerperal más frecuente es aquella originada, pero no limitada, a la cavidad uterina; se inicia generalmente como

endometritis que puede conducir a miometritis, parametritis, salpingitis, absceso pelviano, tromboflebitis pelviana séptica, pelviperitonitis, peritonitis generalizada, septicemia y séptico piohemia (11). La infección pélvica post-parto ha recibido muchos nombres: endometritis, metritis, endomiometritis. El más utilizado es endometritis para referirse a la infección intrauterina post-parto (3,8,13,28).

La endometritis es la causa más común de infecciones térmicas y dolorosas del puerperio y la más frecuente localización puede asentar en la zona de inserción de la placenta o extenderse a toda la cavidad uterina (20,27). El diagnóstico se sospecha, cuando una mujer presenta una sintomatología de fiebre post-parto de comienzo generalmente brusco, que se inicia entre el tercer y quinto día después del parto, asociándose con escalofríos netos, oscilando la temperatura entre 39 y 40 grados centígrados, taquicardia, dolor hipogástrico, leucocitosis; el útero se palpa sub- involucionado, blando, doloroso, los loquios suelen ser abundantes, grises o achocolatados y más tarde purulentos y fétidos (3,7,8,9,11,12,13,14,15,17,18,20,28).

La endometritis representa una complicación frecuente, generalmente severa, de un aborto o parto asociado a procedimientos quirúrgicos de más de una hora de duración, ruptura prematura de membranas de más de 6 horas. Las bacterias

vaginales normales ascienden fácilmente al útero luego de exámenes vaginales o de procedimientos ginecológicos (3,5,7,8,11,13,17,18,27,28).

Diferentes estudios, han mostrado que los organismos anaeróbios se encuentran frecuentemente involucrados y producen infección severa (3,5,7,8,11,13,14,15,18,26).

Actualmente, con las técnicas apropiadas para el aislamiento y diagnóstico, se reconoce que la endometritis puerperal es una infección polimicrobiana mixta que involucra aeróbios, anaeróbios (especialmente *Bacteroides* sp y estreptococo), y enterobacterias (principalmente *E.coli*), micoplasma genital se ha señalado como parte de la fisiopatología de endometritis (3,7,8,9,11,12,13,15,17,18,25).

La endometritis y el absceso de pared son las complicaciones más frecuentes, asociadas con la operación cesárea. Su incidencia varía desde 5 hasta 85 por ciento. Se registra una frecuencia creciente, desde que a partir de la década pasada ha aumentado el número de operaciones cesárea. En La Universidad de Michigan reporto que la endometritis se produce más a menudo, y es por lo común más grave, después de una operación cesárea que en parto vaginal (9,18). Se han establecido diversos esquemas terapéuticos, la mayoría de los cuales utilizan dos o más antibióticos, generalmente de amplio

espectro (3,5,8,10,11).

Estas infecciones son la principal complicación y el motivo más frecuente de prolongación de estancia hospitalaria o de reingreso (26). La frecuencia de esta infección es muy alta en países en desarrollo (5-10%) debido a un pobre control durante el embarazo, frecuente ruptura de membranas (11,26).

La mayor proporción de infecciones puerperales se encuentran en primiparas jóvenes, comprendidas entre las edades 12-20 años (1).

FACTORES DE RIESGO INFECCIOSO

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES

Se define de esta forma a la ruptura o pérdida de continuidad de la membrana que envuelve al feto dentro de la cavidad uterina, producida en cualquier momento del trabajo de parto o más bien previo a este, originando un alto índice de morbilidad infecciosa por migración bacteriana vaginal al espacio intra-uterino, lo que en algunos casos es fatal. El tiempo transcurrido desde la ruptura de membranas tiene que ser mayor de seis horas para predisponer a la infección (2,3,5,8,11,13,14,15,17,18,20,21,27).

FRECUENCIA DE TACTOS VAGINALES:

Se sabe que la dilatación cervical durante el trabajo de parto evoluciona a razón de 1 a 1.5 cm. por hora, en condiciones normales de progresión y descenso de la presentación fetal; por lo cual, el número de evaluaciones vaginales debe de apegarse a ello con el fin de disminuir la posible contaminación del área cervical, minimizando la inoculación de bacterias externas (3,5,8,11,13,14,15,17,18,20,27.).

