

INFECCION OVULAR

Doctor *Alvaro Velasco-Chiriboga* *

La presente revisión analiza 74 casos de infección ovular habidos en el Instituto Materno Infantil de Bogotá durante el año de 1964.

La intención de la revista es determinar la morbilidad materno-fetal de la entidad y recordar algunos factores tendientes a disminuir su frecuencia y gravedad.

Se denomina, para el efecto, infección ovular a la entidad más frecuentemente conocida como infección amniótica pues éste término implica una infección estrictamente localizada al amnios o al líquido amniótico cuando en realidad la infección se extiende a todas las formaciones ovulares, vale decir, amnios, placenta y feto.

Es una entidad frecuente en los hospitales a los cuales llega la paciente sin atención prenatal o que haya sido atendida antes de su ingreso por una persona que desconozca la asepsia y antisepsia. Sin embargo, los hospitales más pulcros pueden ver la entidad cuando coexisten algunos factores determinantes o agravantes de la infección; a pesar de ser una entidad muy conocida no ha sido sistematizado el esquema de tratamiento más adecuado.

Entre nosotros se encontraron 74 casos de los cuales la mayoría fueron diagnosticados retrospectivamente al observar el pus o determinar el olor fétido del recién nacido. Esperamos que en el futuro los casos sean diagnosticados con mayor precisión y tratamiento más efectivo.

Es de presumir que la frecuencia de la infección sea mayor de la que hemos encontrado y que el tratamiento sea modificado, pues hasta el momento, el tratamiento que mencionaremos adelante, es ineficiente y muy tóxico para el feto.

La infección ovular suele clasificarse en tres estados (1):

Estado I. Infección latente.

Estado II. Infección ovular febril simple.

Estado III. Infección grave con fisiometra.

En la presente revisión se analizan solamente pacientes en estado II. El estado I es un estado subclínico que sólo

* Profesor Asistente del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

se revela en los exámenes rutinarios de cultivo de líquido amniótico, fuera del alcance económico de nuestro medio. No hubo ningún caso en estado III.

Como hemos mencionado, el diagnóstico se hizo postparto en la mayoría de las pacientes y solamente 17 casos fueron diagnosticados antes de él (tab'la 1).

TABLA 1

<i>Diagnóstico</i>	<i>Nº de casos</i>
Preparto	17
Retrospectivo de obstetra	33
Retrospectivo de pediatra	24

A pesar de ser un diagnóstico fácil, basado en el estado tóxico-infeccioso de la paciente y en la observación del líquido amniótico purulento además del olor fétido que despiden las pacientes, se ha pasado por alto muchas veces hasta tal punto que fue descubierta sólo por el pediatra. Es menester agudizar la atención en las pacientes con trabajo prolongado y en las pacientes con ruptura prematura de membranas que son las que presentan con mayor frecuencia esta infección. Casi pudiéramos decir que, por lo anterior, ésta revisión corresponde a la revisión de la historia natural de la enfermedad.

Las condiciones ambientales, socioeconómicas, de nuestro medio agrupan todas las condiciones predisponentes y agravantes de la infección. La economía hospitalaria insuficiente y la sobrecarga en el trabajo del personal conduce al menosprecio de algunas normas que deben tenerse siempre presentes.

Resumimos a continuación a manera de recordatorio, algunos factores predisponentes y agravantes de la infección.

a) Hábitos higiénicos inadecuados de la paciente. El uso de duchas vaginales favorece la destrucción de la flora vaginal y conduce a vaginitis y cervicitis. En caso de existir ruptura de las membranas la infección es casi inmediata después de un baño.

b) Las infecciones del tracto genital bajo, pueden producir infección de las membranas, por vecindad, produciéndose una fragilidad o friabilidad de las mismas que conduce a la ruptura prematura y facilita el ascenso de los gérmenes. Se presume que ésta sea la causa más frecuente de la ruptura prematura de las membranas y por tanto debemos estar alerta y evitar el tacto intra-cervical repetido.

