

COMPLICACIONES SÉPTICAS ABDOMINO-PELVIANAS EN EL PUERPERIO

1. Fiebre en el puerperio

Las complicaciones infecciosas abdomino-pelvianas, se presentan con una frecuencia de 2 a 5 cada 100 nacimientos, y en su mayoría se trata de cuadros leves que resultan de la invasión del aparato reproductor por gérmenes que habitan en condiciones normales en tracto genital inferior, o por patógenos que lo colonizan luego del parto o cesárea. Como primer paso deberá evaluarse si la condición de la paciente reviste una gravedad que justifique su ingreso a la unidad de cuidados intensivos. Para este fin, considerar la presencia de:

a. hipertermia

La presencia aislada de hipertermia menor de 38°C, medida en la cavidad oral, dentro de las primeras 24 horas del puerperio, no necesariamente se asocia con infecciones, y la actitud se limitará al control clínico-obstétrico, sin indicación reglada de antipiréticos. Se considera que la fiebre adquiere relevancia como indicador de un probable foco infeccioso:

- ✓ Si es de 38°C o más
- ✓ Si se registra en dos o más oportunidades, medida como mínimo 4 veces por día
- ✓ Si se inicia entre el segundo y décimo día del puerperio

b. leucocitosis

Durante las primeras 24-48 horas posteriores al parto o cesárea es habitual observar una leucocitosis de 14.000 - 20.000/mm³

c. sin síntomas abdomino-pelvianos

En ausencia de signos y síntomas abdomino-pelvianos, la primera condición es descartar fiebre que pudiera responder a otras causas. Las más frecuentes son:

- ✓ mastitis
- ✓ infección urinaria

- ✓ flebitis superficiales por catéteres
- ✓ tromboflebitis en miembros inferiores o pelvianas
- ✓ infecciones respiratorias, en ocasiones por aspiración de contenido gástrico (síndrome de Mendelson)

Sin embargo la ausencia de síntomas abdomino-pelvianos no descarta una complicación séptica infradiafragmática, resultando la infección del útero la causa más frecuente de fiebre puerperal. Los factores que deben hacer sospechar su existencia y que favorecen su aparición son:

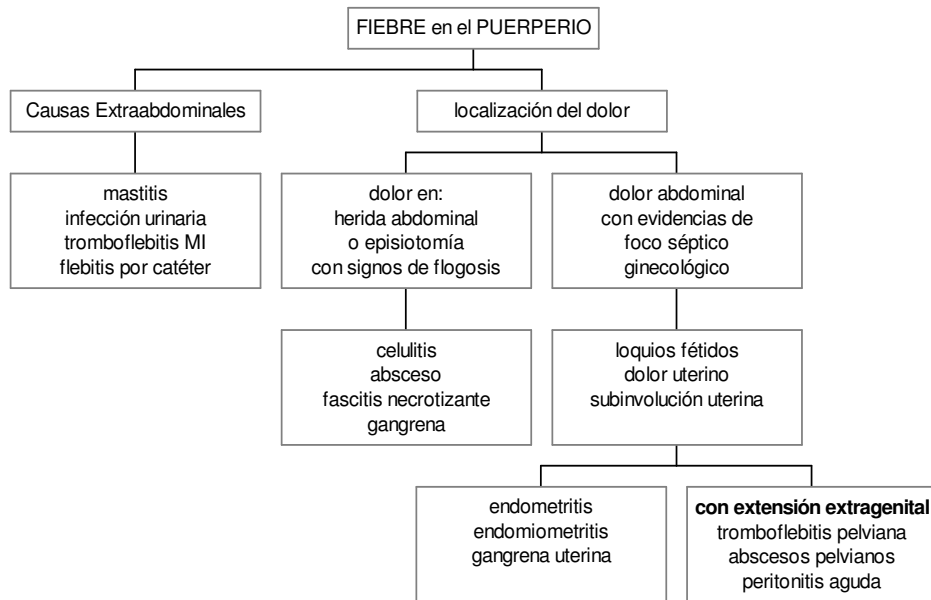
- Operación cesárea
- Trabajo de parto prolongado
- Ruptura de membranas de varias horas de evolución (corioamnionitis previa)
- exámenes vaginales repetidos
- Infecciones vaginales previas al parto o cesárea
- Monitoreo fetal interno

La prevalencia de la enfermedad luego de un parto vaginal no complicado es 3-4%, cifras relativamente bajas cuando se comparan con las observadas en pacientes sometidas a una operación cesárea. No obstante cuando al parto vaginal se asocia alguno de los factores arriba mencionados la incidencia de infecciones se eleva al 6%

d. con síntomas abdomino-pelvianos

Una primera aproximación podrá obtenerse tomando como base la presencia de dolor, y su localización: abdominal, pelviana, dorsal o perineal. Se evaluará su asociación con