RETENCION PARCIAL DE RESTOS PLACENTARIOS Y MEMBRANAS

Con cierta frecuencia uno o varios cotiledones placentarios, quedan retenidos. En la mayoría de los casos ello obedece a la realización de maniobras agresivas durante el alumbramiento, haciendo tracción desde el cordón. También ocurre como resultado de alumbramiento manuales incompletamente realizados y ante la existencia de cotiledones aberrantes o adherencias anormales (11,20,27).

La extracción manual se realiza con el dorso de la mano en contacto con el útero; y la placenta deberá ser despegada de sus puntos de adherencia por un movimiento similar al que se emplea para separar las hojas de un libro.

Las membranas se extraen al mismo tiempo, separándolas cuidadosamente de la decidua mediante fórceps de aro para

sujetarla según resulte necesario.

Algunos prefieren pasar una esponja por la cavidad uterina (20,27). El diagnóstico de la retención se realiza por el examen minucioso de la placenta, que deberá ser efectuado después de todo alumbramiento. Se observa así la ausencia de uno o más cotiledones.

La evolución clínica de la retención de cotiledones puede resolverse de diferentes formas:

- Se desprenden y son expulsados de manera espontánea; con frecuencia origina hemorragia a veces muy grave.
- Durante el puerperio, en ocasiones, sufren un proceso de desintegración, a lo que se agregan infecciones por gérmenes ascendidos desde el canal. En otras ocasiones se organizan en el útero y se transforman en pólipos que pueden o no expulsarse más tarde (pólipos placentarios).

El tratamiento consiste en la extracción del cotiledon retenido por legrado instrumental, de preferencia con la cureta de bordes romos de Pinard. Las secuelas que puede dejar por la destrucción excesiva de la mucosa en superficie o en profundidad, son las sinequias de la cavidad, así como amenorrea o esterilidad secundarias por la falta de recuperación de la mucosa debido a la destrucción de la capa basal por un legrado demasiado enérgico.

También puede ser causa de complicaciones gravidicas ulteriores, como placenta previa y accidentes del alumbramiento por adherencias placentarias anormales (11,19,20,27).

OTROS FACTORES DE RIESGO DE INFECCION

- Parto prolongado.
- Monitoreo fetal interno.
- Baja paridad.
- Anestesia.
- Duración de operación mayor de 60 minutos.
- Pérdidas sanguíneas mayor de 800 ml.
- Anemia post-operatoria.
- Obesidad.

VI. METODOLOGIA

Para la realización de la presente investigación el médico asesor (jefe del servicio de labor y partos), el jefe de residentes y el investigador elaboraron la calendarización de la técnica en estudio, informando posteriormente a los médicos residentes encargados de realizarla.

A.-TIPO DE ESTUDIO:

DESCRIPTIVO, de acuerdo a la profundidad del estudio.

OBSERVACIONAL, de acuerdo al diseño de investigación utilizada.

PROSPECTIVO, de acuerdo a la ubicación de los datos en el tiempo.

APLICADA CONSTRUCTIVA O UTILITARIA, de acuerdo al propósito de la investigación.

B.- TAMANO DE MUESTRA:

Se tomó como muestra a 336 pacientes, a quienes se les realizó cesárea, con y sin curaje, durante el periodo que duro el estudio. El tamaño de la muestra se obtuvo tomando como universo el total de cesáreas realizadas en el año de 1995, siendo estas 2631.

FORMULA:

$$n = \frac{Nz^2 pq}{d^2 (N-1) + z^2 pq} \quad n = \frac{2631 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{(2630)^2 (0.05) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

Donde N es el universo, z^2 porcentaje de confiabilidad, d^2 probabilidad de error, p y q la incidencia del daño a la salud en las dos poblaciones en estudio; que al no conocer se utiliza el limite máximo para obtener una muestra significativa la que corresponde a 0.50.

C.- SUJETO DE ESTUDIO:

Pacientes a quienes se les realizo cesárea y curaje; dividiendo estas en dos grupos :

- A **GRUPO EXPUESTO**: Se tomarón 168 pacientes que llenarón los criterios de inclusión, y fuerón intervenidas los días pares del calendario, a partir de la autorización del estudio, efectuándoles curaje inmediatamente después del alumbramiento.
- B **GRUPO NO EXPUESTO**: Se tomarón 168 pacientes que llenarón los criterios de inclusión y fuerón intervenidas los días impares del calendario, a partir de la autorización del estudio.

D.-CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

Inclusión: Pacientes a quienes se les realizó 5 o menos tactos vaginales.
Cesárea Electiva.
Sufrimiento fetal en fase taquicárdica.
Cesárea interativa.

