
Infección Puerperal ⁽¹⁾

Dr. Enrique Leño

Clinica David Restrepo — Bogotá, D. E.

Habiendo transcurrido más de 15 años después del descubrimiento de los antibióticos, es muy conveniente que se efectúe una revisión de todos aquellos problemas relacionados con la infección puerperal e intrapartum. Aunque es mucho lo que se ha avanzado, todavía estamos muy lejos de alcanzar una solución terapéutica satisfactoria, si bien es cierto que la profilaxis radica en una atención obstétrica adecuada.

Al contemplar las estadísticas de la frecuencia de la infección puerperal, según los informes del New York Hospital de 1932 a 1957, nos damos cuenta del progreso alcanzado en este período, progreso que no se puede atribuir solamente a la terapéutica con antibióticos, sino también al mayor uso de las transfusiones sanguíneas y de las drogas ocitólicas y a un mejor cuidado prenatal y obstétrico.

INFECCION INTRAPARTUM

No se puede descuidar el problema de la infección intrapartum, ya que, por ejemplo, en el Hospital antes nombrado, en el año de 1957 su frecuencia fue de 0.6% cifra más alta que la de complicaciones tales como el prolapsó de cordón, toxemia severa, pielitis e hidramnios.

Muchos autores creen que todas las neumonías fetales que se presentan durante los primeros tres días del postpartum deben tener un origen intrauterino. Se ha considerado que las bacterias

(1) Trabajo resumido por la Redacción. Originalmente presentado como Tesis de Grado.

que logran la entrada al saco amniótico causan una inflamación de la superficie fetal de la placenta y que el líquido amniótico infectado es aspirado dentro de los pulmones fetales. Las bacterias pueden también invadir los grandes vasos placentarios que se encuentran debajo del amnios, causando así una bacteremia fetal o una peritonitis. Por esta razón la frecuencia de neumonía fetal es paralela a la frecuencia de infección intrapartum.

El conocimiento de los factores que predisponen a la infección intrapartum puede disminuir grandemente la frecuencia de esta complicación. En el período prenatal vigilamos la presencia de anemia, desórdenes nutricionales, infecciones respiratorias altas, enfermedades generales, infecciones del tracto urinario y condiciones anti-higiénicas. Con pocas excepciones, estas desventajas pudieron remediarse para que la paciente llegara al trabajo en condiciones óptimas. Pese a que la mayoría de los autores opinan que el coito al final del embarazo como causa de infección debe prohibirse, fue un factor no analizado.

La ruptura prematura de las membranas como factor predisponente de esta complicación, ya que aumenta marcadamente la posibilidad de contaminación intra-uterina fue tenida en cuenta. Aceptando que la infección comienza simultáneamente con la iniciación del trabajo en estos casos normalmente, el trabajo terminará antes de que haya alguna evidencia de infección; pero si el trabajo se prolonga en forma anormal, todas las pacientes se infectarían eventualmente.

El cuidado profiláctico de la ruptura prematura de las membranas debe también ser considerado a la luz de los nuevos conocimientos de terapia antibacteriana. Hay bastante evidencia, por ejemplo, de que si la terapia antibacteriana profiláctica se da por cierto tiempo, la frecuencia de infección no se disminuye, y aún más, el germen patógeno se hará resistente a la droga administrada; por lo tanto, si las membranas permanecen rotas por más de 48 a 72 horas en ausencia de trabajo, no se aplica terapia antibiótica, y se confía en medidas como el reposo en cama, buena higiene y abstención de los exámenes vaginales.

Al primer signo de infección, tal como exudado purulento, mal olor, taquicardia o fiebre, deben iniciarse exámenes bacteriológi-

cos, tomando del cuello y la vagina muestras para cultivos aerobios y anaerobios, con estudio de sensibilidad y en tal forma se procedió. En muchos casos estando indicados al mismo tiempo cultivos de sangre y orina se procedió a llevarlos a cabo. En la mayoría de los casos, ya que la demora puede ser fatal para el feto, juzgamos aconsejable iniciar la terapia antibiótica de inmediato una vez tomadas las muestras. Como se sabe que el organismo más común es en estos casos el estreptococo anaerobio, se inició el tratamiento con 400.000 Unidades de Penicilina y 0,50 gms. de estreptomycinina dos veces al día, vía intramuscular. Este tratamiento pudo ser cambiado cuando llegaron los resultados de los cultivos y pruebas de sensibilidad. (No se debe esperar a que se produzca la amnionitis ya que esta es una causa de Mortalidad Neonatal).

