



Definición

La endometritis puerperal es una infección que asienta en la zona de la herida placentaria o bien en toda la cavidad uterina.

Factores de Riesgo

- De la paciente
 - Infecciones del tracto genital inferior
 - Ruptura prematura de membranas
 - Desnutrición materna
 - Anemia
 - Obesidad
- Del parto
 - Contaminación bacteriana por vía ascendente
 - Trabajo de parto prolongado
 - Traumatismos, desgarros, hematomas
 - Parto operatorio
- Del medio
 - Ambiente contaminado
 - Higiene inadecuada

Prevalencia

Se estima en 1% a 3% después de los partos vaginales y en 5% a 25% después de las cesáreas. Los gérmenes patógenos involucrados incluyen estreptococos del grupo B, peptoestreptococos, *Escherichia coli*, bacteroides, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens*, *Mycoplasma hominis* y *Chlamydia trachomatis*.

Diagnóstico

Se basa fundamentalmente en el cuadro clínico, ya que la pesquisa bacteriológica es difícil y de bajo rendimiento.

Copia N°:	Representante de la Dirección:		Fecha:
	<u>Revisó</u>		<u>Aprobó</u>
<u>Nombre</u>	Dr. Leonardo Gilardi	Dr. Daniel Dapelo	
<u>Firma</u>			
<u>Fecha</u>	11/04	26/04	

Diagnóstico Clínico

- Fiebre
- Útero mal involucionado con o sin dolor
- Loquios alterados (mayor cantidad, cambio de color u olor). Se advierte que la aparición de loquios fétidos solamente no hace diagnóstico de endometritis.

Métodos Complementarios de Diagnóstico

- El *gold standard* del diagnóstico de endometritis es el cultivo de material endometrial.
- Leucocitosis: sólo debe tenerse en cuenta el aumento de los glóbulos blancos con respecto al valor previo del puerperio, si existiese este dato, o cuando existe desviación a la izquierda por frotis si se dispone de este método.
- Eritrosedimentación: no debe tomarse en cuenta, debido al aumento del valor durante el embarazo y persistencia en el puerperio.
- Ecografía: sólo útil en el caso de retención de restos placentarios, ya que no existe un patrón específico para endometritis.
- Hemocultivo: se realiza antes del tratamiento en las endometritis poscesárea.

Diagnóstico Diferencial

- Fiebre de otra etiología
 - mamaria
 - respiratoria
 - urinaria
 - herida operatoria
- Otras causas de loquios alterados
 - infección previa del tracto genital inferior
 - oblitio vaginal
 - hematomas infectados de episiorrafia
 - falta de higiene

Tratamiento

- Uterorretractores (sólo avalados por la práctica clínica).
- Hidratación.
- Antibióticos

Esquemas Antibióticos

Endometritis Poscesárea

El tratamiento antibiótico se efectuará siempre por vía intravenosa.

- Primera elección: clindamicina (600 a 900 mg cada 8 h) + gentamicina IV (5 mg/kg/día en una dosis diaria)
 - Mantener hasta 48 h de desaparecida la fiebre (Cochrane Library, 4, 2004).
 - Si luego de 72 h no se obtiene mejoría (desaparición de la fiebre y cambio de las características de los loquios), se replanteará el diagnóstico (propagación de la infección: absceso pelviano o peritonitis, trombosis de vasos ováricos). Realizar laparotomía.
 - Se evaluará posibilidad de otro germen según resultados de hemocultivo o del cultivo de material endometrial, con eventual cambio en los antibióticos. Otros esquemas antibióticos se han asociado con mayor fracaso terapéutico cuando se los comparó con clindamicina + aminoglucósidos (riesgo relativo = 1.57; intervalo de confianza del 95%: 1.28 a 1.92).
- Segunda elección (antibioticoterapia en infecciones propagadas o ante germen no sensible al esquema inicial):
 - Recomendación de la OMS: ampicilina (2 g cada 6 h) + gentamicina (5 mg/kg/día) + metronidazol IV (1 g cada 12 h)
 - Vancomicina (5 mg/kg/día) + gentamicina + clindamicina (600 a 900 mg cada 8 h)
- Mantener el tratamiento hasta 48 h después de desaparecida la fiebre.

Endometritis Posparto

- Esquemas intravenosos:
 - ceftriaxona (2 g diarios) + clindamicina (600-900 mg cada 8 h)
 - ceftriaxona (2 g diarios) + metronidazol (500 mg cada 8 h ó 1 g cada 12 h)
- El tratamiento se suspende luego de 48 h de desaparecidos la fiebre y el dolor uterino, y con leucocitosis en descenso. El mantenimiento de la terapia luego del tratamiento de ataque no ha resultado ser beneficioso.

Endometritis Puerperal

Revisión: 0 – Año 2012

Dr. A. Livingston

Página 4 de 4

- Esquemas por vía oral:
 - cefalexina (2 g/día) + metronidazol (1.5 g/día)
 - aminopenicilinas con inhibidores de beta lactamasas (2 g/día)
 - en caso de alergia comprobada a los derivados de la penicilina.
 - clindamicina vía oral (600 mg cada 8 h) + gentamicina IV (5 mg/kg/día)
 - azitromicina vía oral (500 mg diarios) + gentamicina IV (5 mg/kg/día)
- Si el tratamiento es efectivo, se mantendrá hasta 48 h de desaparecidos la fiebre el dolor uterino y con la leucocitosis en descenso.
- Si a las 72 h no hay evidencia de mejoría clínica se deberá replantear el diagnóstico e iniciar tratamiento parenteral con igual esquema que las endometritis poscesáreas.

Bibliografía

1. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2000;182(5):1147-1151.
2. French LM, Smaill FM. Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto. (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
3. Puerperal Infection after Cesarean Delivery: Evaluation of a Standardized Protocol. American Journal of Obstetrics and Gynecology 182:1147-1151 Ref.: 25 2000.
4. Rodríguez Mesa H J., Casale O., D'Angelo A R., Fernández D. Puerperio normal y patológico. Programa de Actualización en Ginecología y Obstetricia. 4to Ciclo, 3º Módulo. SOGIBA: Buenos Aires. Editorial Panamericana. 2000.
5. Schwarcz R., y col. Obstetricia. 5º Edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo. 2001.
6. Williams KL, Pastorek JG. Endometritis puerperal. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology 1995;3:210-6.