Primigesta en podálica.

Múltipara en podálica.

Presentación cefálica deflexionada.

Exclusión: Pacientes manipuladas por comadronas.
Pacientes que tengan infección evidente.
(corioamnionitis).
Rasgadura de segmento.
Cesárea Corpórea.
Cesárea Segmento Corpórea.
Rechazo de presentación.
Sufrimiento fetal en fase bradicárdica.
Uso de antibióticos profilácticos.
Situación transversa en primigesta.

E.- RECOLECCION DE DATOS: Al segundo día post-operatorio se revisaron los registros médicos para obtener los datos siguientes: nombre, edad, dirección, No de registro, fecha, paridad, indicación de la cesárea, datos del alumbramiento: si se realizó curaje o no, se evaluó en clínica a las pacientes que presentaron fiebre, encontrando hallazgos de sub-involución uterina, presencia de loquios achocolatados y fétidos. Se informo a las pacientes que desde el momento que se les

dio egreso, tendrían que regresar a la emergencia del hospital si presentaban algún tipo de molestia. Se citó a las pacientes una semana después de la cesárea a consulta externa, para reevaluarlas, no se realizaron visitas domiciliarias a las pacientes ya que asistieron a su cita y completamos el seguimiento. Posteriormente se procedió a tabular y analizar la información obtenida a través de la boleta (ver anexo).

F.- TECNICA EMPLEADA TRANS-OPERATORIAMENTE: En sala de operaciones, inmediatamente después del alumbramiento, se introdujo en la cavidad uterina una compresa estéril con la mano izquierda, realizando una limpieza de las paredes; haciendo un movimiento de adentro hacia afuera en un sólo sentido siguiendo la dirección de las agujas del reloj realizando esta maniobra una sola vez. Para que existiera una misma metodología, se informo a todos los médicos residentes.

G.- TATAMIENTO ESTADISTICO: Se describieron los resultados de la frecuencia de Endometritis, según las variables estudiadas, obteniendo las proporciones. Las que se graficarán para facilitar su interpretación

VARIABLES

1. **NOMBRE:** Cesárea.

TIPO: Dependiente.

DEFINICION CONCEPTUAL: Extracción del feto, placenta y membranas ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

DEFINICION OPERACIONAL: Procedimiento quirúrgico para la extracción de los productos de gestación.

ESCALA DE MEDICION: Nominal.

2. **NOMBRE:** Curaje.

TIPO: Dependiente.

DEFINICION CONCEPTUAL: Legrado manual.

DEFINICION OPERACIONAL: Procedimiento donde se realiza limpieza de la cavidad con una compresa inmediatamente después del alumbramiento.

ESCALA DE MEDICION: Nominal.

3. **NOMBRE:** Endometritis

TIPO: Independiente.

DEFINICION CONCEPTUAL: Infección uterina puerperal.

DEFINICION OPERACIONAL: Presencia de fiebre, loquios, sub-involución uterina, fenómeno que compromete recuperación del paciente y que deriva del procedimiento quirúrgico realizado.

ESCALA DE MEDICION: Nominal.

4. **NOMBRE:** Alumbramiento.

TIPO: Dependiente.

DEFINICION CONCEPTUAL: Expulsión de placenta y membranas después del parto.

DEFINICION OPERACIONAL: Manera por la cual se obtuvo la placenta tras-operatoriamente (manual, natural).

ESCALA DE MEDICION: Nominal.

