

PREVENCION DE LA INFECCION PUERPERAL



OBJETIVO GENERAL

PREVENIR LA INFECCION PUERPERAL DE
ORIGEN HOSPITALARIO

OBJETIVOS ESPECIFICOS

UNIFICAR CRITERIOS MEDICOS PARA:

1. La prevención, diagnóstico y manejo terapéutico adecuado de la infección puerperal.
2. La referencia oportuna al nivel de atención médica correspondiente, de los casos de infección puerperal complicados.
3. La disminución de la morbilidad y mortalidad materna por esta causa.

INFECCIÓN PUERPERAL



Enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación.

La infección puerperal se caracteriza clínicamente por fiebre de 38° C o más, en dos o más registros sucesivos de temperatura, después de las primeras 24 horas y durante los 10 primeros días del postaborto, postparto y postcesárea.

- La infección puerperal es una de las principales complicaciones de la paciente obstétrica.
- Ocurre en el 1 al 3% de los partos y en el 10 al 30 % de las cesáreas.

FACTORES DE RIESGO

A) Generales

- ... Anemia
- ... Desnutrición
- ... Obesidad
- ... Enfermedades crónicas debilitantes
- ... Pobreza. condiciones sanitarias e higiénicas deficientes

B) Específicos

- Durante el embarazo:
 - .. Control prenatal deficiente
 - .. Aborto inducido en condiciones de riesgo a la salud
 - .. Infecciones de vías urinarias
 - .. Infecciones cervicovaginales
 - .. Procedimientos invasivos de la cavidad uterina con fines diagnósticos y terapéuticos
 - .. Ruptura prematura de membranas de más de 6 horas
 - .. Óbito fetal

FACTORES DE RIESGO

- Durante la cesárea:

- ~ Técnica quirúrgica inadecuada
- ~ Tiempo quirúrgico prolongado
- ~ Cesárea de urgencia
- ~ Pérdida hemática mayor de 1000 ml
- ~ Ruptura de membranas de más de 6 horas

- Durante el Parto:

- ~ Trabajo de parto prolongado
- ~ Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones)
- ~ Corioamnioitis
- ~ Parto instrumentado (utilización de fórceps)
- ~ Desgarros cervicales y vaginoperineales mal reparados
- ~ Revisión manual de la cavidad uterina
- ~ Pérdida hemática mayor de 500

ETIOLOGIA

La etiología de la infección puerperal es **de naturaleza polimicrobiana** y la mayoría de los gérmenes causales habitan en el tracto genital de las mujeres.

El efecto sinérgico de la combinación **microbiana y de factores predisponentes**, así como la presencia de tejido desvitalizado o condiciones generales de resistencia disminuida en el huésped, incrementan exponencialmente la virulencia y patogenicidad de estos gérmenes, dando lugar a la infección puerperal.

Los gérmenes patógenos que causan infección puerperal pueden variar de una región a otra, incluso de una unidad hospitalaria a otra, los más frecuentes son:

A) Gérmenes aerobios

Estreptococos alta y beta hemolíticos, Proteus mirabilis, E. coli, Klebsiella y Enterococos.

B) Gérmenes anaerobios

Bacteroides fragilis. Peptoestreptococos. Clostridium perfringens, Fusobacterias.

C) Otros

Mycoplasma hominis y Chlamydia trachomatis

FUENTE DE INFECCION

A) Autoinfección

Es la infección del tracto genital por gérmenes que habitan **en el organismo de la mujer** de un modo habitual.

B) Heteroinfección

Es la infección del tracto genital por gérmenes que provienen del exterior a través de **las manos, de la ropa del personal de salud** que interviene en la atención de un evento obstétrico **y del instrumental mal esterilizado.**

FORMAS CLINICAS

A) Infección puerperal localizada

Es la infección de lesiones, laceraciones o pérdida de continuidad del periné, vulva, vagina y cuello mal reparados, en el sitio de la episiorrafia, en la herida quirúrgica de la operación cesárea o en el endometrio (endometritis).

B) Infección puerperal propagada

Estas formas clínicas comprometen generalmente varios órganos genitales internos y el peritoneo, y si no se tratan oportunamente pueden llegar a condicionar un estado de choque séptico a través de diferentes vías de propagación de la infección.