- ✓ vómitos
- ✓ íleo
- ✓ diarreas
- ✓ signos de irritación peritoneal



2. Examen de la herida quirúrgica abdominal o perineal

Se examinará la herida abdominal en casos de operación cesárea, o la episiotomía si el parto fue vaginal. Este examen se hace extensivo a la región perianal en casos de desgarros del canal del parto. Dado el carácter rápidamente invasor de algunas infecciones, la inspección de la herida se efectuará varias veces en el día.

a. Celulitis provocada por gérmenes aeróbicos

En el puerperio, la infección de la herida quirúrgica luego de una operación cesárea es una causa frecuente de fiebre y dolor localizado, presente en el 5-15% de las pacientes. Habitualmente se trata de gérmenes que forman parte de la flora habitual en piel: estafilococos, estreptococos, etc, o bien resultan de la contaminación de la herida por enterobacterias. Requiere el drenaje de la herida, liberando algunos o todos los puntos de sutura, la toilette frecuente, y la indicación de antibióticos. En las heridas abdominales infectadas existe riesgo de evisceración. La infección de la episiotomía o del desgarro vulvar o perineal, implica el riesgo de diseminación de la infección hacia planos mas profundos

b. Celulitis provocada por gérmenes anaeróbicos

Se caracterizan por causar necrosis tisular y gas. Por lo general estos procesos se desarrollan en tejidos desvitalizados o isquémicos. En ocasiones, el bloqueo anestésico regional favorece el desarrollo ulterior de infecciones profundas.

1. Gangrena no clostrídicas

Comprende la mayoría de las infecciones producidas por gérmenes anaeróbicos, habitualmente por flora mixta (gérmenes no esporulados). Las enterobacterias son gérmenes anaeróbicos facultativos, y al igual que los cocos

y bacilos anaeróbicos no esporulados, en forma aislada o asociados entre ellos no suelen causar lesión necrótica. Pero cuando estos últimos se asocian con enterobacterias, potencian su efecto patógeno (sinergia bacteriana) y causan necrosis tisular (raramente muscular) con producción de gas. El compromiso inicial no es tan severo como en la gangrena gaseosa y el dolor local es un síntoma tardío.

2. Fascitis necrotizante

La fascitis necrotizante se expresa por la necrosis de las fascias superficiales, a menudo con extensión a las fascias profundas, e indemnidad del músculo adyacente. Inicialmente la piel no evidencia cambios significativos o se encuentra eritematosa, pero en el transcurso de las horas el compromiso del estado general y la fiebre elevada coexisten con cambios locales manifiestos: dolor intenso, luego anestesia por compromiso de los nervios superficiales, y trombosis de los vasos subcutáneos que determina la aparición de cambios en la piel: cianosis, ampollas y necrosis. Se recurre al amplio debridamiento quirúrgico, que en todos los casos se efectúa en forma precoz. Los antibióticos complementan el tratamiento de la infección.

Si la fascitis necrotizante involucra a zonas más profundas, como la fascia muscular interna o las fascias de los músculos pelvianos, el tratamiento quirúrgico deberá extenderse a todas las áreas afectadas, y ser tan amplio como resulte necesario. La existencia de gas en el músculo, alerta sobre la presencia de alguna especie de clostridium.

3. Gangrena gaseosa o clostrídica

El dolor es el primer síntoma y resulta intenso. El compromiso del estado general es manifiesto, con compromiso multiorgánico: deterioro del estado de conciencia, oliguria,

hipotensión, taquipnea, ictericia. Los signos de celulitis progresan rápidamente en el transcurso de horas con edema tenso y palidez, pudiendo observarse flictenas, y con presencia de gas que se identifica por crepitación a la palpación, o en

una radiografía de partes blandas cuando su localización es más profunda.

3. Endomiometritis puerperal

En el periodo puerperal, la infección endometrial se ve favorecida por la dilatación del cuello, la herida intracavitaria, los coágulos intrauterinos, y la probable existencia de suturas en casos de operación cesárea, restos ovulares y desgarros cervicales; a lo que deberá sumarse las maniobras instrumentales. Todo ello favorece la contaminación y eventual infección endometrial. El compromiso puede variar desde una infección superficial leve (en la mayor parte de los casos), hasta una severa endomiometritis, en ambas situaciones, asociadas o no a un cuadro séptico generalizado (sepsis con puerta de entrada endometrial).

Los síntomas generales suelen aparecer en forma brusca entre el 3° y 5° día del puerperio. Los signos predominantes son:

- Fiebre mayor de 38°C
- Taquicardia
- Leucocitosis con neutrofilia
- Dolor en el abdomen inferior
- Loquios hemopurulentos fétidos o purulentos

En ocasiones, los loquios podrán acumularse en el interior de la cavidad uterina, (loquiómetra) por

obstrucción del orificio cervical debido a la anterversión exagerada del cuerpo uterino.