También aconsejamos instituir una terapéutica similar para la paciente con ruptura de las membranas en un trabajo de más de doce horas. Para la paciente a término o cerca de éste, cuando las membranas han estado claramente rotas por más de 48 a 72 horas, se hizo aconsejable la inducción del trabajo por medio de las soluciones de ocitocina aplicadas por vía intra-venosa. Pudiendo ser necesaria más de una inducción, de nuevo aconsejamos la aplicación de la antibioterapia cuando la inducción pasa de un período de doce horas.

La mayoría de las veces, la infección intra-partum fue reconocida cuando la paciente llegó en trabajo activo. Aquí, nuevamente, la única evidencia fue la taquicardia o una temperatura oral que excedía de 37,6 gr. C. En algunas pacientes el útero se encontraba hipertónico e irritable y por consiguiente las contracciones podían no ser palpables, existiendo secreción purulenta en la vagina. Antes de iniciar la terapéutica específica, fueron enviadas las muestras para cultivo y antibiogramas. Ya que las pacientes en estudio se encontraban en trabajo, no pareció aconsejable esperar a que llegaran los resultados de estos exámenes, sino que se inició de inmediato el tratamiento. Si el trabajo era activo y el parto se creía probable en unas pocas horas, fue la conducta inicial aplicar una infusión intra-venosa de tetraciclina (500 mgrs. en 1.000 c.c. de glucosa en agua al 5%), a fin de elevar rápidamente los niveles maternos y fetales, y asegurar la saturación pronta por el antibiótico de amplio espectro. La terapia

con antibióticos se continuó en el post-partum por 24 a 48 horas, y también se aconsejó fuera administrada al niño, bajo la vigilancia del pediatra. Por último consideramos muy importante aislar a estas pacientes estrictamente usando máscaras, blusas, guantes, etc. . . . en completa individualización.

En el pasado, el uso de los ocitócicos no era aconsejado para la paciente con infección intra-partum; la experiencia actual sin embargo indica, que en estas pacientes en la fase de un falso trabajo o en un trabajo prolongado, deberá ser usada la ocitocina intravenosa, aplicada prudentemente, recordando que en algunos casos el útero se encuentra hipertónico y que el feto puede estar ya sufriendo, como resultado de la infección intra-uterina. La impresión nuestra fue que el trabajo se produce muy rápidamente, aunque las contracciones sean difíciles de palpar. Algunas veces este tipo de trabajo se parecería al que se ve en pacientes con toxemia severa.

En muchas ocasiones una falta de respuesta a esta medicación, o un factor obstétrico no relacionado, hacen necesaria la operación cesárea. En el New York Hospital han estado satisfechos con el uso de la cesárea segmentaria en tales pacientes, con el uso apropiado de la terapia antibiótica.

Con el empleo de antibióticos, la cesárea transperitoneal no parece tener riesgo alguno en estas pacientes. En realidad, hay alguna evidencia, de que el peritoneo se defiende mejor que el tejido conectivo retroperitoneal, el cual se halla expuesto durante la operación cesárea extraperitoneal.

La cesárea con histerectomía es una conducta que se ha considerado en el caso de pacientes excesivamente infectadas, en las cuales un futuro embarazo es de poca importancia. Sin embargo en pacientes jóvenes opinamos se debe tener la mayor atención en conservar el útero, recurriendo a la administración de grandes dosis de antibióticos en el post-operatorio, previa toma de muestras para cultivos de la cavidad uterina y de la herida, en el curso de la intervención.