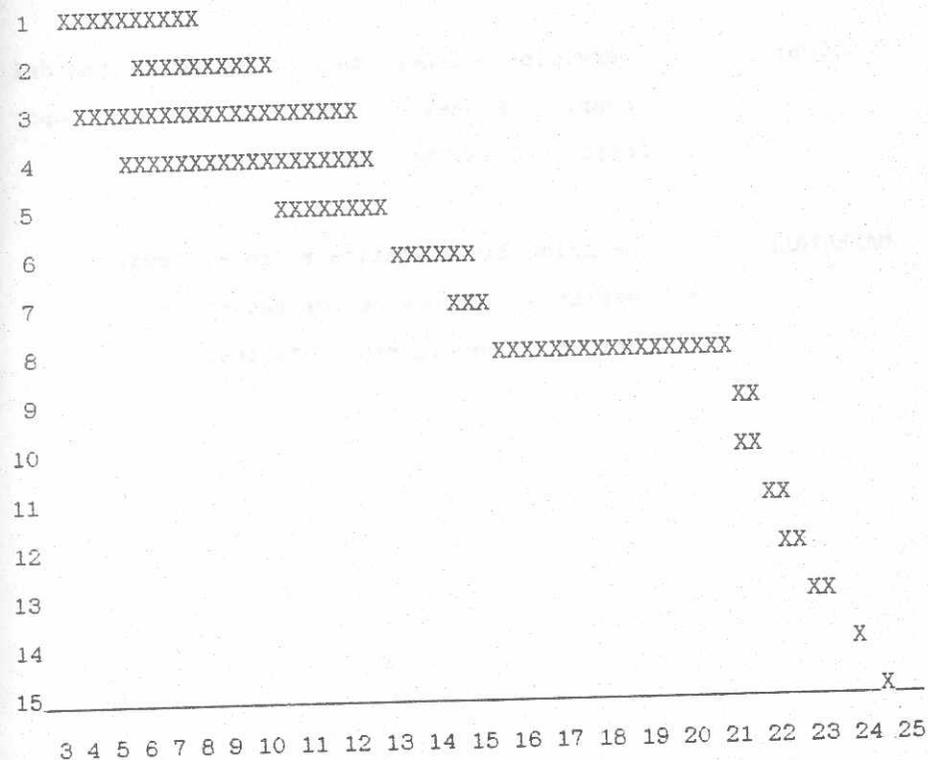
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

- 1.- Selección del tema del proyecto de investigación.
- 2.- Elección de los asesores y revisor.
- 3.- Recopilación de material bibliográfico.
- 4.- Elaboración del proyecto juntamente con los asesores y revisor.
- 5.- Aprobación del proyecto por el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.
- 6.- Aprobación del proyecto por la Coordinación de Tesis de la USAC.
- 7.- Aprobación por el comité de Docencia del Hospital Roosevelt.
- 8.- Ejecución del trabajo de Campo o recopilación de la información.
- 9.- Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas.
- 10.- Análisis y discusión de resultados.
- 11.- Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
- 12.- Presentación de informe final para correcciones.
- 13.- Aprobación de informe final.
- 14.- Impresión del informe final y trámites administrativos.
- 15.- Exámen Público de defensa de la tesis.

EJECUCION DE LA INVESTIGACION

GRAFICA DE GANNT

ACTIVIDADES



METODOS

RECURSOS:

HUMANOS:

- Médicos del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, que realizan el procedimiento quirúrgico.

FISICOS:

- Servicios del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. (Labor y Partos, Sppp, Séptico, Consulta Externa)

MATERIAL:

- Revisión Bibliográfica sobre el tema.
- Registros médicos de los pacientes.
- Útiles de escritorio y oficina.

Cuadro No. 1

PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZO CESAREA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT
JUNIO-JULIO DE 1996

	FR	%
Con suraje	168	50.00
Sin curaje	168	50.00
Total	336	100.00

Fuente: Boleta de Recoleccion de Datos

Cuadro No.2

PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZO CESAREA Y PRESENTARON ENDOMETRITIS
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT
JUNIO-JULIO DE 1996

<i>Pacientes Con Curaje</i>			<i>Pacientes Sin Curajes</i>		
Hallazgos	FR	%	Hallazgos	FR	%
Fiebre	4	2.38	Fiebre	6	3.57
Utero Sub-INV.*	4	2.38	Utero Sub-INV.*	6	3.57
Loq. Feti **	4	2.38	Loq. Feti **	6	3.57
Loq. Achoc. ***	4	2.38	Loq. Achoc. ***	6	3.57

* Sub-involucionado

** Loquios fetidos

*** Loquios achocolatados

Fuente: Boleta de Recoleccion de Datos

VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El presente estudio es observacional descriptivo, en el cual se analizaron 336 pacientes a quienes se les realizó cesárea en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt, durante los meses de junio y julio de 1996.