PREVENCION DE LA INFECCION DE EPISIORRAFIAS



INFECCIONES DE EPISIORRAFIA Y DE LA HERIDA Qx ABDOMINAL

A) Cuadro clínico

Los síntomas y signos aparecen en los primeros días del puerperio, a nivel de los desgarres del periné, vulva, vagina, cuello uterino o episiorrafia o de la herida quirúrgica abdominal en los casos de operación cesárea.

Si se produce el drenaje de la herida de forma espontánea, la infección generalmente es superficial, pero si el exudado queda confinado a un espacio cerrado por la sutura, se produce un absceso con presencia de calofríos y fiebre.

Los síntomas y signos más frecuentes en esta condición incluyen:

- ... **Elevación discreta de la temperatura corporal.**
- ... **Edema, enrojecimiento, exudados purulentos, calor local y dolor en la zona afectada.**
- ... **En ocasiones se puede presentar dehiscencia de las heridas suturadas.**

B) Diagnóstico

- Clínico:

Sustentar en la historia clínica obstétrica completa y de calidad, que compile todos los antecedentes y evolución del embarazo y los síntomas y signos detectados en el examen físico de la paciente.

- Laboratorio:

Los estudios de tinción de Gram y el cultivo de la secreción de la herida quirúrgica, que permite identificar el germen o los gérmenes causantes de la infección.

El antibiograma orienta sobre el antibiótico adecuado para el manejo terapéutico.

C) Tratamiento

- Infecciones superficiales:

... Curación locales con soluciones antisépticas y calor local.

... Antibioticoterapia:

- Ampicilina 500 mg por vía oral cada 6 horas de 7 a 15 días.

- Cefalexina 500 mg por vía oral cada 8 horas de 7 a 16 días.

- Gentamicina 80 mg intramuscular cada 8 horas de 7 a 15 días.

- En los casos de abscesos o dehiscencia de la herida se deberá:

.. Abrir la herida completamente, mediante el retiro de las suturas quirúrgicas.

.. Descartar posible fascitis.

.. Desbridamiento.

.. Limpieza de la herida al menos 2 veces al día.

.. Lavado después de la defecación.

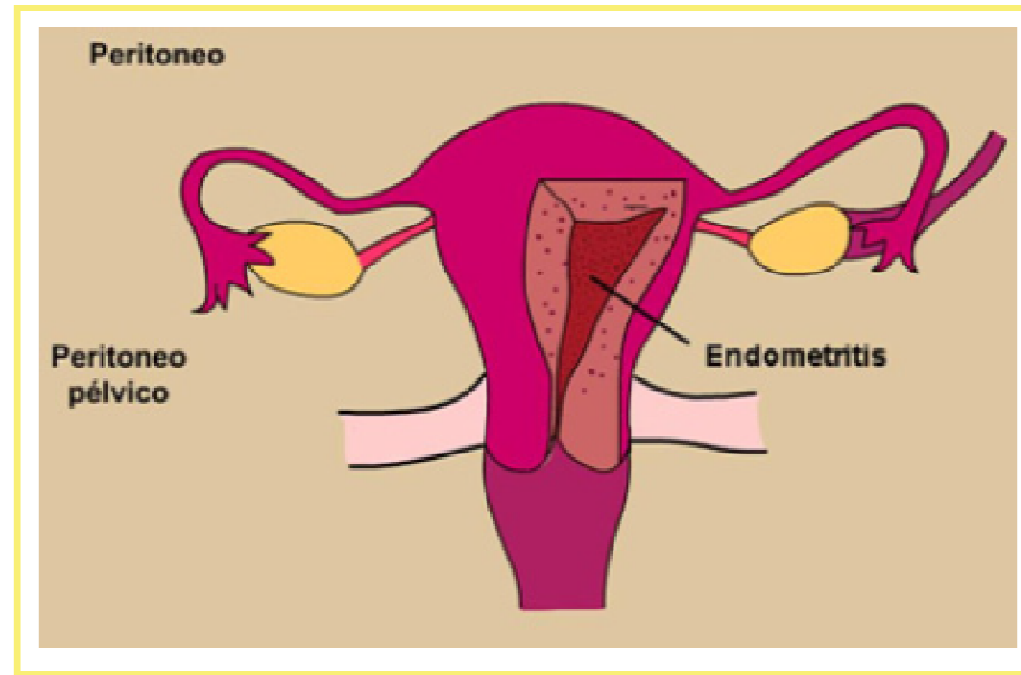
.. Antibioticoterapia.