Recientemente, han sido comunicados casos severos de colapso circulatorio materno durante una infección masiva intra-par-

tum; nosotros no tenemos ninguno. La muerte se produce en estos casos por oliguria y uremia. Los gérmenes gram-negativos y el b. piociánico son los más frecuentemente encontrados. Estos casos aparecen más comunmente en pacientes con aborto séptico, con bacteremia placentaria y shock, tal como en los estudiados por Studdiford y Douglas del Hospital Bellevue. La patogenia del colapso relacionado con endotoxinas bacterianas y fallo de las supra-renales, hace que el tratamiento inicial de estos casos aconseje añadir esteroides parenterales y "Levanterenol" junto con el tratamiento antibiótico masivo. Para el tratamiento ulterior son necesarios estudios de antibiograma, ya que las bacterias responsables son probablemente resistentes a la penicilina. La mayoría del grupo gram-negativo pueden ser sensibles a las tetraciclinas y al cloramfenicol, mientras que el bacilo piociánico puede responder a la tetraciclina, las nitrofurantoínas, o la polimixina B.

INFECCION PUERPERAL

La frecuencia de infección puerperal varía con el tipo de observación y el número de observadores en la clínica. El presente trabajo efectuado con casos declarados de infección puerperal, no tiene en cuenta el índice de frecuencia en relación con el número de casos atendidos, teniendo valor únicamente los resultados del tratamiento.

El concepto de "Morbilidad puerperal" emitido por el "Comité de Bienestar Materno de los E. U." ha sido definido como: "la temperatura a 38 gr. C. o más, ocurrida después de las primeras 24 horas y dentro de los primeros diez días del post-partum, con una duración superior a 24 horas, o repetida en dos días diferentes dentro de este período, debiendo tomarse en la boca para tener una técnica uniforme, por lo menos cuatro veces diariamente".

Este es el índice más objetivo de la infección puerperal, ya que la gran mayoría de las elevaciones de temperatura en el puerperio son debidas a la infección uterina, siendo difícil diferenciar en forma segura la mayoría de las causas extrañas de fiebre durante este período. En el Nem York Hospital la frecuencia de morbilidad puerperal en 1957 fue de 1.1%. La infección puer-

peral verdadera abarcó el 73% de este grupo; el remanente consistió en mastitis, infecciones del tracto urinario e infecciones del tracto respiratorio.

Los factores que predisponen a la infección puerperal son similares a aquellos que actúan en las infecciones intrapartum. Ya se han discutido los factores prenatales y la ruptura prematura de las membranas, durante el trabajo y el parto como causas desencadenantes. Igualmente el trabajo prolongado, especialmente con ruptura de las membranas, o/y el uso exagerado de ocitocina intravenosa junto con la excesiva ejecución de maniobras durante el parto, son datos de importancia.

Las correctas intervenciones vaginales y abdominales, y otros factores, han bajado la frecuencia del trabajo prolongado.

Como se ha señalado antes, esta disminución del trabajo prolongado es aproximadamente paralela a la caída de la infección puerperal.

Por ser la práctica de un excesivo número de tactos durante el trabajo causa predisponente de infección, algunos consideran el tacto rectal como más aconsejable desde el punto de vista de la profilaxis de ésta; sin embargo parece que tanto el tacto vaginal como el rectal, repetidos con demasiada frecuencia, aumentan el porcentaje de infección. Por esto, los exámenes vaginales hechos durante el trabajo, requieren que toda el área del periné deba ser cuidadosamente limpiada con un antiséptico apropiado, tal como la solución de cloruro de benzalconio. Además del uso de máscaras, gorro y guantes estériles, y el lavado cuidadoso de manos y uñas en cuya práctica no dudamos en insistir.

La dificultad en reconocer oportunamente las presentaciones y posiciones anormales o las desproporciones céfalopélvicas, pueden ser la causa de trabajos prolongados y difíciles, y por ende dar un porcentaje alto de infección. La excesiva analgesia o anestesia, también juzgamos que predispone a la infección, por prolongación del trabajo y aumento de la frecuencia de partos operatorios.

El cuidado de la hidratación de la paciente es esencial durante el trabajo, administrándole líquidos apropiados y cubriendo el requerimiento calórico. Durante el parto, se deberá suprimir el traumatismo materno usando técnicas quirúrgicas apropiadas en la preparación de las heridas y laceraciones.

El reconocimiento y el control de la hemorragia durante el alumbramiento son muy importantes, ya que una excesiva pérdida de sangre, es el factor predisponente más notable en la infección puerperal. Si estas pacientes no son tratadas en la forma apropiada, casi la mitad desarrollará infección.