Cuadro No. 5

**CESAREA/PARIDAD CON Y SIN CURAJE, Y SU RELACION CON ENDOMETRITIS
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT
JUNIO-JULIO 1996**

<i>Pacientes Con Curaje</i>				<i>Pacientes Sin Curajes</i>				
	<i>Endometritis</i>			<i>Endometritis</i>				
<i>Paridad</i>	<i>FR</i>	<i>%</i>	<i>FR</i>	<i>%</i>	<i>FR</i>	<i>%</i>	<i>FR</i>	<i>%</i>
<i>Primiparas</i>	65	38.69	1	0.59	40	23.81	2	1.19
<i>Secundiparas</i>	30	17.86	2	1.19	36	21.43	1	0.59
<i>Multiparas</i>	73	43.45	1	0.59	92	54.76	3	1.79
<i>Total</i>	168	100	4	2.37	168	100	6	3.57

Fuente: Boleta de Recoleccion de Datos

1.- Se estudiaron 336 pacientes a quienes se les realizó cesárea y al 50% se le hizo curaje y al otro 50% no; del primer grupo el 2.38% presento como complicación endometritis puerperal con diversos hallazgos, mientras que en el segundo grupo fue de 3.57%. Por lo anterior vemos que la evolución puerperal de las pacientes fue diferente. Sin embargo es necesario realizar un estudio con una muestra mayor y establecer con certeza su utilidad.

2.- Las indicaciones para la realización de cesárea fueron principalmente: Sufrimiento fetal en fase taquicárdica, presentación podálica y cesárea anterior, las cuales no influyeron para la realización posterior de la técnica del curaje. Se pudo observar que la incidencia de endometritis no tuvo relación con la indicación de la cesárea según se puede ver en los resultados del cuadro No.3.

3.- Las pacientes jóvenes (80.35 % *, 80.36%**) y de baja paridad (56.55%*, 45.42%**) fueron los grupos que presentaron mayor incidencia de endometritis en este estudio. Según la literatura revisada estas pacientes tienen un riesgo más alto de tener como complicación esta infección después de una cesárea.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- La población afectada con endometritis osciló entre 14 a 30 años en ambos grupos.
- 2.- Se observó que las pacientes con baja paridad presentaron endometriti 3.56%.
- 3.- El mayor porcentaje de alumbramiento es de tipo natural en ambos grupos; 83.93% con curaje y 91.07% sin curaje.
- 4.- La endometritis se presentó en pacientes con alumbramiento completo en un 5.94%.
- 5.- La incidencia de endometritis pot-curaje fue de 2.37%.
- 6.- La incidencia de endometritis post-cesárea fue de 3.57%.

*con curaje.

**sin curaje.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Realizar un estudio clínico comparativo controlado de pacientes a quienes se les realice curaje, y determinar de manera precisa su utilidad. Con este tipo de estudio se logró conocer la magnitud del problema sin dar una conclusión definitiva.
- 2.- Establecer, en el departamento de Gineco - Obstetricia, un protocolo donde se establezcan indicaciones precisas para la utilización del curaje en la operación cesárea.
- 3.- Llenar adecuadamente de record operatorio y registro médico, haciendo énfasis en la anotación de la realización de curaje y su indicación.