c) El tacto vaginal. Puede ser productor de la infección cuando se practica en pacientes en las condiciones anteriores o cuando la técnica es inadecuada por contaminación del guante en la región vulvo-perineal o por el uso de un solo guante que inevitablemente se infectará. Durante el tacto debe separarse el introito con la mano izquierda e introducir los dedos de la derecha sin que estos toquen las regiones externas, de por sí contaminadas. Tanto el guante como el lubricante deben ser estériles (2, 3, 4). En los sitios en donde se utiliza con poca frecuencia el lubricante éste debe ser esterilizado repetidamente o preferiblemente debe utilizarse jalea o crema antiséptica de las cuales se encuentran muchas en el comercio. La frecuencia exagerada de

tactos conduce no solamente a la infección sino que la acelera y produce edema notable de la región.

d) Tiempo total de ruptura de membranas. Cuanto mayor es el tipo de ruptura mayor será la posibilidad de infección (3), tanto más si existe infección cervical. Puede decirse que todas las infecciones ovulares se producen con huevo abierto y que son excepcionales aquellas con huevo íntegro.

e) El tiempo total del trabajo de parto. El trabajo prolongado e infección ovular son casi coincidentes (3, 4, 7). El útero durante sus fases de contracción y reposo actúa a manera de bomba aspirante produciendo el fácil ascenso de los gérmenes.

f) Feto muerto in-útero. Habrá de tenerse especial consideración a estos casos pues el feto muerto es fácilmente invadido por los gérmenes y su reproducción se facilita enormemente cuando hay necrosis tisular. En estos casos suele ser la infección de gran severidad.

g) Técnicas o maniobras obstétricas precoces. Afortunadamente ya desconocido, el metreurinter causó graves infecciones. La amniotomía prematura, así denominada para distinguirla de la amniotomía precoz, muy en boga, tiene los mismos efectos que la ruptura prematura espontánea de las membranas. Recuérdesse que la amniotomía precoz se practica cuando la paciente está en franco trabajo de parto, hay borramiento de cuello y una dilatación aproximada de 4 a 5 cms, la presentación presiona fuertemente sobre el cuello. Estas son condiciones estrictas. La

amniotomía prematura es practicada, con buena intención, a mal tiempo, cuando la paciente no ha iniciado el trabajo de parto.

h) La disminución de las fuerzas orgánicas por desnutrición, enfermedades crónicas o agudas, o por trabajo prolongado con abstinencia y deshidratación agravan el estado infeccioso.

Si tenemos siempre en cuenta las causas predisponentes podremos disminuir al máximo la frecuencia y gravedad de la infección.

Análisis de los casos

Paridad. No existe relación entre la frecuencia de infección y la paridad (tabla 2).

TABLA 2

<i>Paridad</i>	<i>Nº de casos</i>
Nulípara	29
Primípara	9
Múltipara	39

La mayor frecuencia, relativa de las múltiparas se compensa con el mayor aflujo de pacientes de esta categoría.

Edad de embarazo. (Tabla 3). El mayor número de infecciones se producen en pacientes que ya se encuentran a término, esto es un hecho afortunado, si podemos llamarlo así, ya que los fetos maduros se defienden mejor contra la infección. El índice de prematuridad, sin embargo es más alto que lo normal, porcentaje elevado que se deriva del desencadenamiento del trabajo de parto, espontánea o artificialmente, en las pacientes con ruptura prematura de membranas.

TABLA 3

<i>Semanas de gestación</i>	<i>Nº de casos</i>
28 a 35	16
35 y más	58

Los casos por debajo de las 28 semanas fueron considerados como abortos sépticos y no entran en esta revisión.

TABLA 4

Conducido con ocitócitos	33
Aplicación de fórceps	9
Aplicación de espátulas	2
Aplicación de ventosa	5
Cesárea	9

Morbilidad materna. Las pacientes que presentaron infección amniótica ingresaron al hospital con membranas íntegras en 14 casos y con membranas rotas en 60 casos. Entre las que ingresaron con membranas rotas algunas llevaban pocas horas de transcurrido el accidente, otras llevaban varios días según se determina en la tabla 5.