El uso de antibióticos en forma profiláctica ya ha sido discutido. Este tipo de terapia se puede aplicar en forma útil, por ejemplo en pacientes con ruptura de membranas en el trabajo, por más de doce horas o en aquellas con gran contaminación fecal de la vulva y el periné.

Sin embargo, el concepto que guió el tratamiento de nuestras pacientes fue el uso de medicación profiláctica para las no infectadas y el tratar a las infectadas lo más precoz, vigorosa y específicamente posible.

La gran mayoría de las pacientes que desarrollaron infección puerperal mostraron una sintomatología típica. Presentaron comunmente fiebre y taquicardia en el tercero y cuarto días del puerperio, y loquios fétidos. Sin embargo había signos mínimos de localización y a veces sólo acusaron cefálea y malestar general. Raramente se vio el tipo de infección fulminante, con temperatura héctica y evidencia de irritación peritoneal. Tan pronto como se sospechó la infección y la paciente fue examinada, se aisló colocándola en posición semi-sentada y administrándole una dieta blanda. Los casos con evidencia de irritación peritoneal, se alimentaron por vía intravenosa.

En este tipo de pacientes la terapéutica sintomática no se deberá olvidar, tal como la aplicación de bolsas calientes en el abdomen y la administración de ácido acetil-salicílico. La ergonovina en dosis de 0,2 mgm. cada 4 horas por 6 veces ayuda a la involución uterina.

Como ya se anotó, antes de iniciar la terapéutica con antibióticos creímos deber iniciar los estudios bacteriológicos apropiados; y solo ocasionalmente y en casos especiales, hicimos cultivos de orina y de sangre.

La multiplicidad de los microorganismos desarrollados en las infecciones puerperales es notable. Esto se puede apreciar en el siguiente cuadro tomado de un estudio, efectuado en el New York Hospital, con loquios de todas las pacientes.

Organismo	Frecuencia %
Estreptococo anaerobio	68.0%
Estreptococo anaerobio no hemolítico	24.0%
Estafilococo anaerobio	17.0%
Estafilococo piógeno albus	16.0%
Difteroides anaerobios	14.8%
E. Coli	13.8%
Estreptococo viridans	13.4%
Difteroides aerobios	7.4%
Lactobacillus	4.5%
Anaerobios gram-negativos	4.1%
Estreptococo tipo alfa	4.0%
Estafilococo piógeno aureis	2.1%
B. Welchii	1.5%
Estreptococo beta-hemolítico	1.0%
Enterococo	0.7%
B. Aerógenes	0.7%
B. Proteus	0.7%
Otros	1.4%

Si una paciente ha tenido un parto operatorio dicen dichos autores, hay una alteración en el tipo de los invasores bacterianos. En tales casos, el número de estreptococos anaerobios baja a 60%, mientras que el de los organismos exógenos aumenta.

En estudio anterior fue significativo que los cultivos de sangre fueron positivos en un 22.5% de pacientes con infección puerperal después de partos operatorios, y solamente en 8.5% de pacientes después de partos espontáneos.

Estos datos demuestran la necesidad de una atención meticulosa en las técnicas de asepsia durante los partos operatorios.

Con base en los porcentajes obtenidos, indicadores de que los cocos gram-positivos son los que más comúnmente causan la infección, ha sido costumbre iniciar el tratamiento con 400.000 Unidades de penicilina y 0.5 gms. de estreptomycin vía intra-muscular y sulfisoxazol 1 gramo cuatro veces por día vía oral. Para las pacientes que son sensibles a la penicilina, aconsejamos dar por vía oral eritromicina 250 mgm. 4 veces por día. Es mejor evitar los antibióticos de amplio espectro como terapéutica inicial, pues lesionan la flora normal y con frecuencia producen reacciones. Si se quiere emplear una droga de amplio espectro, la de elección es la tetraciclina, 250 mgm. 4 veces al día por vía oral. Esta puede ser combinada con Nistatina con el fin de evitar la infección por monilias.