XI. RESUMEN

Se efectuó un estudio observacional descriptivo, en el Departamento de gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de junio y julio de 1996. En el que se analizaron 336 pacientes a quienes se les realizó cesárea por diversas indicaciones: al 50% se le realizó curaje inmediatamente después del alumbramiento y al otro 50% no. Se logró determinar que las pacientes que más se ven afectadas por endometritis puerperal son las que oscilan entre las edades de 14 a 30 años de baja paridad, independientemente que se les allá hecho curaje o no, de igual manera las indicaciones de cesárea que se presentaron con mayor frecuencia fueron: Sufrimiento fetal fase taquicardica, presentación podálica, cesárea anterior. De la misma forma, el alumbramiento que predominó fue el de tipo natural y completo. La incidencia de endometritis post-curaje uterino fue de 2.38% comparado con un 3.57% de pacientes a quienes no se les hizo curaje.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arechavaleta: Embarazo en adolescentes, Rev. Obstetrica Ginecológica;Venezuela 1985, pag.89-91.
- 2.- C. Culajay, Factores de riesgo vinculado con infección de herida operatoria postcesárea, tesis médico y cirujano USAC 1993.
- 3.- Cox Susan M, Endometritis post-parto,clínica de Ginecología y Obstetricia; vol.3 1992 pag 351-357,376-385.
- 4.- Departamento de Gineco-Obstetricia Hospital Roosevelt Información estadística 1992-1995.
- 5.- Fejin-md;Markov-s; Goshen-s; Endometritis after intrauterine Surgery,Journal of obstetrics and glynecology 1994.14/suppl 2 pag. 363-371.
- 6.- Girón Antan, Operación cesárea en el hospital de ginecología y obstetricia del IGSS, tesis médico y cirujano USAC 1982.
- 7.- Gutiérrez, Carrillo, Escudero; Tratamiento de endometritis puerperal; Ginecología y Obstetricia de méxico, vol 62 nov.1994, pag 345-352.
- 8.- Larry C. Gilstrap III; Postpartum endometritis, Obstetrics and Gynecology, Clinics of north América,vol.16 No 2 june 1989; pag. 363-371.
- 9.- Ledger; Infecciones obstétricas adquiridas en el hospital. Infecciones en obstetricia y ginecología editorial médica. panamericana primera edición, Buenos Aires 1982; pag 141-158.
10. Magee-kp, Blanco-jd, Graham-jm; Endometritis after cesarean. American journal perinatol 1994, jan 11 (1) pag. 24- 6
11. Pérez Sánchez. Complicaciones puerperales; Obstetricia segunda edición 1992 pag.245- 8, 298-9, 516-7.
12. Pinto José, Moron Morela. Endometritis post-cesárea, Rev. Obstetrica, Ginecológica, Venezuela 1990, 50 (2) pag.89-91.
13. Philip b, Mead,md; Post partum endometritis; Infección protocols for obstetrics and gynecology 1992, cap 3 pag12-6.
14. Ricard L. Sweet, Postpartum Infections, William and wilkins 1990, cap 20 pag.356-362.
15. Robert K cresy Postpartum infection, Maternal and fetal infections 3 ed. 1994 pag. 646-650.
16. Suonio-s, Huttunen, puerperal endometritis after abdominal twin delivery,Acta- obstet-gynecology scandinavia 1994 apr 73 (4) pag. 313-5.
17. Sciara, Puerperal infection, Gynecology and Obstetrics 1984, vol. 2 cap.91, pag 6-15.
18. Sciara, Intra-amniotic and pos-partum infeccions, Gynecology and obstetrics 1984, vol.3 cap.37, pag 7-10.
19. Sciara, Infections as a cause of infertility; Gynecology and obstetrics 1984, vol5, cap. 57, pag 6-10.

20. Schwars Ricardo Leopoldo. cesárea, curaje, endometritis, retención restos placentarios; obstetricia cuarta edición, pag 463-5, 503, 533-9.
21. Thorpe-em. Ling-fw; Complicaciones postcesárea; Clinicas Obstétricas y Ginecológicas 1994, vol.4 pag. 779-87.
22. Urribaren Berrueta; Cesárea su frecuencia e indicaciones; Revista ginecológica y obstetrica de méxico 1993, junio vol.61 pag.168-9.
23. Vásquez y Vásquez J. Bendicto; Cesárea anterior; protocolo departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.
24. Vela Cesar; Información verbal curaje, Jefe de residentes del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.
25. Voldman Sukerman; Clindamicina en infección puerperal por gérmenes anaeróbios; revista Obstetrica, Ginecológica Venezuela 1984 cap 44 vol 1 pag. 9-14.
26. Walss- Rodriguez, Gonzalez- Marquez; Antibióticoterapia en endometritis post- cesárea, revista Gaceta médica de méxico 1990, vol.126, No 2, pag.102-107.
27. Williams; Cesárea, endometritis, retención de restos placentarios, ruptura prematura de membranas, obstetricia

3era edición. editorial interamericana, pag. 841-852, 732-33, 697-99,685-92.

28. Willson Carrigton; Pelvic Infection. Obstetrics and Gynecology, 6ta ed.pag.534-37.

XIII ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. FASE III
UNIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS GENERALES:

No REGISTRO _____ FECHA _____ EDAD _____

DIRECCION _____

PARIDAD: G: _____ P: _____ AB: _____ CST: _____

CESAREA _____ INDICACION _____

ALUMBRAMIENTO: ESPONTANEO _____ MANUAL _____

COMPLETA _____

PLACENTA COMPLETA _____ INCOMPLETA _____

MEMBRANAS: COMPLETAS _____

INCOMPLETAS _____

CURAJE: SI _____ NO _____

COMPLICACIONES:

DIAS POST-OPERATORIOS _____ FIEBRE _____

UTERO INVOLUCIONADO _____ LOQUIOS NORMALES _____

FETIDOS _____ ACHOCOLATADOS _____

SEGUIMIENTO:

DIAS POST-OPERATORIOS _____ FIEBRE _____

UTERO INVOLUCIONADO _____ LOQUIOS NORMALES _____

FETIDOS _____ ACHOCOLATADOS _____