TABLA 5

<i>Horas</i>	<i>Nº de casos</i>
Menos de 12 horas	21
12 a 23 horas	13
24 a 47 horas	11
48 a 72 horas	9
Más de 72 horas	2
Tiempo indeterminado	4

Por frecuencia de casos que ingresan con más de 12 horas de ruptura de membranas podemos apreciar cuán tardíamente acuden al hospital. Por deficiencia en el examen no fue posible establecer si ingresaron o no con la infección.

Apenas la tercera parte de las pacientes acuden en un término lógico menor de 12 horas, pacientes, a las cuales podría efectuarse un tratamiento efectivo.

El tiempo total de ruptura, definido en la tabla 6, establece que las pacientes permanecieron durante algún tiempo en el servicio prolongándose el riesgo de infección cuando la paciente estaba sin infección o agravándose cuando ya se presentó. Como veremos posteriormente en muchas pacientes se condujo el parto con ocitócitos y se auxilió el expulsivo con aplicación de fórceps.

No se ha establecido nunca cuanto tiempo debe permanecer una paciente con las membranas rotas pero es fácilmente deducible que estas no durarán rotas más tiempo del que dura el trabajo de parto. Si el término promedio de la duración del trabajo de parto es de 12 horas las membranas no deben durar rotas más allá de este término promedio. En la tabla 6 vemos que seis séptimas partes de las pacientes con infección amniótica se encuentran en los grupos de pacientes con más de 12 horas de rotas las membranas.

TABLA 6

<i>Tiempo de ruptura</i>	<i>Nº de casos</i>
Menos de 12 horas	12
12 a 23 horas	12
24 a 47 horas	20
48 a 72 horas	10
Más de 72 horas	10
Indeterminado	10

Es por tanto de sana lógica tener el término de 12 horas muy presente por cuanto el riesgo de producción de infección es muy alta por encima de este lapso.

El parto. Se ve frecuentemente alterado por distosia dinámica y muy frecuentemente es menester recurrir a la conducción del mismo y la terminación rápida con alguna maniobra en el período expulsivo. La tabla 4 resume la frecuencia de las intervenciones practicadas.

La cesárea tuvo una indicación precisa, no derivada de la infección en sí, se practicó a pesar de ésta. Se empleó la técnica transperitoneal sin artificios sin aislamiento de cavidad peritoneal. Es notoria que ninguna paciente hizo peritonitis, posiblemente por el uso sistemático de antibióticos.

Una complicación del parto de difícil solución es la dilatación estacionaria del cuello y aún regresiva, hecho que se presenta asociado a un severo edema de cuello debido a infección de las fibras del mismo. La dilatación estacionaria permaneció como tal por términos variables de 4 a 10 horas.

Los fórceps, espátula y ventosa se utilizaron para terminar rápidamente el parto o por indicios de sufrimiento fetal.

La infección puerperal es reducida y no merece mención por su número tan escaso: endometritis, 8 casos que han cedido fácilmente al tratamiento con antibióticos.

En esta serie no existen casos de defunción materna hecho frecuentemente comentado y atribuido a la inmunización activa de nuestros pacientes por sus condiciones socio económicas y exposición frecuente y excesiva a los gérmenes contaminantes. Este hecho contrasta con la alta mortalidad en pacientes de medios socioeconómicos culturales elevados tal como sucede en los Estados Unidos en donde fallecen frecuentemente por shock séptico (6).

Tratamiento. Sólo en 17 casos se hizo diagnóstico y tratamiento pre-parto. El método de tratamiento fue irregular pues el que había sido adoptado en el Instituto, de común acuerdo, resultaba ineficiente y tóxico (Tetraciclina, estreptomycin y sulfametoxipiridazina). Posteriormente se vio la necesidad de eliminar las drogas tóxicas para el niño y que por otra parte por la vía utilizada, oral e intramuscular resultaban de acción lenta; las dosis utilizadas eran insuficientes. En la actualidad existe la tendencia a utilizar algún antibiótico de acción inmediata que pueda aplicarse por vía intravenosa y a dosis elevadas, debe tener un espectro amplio contra gérmenes gram positivos y gram negativos y debe ser potencialmente activo contra los anaerobios.