.. Reparación secundaria cuando la herida ya esté libre de infección, celulitis y exudado y cubierta por tejido de granulación.

PREVENCION DE LA ENDOMETRITIS

ENDOMETRITIS

La endometritis es la infección del endometrio o decidua, con potencial extensión al miometrio y al tejido parametrial. en la literatura consultada lo reportado para infección puerperal es de 1 a 8 % .



Las endometritis son complicaciones infecciosas costosas, tanto para la paciente como para los sistemas de salud, dado que generan incremento en la estancia hospitalaria, medicamentos adicionales, pérdida de tiempo laboral y se constituyen en una amenaza de invalidez e incluso de muerte.

En la mayoría de los casos, la infección es polimicrobiana ascendente, con bacterias aerobias y anaerobias de la flora vaginal normal.

Factores protectores:

- la acidez vaginal
- el moco cervical espeso
- las inmunoglobulinas maternas.

Durante el trabajo de parto y sobre todo después de la ruptura de membranas, estos mecanismos se alteran.

→ facilitándose la penetración de bacterias en la cavidad uterina y las contracciones contribuyen a diseminarlas.

El hecho de que la enfermedad se exprese o no clínicamente depende de la presencia de factores predisponentes, duración de la contaminación uterina y tipo y número de bacterias inoculadas. La necrosis decidual y otros productos como los loquios, promueven la proliferación de bacterias anaerobias.

FACTORES DE RIESGO

A- DEL HUESPED.

- ESTADO SOCIOECONOMICO → Bajo (flora bact., higiene, etc.)
- OBESIDAD
- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
- ANEMIA MATERNA
- INFECCION INTRAMNIOTICA PREVIA
- VAGINOSIS BACTERIANA
- PARTO PRETERMINO

B- DE LA ATENCION

- CESAREAS → 30:1 Frente a los partos vaginales
- NUMERO DE TACTOS VAGINALES → >5 TV
- EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA
- TRABAJO DE PARTO PROLONGADO
- MONITOREO FETAL INTERNO → Controvertido
- PARTO DISTOCICO
- INSTRUMENTACION UTERINA
- NO USO DE ANTIMICROBIANOS PRE-QX

- La mayoría de los casos de endometritis son de naturaleza polimicrobiana, y se originan en una infección ascendente de los microorganismos de la flora vaginal residente.
- Se puede encontrar una mezcla de microorganismos aerobios y anaerobios, Gram positivos y Gram negativos como:
 - *Clamidia Trachomatis*
 - *Bacteroides bivius*
 - *Mycoplasma genital*
 - *Streptococos del grupo B*
 - *Streptococos anaerobios*

DIAGNOSTICO

- **La piedra angular → La clínica**

- El elemento más importante la aparición de fiebre, definida como la temperatura corporal mayor de 38°C en dos tomas separadas por cuatro horas.
- Dolor abdominal bajo
- Útero subinvolucionado y extremadamente sensible y doloroso a la movilización
- Cuando hay colonización por flora bacteriana anaerobia habrá loquios malolientes
- Pueden presentarse otros signos de respuesta inmune sistémica como taquicardia y taquipnea.

- Los criterios epidemiológicos diagnósticos son:

Criterio 1: El paciente tiene organismos cultivados de fluido o tejido del endometrio, obtenidos durante operación quirúrgica, por aspiración de aguja o biopsia por escobillado.

Criterio 2: El paciente tiene por lo menos dos de los siguientes síntomas o signos, sin otra causa reconocida: fiebre (>38 grados centígrados), dolor abdominal, sensibilidad anormal uterina, o drenaje purulento del útero.

Criterio 3: Existe diagnostico médico de Endometritis Puerperal registrado y no hay evidencia de que la infección sea adquirida en comunidad.

- Tiempos definidos para considerar endometritis adquirida en el hospital, los siguientes:
 - Posparto vaginal, hasta una semana después.
 - Posparto vaginal instrumentado, dos semanas después.