Cuando llegan los resultados de los cultivos solicitados, se pueden cambiar los antibióticos según sea necesario. Sin embargo, se debe anotar que con el tratamiento inicial de rutina, se han cubierto todos los organismos susceptibles a la penicilina, estreptomycin y sulfisoxazol, de tal manera que por lo general no se requiere ningún cambio de medicación. En presencia de infecciones por *B. aerógenes* o *B. proteus*, se puede considerar el refuerzo de la medicación ya instaurada, añadiendo nitrofurantoinas, cloramfenicol, tetraciclina o novobiocina.

En cualquier caso en que las temperaturas de la paciente no muestren respuesta favorable a las 24 o 48 horas de tratamiento, o si hay evidencia de progreso de la infección pélvica, es aconsejable repetir los cultivos para antibiogramas y cambiar la terapia con antibióticos de acuerdo con los resultados.

Los indicios clínicos de diseminación de la infección pélvica son: calofrío, temperatura hética, taquicardia y dolor. La palpación abdominal muestra hipersensibilidad. El examen pélvico revela un discreto dolor en los fondos de saco. A veces se puede desarrollar un absceso a pesar de la terapia vigorosa con antibióticos. Tal complicación se presenta como una masa más o menos fluctuante por encima del ligamento, o bien por colpotomía posterior espontánea.

Las infecciones por organismos del tipo estafilococo aureus, muestran resistencias a diversos antibióticos. La escogencia de la droga depende del tipo de estafilococo y de su sensibilidad en el antibiograma. La penicilina es todavía la droga de elección en muchos casos, pero desafortunadamente la mayoría de las infecciones debidas a cepas resistentes adquiridas en el hospital (por ejemplo, los llamados tipos bacteriófagos 80-81), son insensibles a esta droga. La eritromicina también es efectiva, pero han aparecido cepas resistentes, ésta deberá ser usada solamente si la cepa se muestra sensible a ella y resistente a la penicilina, o si la paciente es alérgica a esta última. La novobiocina es extremadamente activa contra los estafilococos, pero están apareciendo algunas cepas resistentes. Se reserva esta droga para organismos resistentes a penicilina y eritromicina. La oleandomicina y la triacetiloleandomicina son relativamente nuevas y están en estudio.

El cloramfenicol es también efectivo contra ciertas cepas de estafilococo, pero su empleo ha sido incriminado en el desarrollo de discrasias sanguíneas. Aunque esto ocurre con poca frecuencia, nos pareció mejor limitar su aplicación a los casos resistentes a las drogas previamente consideradas. La tetraciclina, la estreptomycin, las sulfas y las nitrofurantoínas no parecen tener un papel significativo en el tratamiento de las infecciones estafilocócicas.

Numerosos y nuevos antibióticos tales como la ristocetina, panmicina y vancomicina parecen tener algún valor, pero su empleo deberá limitarse a problemas mucho más serios.

En el futuro la infección puerperal podrá mostrar una frecuencia muy baja, comparada con la que tiene en la actualidad, pero el caso individual puede ser más serio a causa del problema de las resistencias a las drogas.

MATERIAL Y METODOS

Hemos estudiado una serie de 25 casos de infección puerperal, (ajustados a la definición de morbilidad ya indicada), y otra de 25 pacientes, como testigos.

Las pacientes sépticas fueron llevadas en camilla a la sala de exámenes especiales. Se las coolcó en posición ginecológica y se procedió a efectuar el aseo de los genitales externos con agua estéril.

Mediante un speculum seco, se expuso el cuello y se tomó una muestra de la secreción endo-cervical. No usamos el método de extracción de la secreción endouterina aconsejado por Eastman, pues consideramos que al introducir instrumentos en la cavidad uterina corríamos el riesgo de llevar gérmenes del cérvix hacia el interior, sin mayor beneficio. Tomamos la muestra utilizando asa de platino o un aplicador estéril y la sembramos en un medio de tioglicolato, adecuado para gérmenes gram-positivos y gram-negativos y cuya composición es la siguiente:

Caseína pancreática	15 gms.
Cystina	0.5 "
Dextrosa anhidra	5 "
Extracto de levadura	5 "
Cloruro de sodio	2.5 "
Tioglicolato de sodio	0.5 "
Agar	0.70 "
Reasurina	0,001 "

Y se prepara de la siguiente manera: Se suspenden 29,5 gms. del polvo en un litro de agua destilada, se deja en reposo por 5 a 10 minutos y se mezcla para que la suspensión sea uniforme, se hierve hasta que la solución sea completa. Se reparte en tubos de 15 cm. de longitud por 1,5 cm. de diámetro interior, hasta 1/3 de su volumen.