<i>Morbilidad fetal</i>	<i>Casos</i>
Neumonía aspirativa	7
Onfalitis	6
Anoxia	4
Conjuntivitis	4
Enteritis	2
Piodermitis	1
Neumotórax y enfisema	1
Pielonefritis	1
Celulitis	1
Osteocondritis	

La morbilidad fetal fue alta. A todos los niños se les hizo tratamiento con Penicilina, se les hizo tratamiento rutinario local, baño en solución antiséptica y aplicación de antibióticos en los ojos.

Mortalidad fetal. En la serie se encontraron 17 niños muertos de los cuales depuramos por peso menor de 1.001 gr. a un par de gemelos que mueren por inmadurez. La mortalidad global es depurada así al 20% lo que representa una mortalidad muy alta. En relación con el tiempo total de ruptura de membranas (tabla 7) se aprecia que la mortalidad se hace notoria en los grupos por encima de las 24 horas de rotas las membranas y esta es una ascendencia progresiva.

TABLA 7

<i>Tiempo de ruptura</i>	<i>Nº casos</i>	<i>Mortalidad casos</i>
Menos de 12 horas	12	1
De 12 a 23 horas	12	—
De 24 a 47 horas	20	2
De 48 a 52 horas	10	3
Más de 72 horas	10	4
Tiempo indeterminado	10	5

La mortalidad relacionada con el peso del niño (tabla 8) demuestra cuán susceptible es el prematuro a la infección y como se ha dicho es mayor cuanto menor es el peso.

TABLA 8

<i>Peso del niño</i>	<i>Nº de muertos</i>	<i>% de mortalidad</i>
Menos de 1.499 gr.	4	100
1.500 a 1.999 gr.	4	57
2.000 a 2.499 gr.	3	16
Más de 2.500 gr.	2	4
Peso no determinado	2	—

La mortalidad del recién nacido infectado es mucho mayor que el recién nacido sano. Este solo hecho justifica cualquier intervención que se haga para disminuir las defunciones en cualquiera de los grupos.

Conclusiones

1. La infección ovular se presenta sin relación a la paridad.
2. La frecuencia de prematuridad es mayor y aumenta la mortalidad en ella.
3. Más de las dos terceras partes de las pacientes con infección tienen más de 12 horas de rotas las membranas al ingresar al servicio.
4. Seis séptimas partes de las pacientes tienen más de 12 horas de tiempo total de ruptura de membranas. Este término debe tenerse siempre en mente.
5. El diagnóstico se hace muy tardío o no se hace durante el trabajo de parto.

6. Las intervenciones se elevan al doble de lo usual.

7. La mortalidad del recién nacido se hace notoria a partir de las 24 horas de rotas las membranas.

8. La mortalidad global depurada alcanza el 20% lo cual corresponde a casi diez veces más de la mortalidad usual del recién nacido.

BIBLIOGRAFIA

1. GRASSET JACQUES: *Encyclopedie Medico-Chirurgicale*. Paris. 1947.
2. FARA F. J., STEWARD M., Jr. and STANDART J.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 72: 1, 1956.
3. DOUGLAS R. GORDON and STANLEY J. BIRNBAUM: *Clin. Obst. & Gynec.* Vol. 2: Nº 3, 1959.
4. SPEERT H.: *Clin. Obst. & Gynec.* Vol 2: Nº 3, 1959.
5. JHONSTONE F. R. C.: *Surg. Gynec. & Obst.* 116: 1, Enero 1953.
6. RUSSELL KEITH and GAIL V. ANDERSON: *Am. J. Obst. & Gynec.* 83: 930, 1962.
7. EASTMAN N. J.: *Williams Obstetrics*, ed. 11, New York. Appleton Century-Crofts, Inc., p. 423.