- CUADRO HEMATICO
 - LEUCOCITOSIS CON DESVIACION DE LA FORMULA Y/O FORMAS INMADURAS
- PCR
- ECOGRAFIA PELVICA
- HEMOCULTIVOS Y CULTIVOS DE SECRECIÓN ENDOMETRIAL OBTENIDOS CON ESCOBILLÓN PROTEGIDO PUEDEN RESULTAR DE UTILIDAD, EN LOS PACIENTES EN LOS QUE LA TERAPÉUTICA HA SIDO FALLIDA.

TRATAMIENTO

- Clindamicina 600 mg. intravenoso cada 8 horas + Gentamicina 240 mg. al día intravenoso en dosis única.
- Penicilinas
- Ceftriaxona 1 g intravenoso cada 12 horas + Metronidazol 500 mg. intravenoso cada 8 horas

COMPLICACIONES

- ABSCESO PÉLVICO
- PERITONITIS
- CHOQUE SÉPTICO
- TROMBOSIS DE VENAS PROFUNDAS
- EMBOLIA PULMONAR
- INFECCIÓN PÉLVICA CRÓNICA CON DOLOR PÉLVICO RECURRENTE Y DISPAREUNIA
- BLOQUEO TUBÁRICO E INFERTILIDAD
- MUERTE

PREVIO

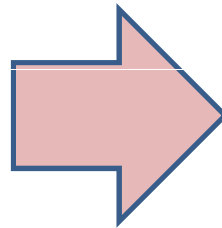
- Realización de control prenatal regular.
- Educación a la paciente durante el control prenatal sobre las ITS, la ruptura prematura de membranas y el trabajo de parto pretérmino.
- Diseñar y/o aplicar procesos y procedimientos estandarizados, para la atención del parto y la cesárea.
- Educación periódica al recurso humano de ginecología, sobre prevención de endometritis.
- Programa para cuidado de las manos del personal de salud

DURANTE

- Uso de técnica aséptica en todos los procedimientos relacionados con el seguimiento y atención del parto.
- Para el parto y la cesárea, se debe realizar lavado de manos quirúrgico durante 5 minutos el primer lavado del día y 1 minutos los siguientes, siempre y cuando no haya contaminación, de preferencia con jabón quirúrgico, con principio activo a base de clorhexidina.
- Antes de entrar en contacto con cualquier paciente, se debe realizar lavado de manos clínico (60 segundos) y después del contacto.
- Sanitización de las manos, con el uso de alcohol glicerinado. cuando estas estén visiblemente limpias y no han sido contaminadas con fluidos corporales, secreciones o excreciones.
- Aplicación de las precauciones de aislamiento en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia que lo requieran.
- Limitación de los Tactos Vaginales a máximo 5-6/pte., por profesional. (RPM)
- Racionalización al mínimo necesario de la instrumentación del parto.
- Notificación de los casos diagnosticados de infección adquirida en el hospital, entre los que merecen especial atención los de endometritis.
- Profilaxis antibiótica en RPM y Trabajo de parto prolongado (TV)
- Uso de antibióticos profilácticos poscesárea, particularmente en las pacientes con ruptura de membranas y trabajos de parto prolongados. El agente mas apropiado para la profilaxis es una cefalosporina de primera generación, de espectro limitado como la cefazolina 1 g vía intravenosa, después de que se pinza el cordón umbilical.

DESPUÉS

- Socializar la información sobre el número, las tasas y los índices de infección adquirida en el hospital, y en forma específica sobre las endometritis, a quienes trabajan en el área de ginecología y obstetricia.
- Trabajo en equipo: El trabajo en equipo permite compartir recursos, fortalezas y riesgos para lograr con eficiencia, eficacia y efectividad, la consecución de los objetivos propuestos. Es importante que la especialidad de ginecología, la coordinación de salas de cirugía, la subgerencia científica, la subgerencia administrativa, el laboratorio clínico y vigilancia epidemiológica, aúnen esfuerzos y trabajen en equipo para detectar riesgos y controlar los casos de endometritis.
- Adelantar estrategias de cumplimiento de metas de la infección, procesos de autocontrol, control por terceros y evaluación del cumplimiento.






GRACIAS