Para conservar el medio se aconseja colocar en el fondo de cada tubo 0,1 gms. de CaCO_3 aproximadamente, antes de introducir el medio líquido.

Este medio, se esteriliza al autoclave por 15 a 18 minutos a una presión de 15 libras (121 gr. C.); usándolo cuando esté completamente frío. Se almacena a la temperatura ambiente, permaneciendo los tubos bien tapados, antes de ser usados.

El cultivo fué llevado a la estufa durante 24 horas a 37 gr. C.; luego se hizo un frotis, que fué coloreado por el método de Gram.

En el caso de estreptococo, hicimos el repique en agar-sangre para investigar la hemólisis; en el caso de estafilococo, pasamos el cultivo en agar para estudiar la coloración de las colonias.

Finalmente, usamos trece discos para el antibiograma, y leímos los resultados de éste a las 24 horas.

RESULTADOS

A continuación resumimos la información de algún interés que pudimos obtener del análisis de las historias clínicas.

1 — Al comparar los *factores prenatales* del grupo séptico con el grupo testigo, solamente nos llamó la atención el antecedente de anemia, cuya incidencia fue de 20% en el primero y de sólo 4% en el segundo.

Otros factores, como leucorrea, infecciones respiratorias, urinarias o cutáneas, no fueron significativos.

2 — Al estudiar el *tiempo transcurrido entre la ruptura de las membranas y el parto*, no se encontró diferencia significativa entre las dos series.

3 — Tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa en las *duraciones del trabajo*.

4 — El *número promedio de tactos vaginales* durante el trabajo (2 tactos) fue exactamente el mismo en los dos grupos.

5 — En cuanto a las *intervenciones* observamos lo siguiente: en el grupo séptico hubo cateterismo vesical en 12% de los casos, y en el grupo testigo ninguno.

Fórceps, en 12% del primer grupo y 4% del segundo.

Sutura de episiotomía, en 28% contra 12%. Sutura de desgarro perineal, en 8% del primer grupo y ninguno del segundo. Sin embargo ambos grupos son demasiado reducidos para que pretendamos sacar conclusiones de estos porcentajes, aparentemente dispares.

6 — En el *alumbramiento* encontramos que hubo manipulación endouterina (extracción manual o revisión) en 16% de los casos que presentaron morbilidad, y solo en 4% de los testigos. 8% de los primeros presentaron hemorragia. Ninguno de los segundos.

7 — La frecuencia de los *síntomas*, considerados aisladamente, puede apreciarse en la tabla siguiente, donde se enumeran en orden descendente:

Hipertermia	24	96%
Loquios fétidos	19	76%
Taquicardia	14	56%
Dolor abdominal	8	32%
Sub. Inv. Uterina	7	28%
Astenia	2	8%
Lumbalgia	2	8%

8 — Los *diagnósticos clínicos* de la causa de morbilidad puerperal en los 25 casos estudiados se clasifican así:

Endometritis puerperal	20	80%
Endometritis puerperal y mastitis	4	16%
Endometritis e infección de herida quirúrgica	1	4%

Así pues, el cuadro de endometritis apareció en un 100% de los casos.

9 — *Estudios bacteriológicos*. Los gérmenes aislados en cultivos se distribuyen así:

Grupo morbilidad	Grupo testigo			
Estreptococo no hemolítico	13	52%	10	40%
Bacilo Coli	7	28%	0	0%
Estafilococo albus	4	16%	1	4%
Estreptococo no hemolítico y estafilococo albus	1	4%	1	4%

10 — Además en el grupo testigo se aislaron otros elementos de *flora variable*, que no aparecieron en el grupo de morbilidad, así:

Proteus vulgaris	4	16%
Bacilo subtilis	1	4%
Micrococcos tetrágeno	1	4%
Diplococo gram-negativo, gaffkya tetrágeno y estafilococo albus	1	4%
Estafilococo albus y gaffkya tetrágeno	1	4%
Diplococo gram-negativo	1	4%
Micelios	1	4%
Negativo	3	12%

11 — Los datos de los *antibiogramas* son los siguientes:

Estreptococo no hemolítico sensible a:

Cloramfenicol (Cloromicetina)	8 cepas	61,53%	sobre 13
Oxi-Tetraciclina (Terramicina)	7 "	53,33%	"
Penicilina	7 "	53,33%	"
Eritromicina	6 "	48,15%	"
Albamicina	5 "	38,46%	"
Novobiocina	4 "	30,76%	"
Clor-Tetraciclina (Aureomicina)	3 "	23,07%	"
Sulfadiazina	3 "	23,07%	"
Kanamicina (Kantrex)	2 "	15,38%	"
Tetraciclina	2 "	15,38%	"
Polimixina	1 "	7,69%	"
Sulfisoxazol (Gantrisin)	1 "	7,69%	"

Bacilo Coli sensible a:

Tetraciclina	5 cepas	71,42%	sobre 7
Cloramfenicol (Cloromicetina)	4 "	57,14%	"
Oxi-tetraciclina (Terramicina)	4 "	57,14%	"
Albamicina	3 "	42,85%	"
Novobiocina	3 "	42,85%	"
Eritromicina	2 "	28,57%	"
Polimixina	2 "	28,57%	"
Sulfisoxazol (Gantrisin)	1 "	14,28%	"
Sulfadiazina	1 "	14,28%	"
Kanamicina (Kantrex)	1 "	14,28%	"

Estafilococo albus sensible a :

Tetraciclina	3 cepas	75,00 %	sobre 4
Oxi-tetraciclina (Terramicina)	3 "	75,00 %	"
Kanamicina (Kantrex)	2 "	50,00 %	"
Sulfisoxazol (Gantrisin)	1 "	25,00 %	"
Dihidro-estreptomicina	1 "	25,00 %	"
Sulfadiazina	1 "	25,00 %	"
Penicilina	1 "	25,00 %	"
Clor-tetraciclina (Aureomicina)	1 "	25,00 %	"
Cloramfenicol (Cloromicetina)	1 "	25,00 %	"

12 — *El promedio de permanencia en la clínica durante el puerperio* fué de 6,20 días para las infectadas, y de 3,92 días para los testigos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

I — Se estudian clínica y bacteriológicamente 25 casos de morbilidad puerperal y 25 casos testigos.

II — La anemia durante el embarazo aparece en esta serie como factor predisponente importante para la infección.

III — La hipertermia, la taquicardia, los loquios fétidos y el dolor abdominal son los elementos clínicos más importantes en los casos estudiados.

IV — La endometritis puerperal aparece como diagnóstico simple o asociado, en 100% de nuestros casos de morbilidad.

V — El estudio bacteriológico, mediante siembras de muestras de origen endo-cervical para aislamiento de los gérmenes causales y obtención de antibiograma, se muestra en este estudio como un método valioso para el diagnóstico y el tratamiento.

VI — El medio de Tioglicolato da buenos resultados para cultivos de gérmenes aerobios y anaerobios.

VII — El estreptococo no hemolítico es el germen aislado

más frecuentemente, tanto en el grupo de morbilidad como en el de testigos.

VIII — En nuestros antibiogramas, el estreptococo no hemolítico aparece más sensible al Cloramfenicol, el bacilo Coli, a la tetraciclina; y el estafilococo albus a la tetraciclina y la oxi-tetraciclina.

IX — El número de días de permanencia en la clínica muestra un promedio más elevado para las pacientes con morbilidad que para los testigos.

BIBLIOGRAFIA

DE LEE J. *Obstetricia - Patología del puerperio - Infección puerperal*. Cap. LXII, Pág. 1.086. Edic. séptima. 1947.

EASTMAN N. *Obstetricia de Williams. - Anormalidades del puerperio. - Infección puerperal*. Cap. XXXVI, Pág. 948, Edic. tercera. 1960.

GORDON DOUGLAS R. and BIRNBAUM S. J. "Intrapartum and Puerperal Infection". *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Pág. 693, Volume 2, Number 3, September 1959.