La ausencia de tumefacción y dolor en el fondo de saco de Douglas, y la base de los ligamentos anchos (fondo de sacos laterales de la vagina) descarta el compromiso de estructuras periuterinas. El útero se encuentra aumentado de tamaño, indoloro a la movilización si no existe afectación miometrial, con el cuello entreabierto y exudando material hemopurulento maloliente. En presencia de dolor durante el examen deberá considerarse el compromiso miometrial, parametrial, anexial o peritoneal.

La existencia de un absceso en el miometrio, deberá sospecharse en presencia de un útero subinvolucionado, doloroso a la movilización, que no responde al tratamiento antibiótico instituido. En su evolución podrá reabsorberse o drenarse espontáneamente a la cavidad uterina o peritoneal (peritonitis secundaria). En casos de endometritis puerperal, descartar la existencia de restos ovulares. El raspado de la cavidad se realiza con adecuada contracción uterina

4. Gangrena uterina

Los agentes etiológicos son diferentes especies de clostridium que en condiciones normales, habitan el tracto gastrointestinal y la vagina. El compromiso tóxico del estado general es severo,

- ✓ deterioro del estado de conciencia
- ✓ taquicardia
- ✓ hipotensión arterial
- ✓ taquipnea
- ✓ diarreas
- ✓ vómitos
- ✓ mialgias
- ✓ oliguria

Los factores que favorecen la aparición de una gangrena uterina son:

- Retención de restos ovulares
- Existencia de tejidos desvitalizados

El útero está aumentado de tamaño y doloroso. Deberá visualizarse el cuello uterino en búsqueda de necrosis. La presencia de gas en las paredes uterinas y/o en la cavidad uterina (fisómetra) certifica la presencia de gérmenes anaeróbicos.

La presencia de gas en las paredes uterinas puesto en evidencia por una radiografía de pelvis, o con la ecografía, sugiere la existencia de una gangrena gaseosa

Síndrome de Mondor

Si bien fue descrito en casos de aborto séptico, puede presentarse en el puerperio. Corresponde a una endomiometritis gangrenosa producida por bacilos anaeróbicos esporulados (clostridium) con severa disfunción multiorgánica: inestabilidad hemodinámica, anemia hemolítica, insuficiencia renal aguda, hepatopatía reaccional inespecífica, y en ocasiones coagulación intravascular diseminada. Conlleva una elevada tasa de mortalidad.

La denominación de síndrome tricolor, se refiere al tono particular que adquiere la piel, el suero y la orina de estas enfermas.

La intervención quirúrgica precoz es esencial para revertir el grave cuadro. En todos los casos se procederá a la histerectomía.

5. Propagación de la infección a otras estructuras pelvianas

La endometritis puerperal es la puerta de entrada para la propagación de la infección hacia estructuras extrauterinas, agrava el cuadro clínico y compromete el pronóstico de la puerpera.

Parametritis o celulitis infecciosa del ligamento ancho

Los síntomas suelen manifestarse entre la segunda y tercera semana del puerperio, con fiebre, dolor pelviano unilateral, irradiado a la ingle o a la región dorsolumbar. Se inicia como una celulitis o flemón que puede comprometer a todo el ligamento ancho y extenderse al peritoneo. Cuando su origen reside en un desgarro vaginal, laceración cervical o extensión de una endometritis, podrá formarse un absceso en la base del ligamento. El fondo de saco lateral se encuentra distendido, doloroso a la movilización, empastado, y con desplazamiento contralateral del cuello uterino. Si la extensión del proceso infeccioso se realiza hacia el espacio vesicouterino o el pararectal, podrá manifestarse por disuria o tenesmo rectal. En esta última situación el tacto rectal facilita su identificación. Existe la posibilidad que drene en la vagina o el recto, en ocasiones con severas hemorragias. El diagnóstico se establece por medio del tacto vaginal, y se confirma con la ecografía pelviana o la tomografía computarizada. En ocasiones el flemón o absceso tiene una localización alta con tendencia a progresar hacia la fosa ilíaca o hacia la pared anterior del abdomen, inmediatamente por encima de la arcada crural. Existe cierta defensa en la región abdomino pelviana, resultando dificultosa la palpación tanto por vía vaginal, como abdominal. En otros casos, se propaga hacia el retroperitoneo. En las dos terceras partes de los casos estas colecciones son unilaterales; y el diagnóstico diferencial deberá establecerse con los tumores inflamatorios anexiales. Toda colección debe ser drenada. Los antibióticos complementan el tratamiento.

Salpingitis y salpingooforitis

Los síntomas parecen tardíamente entre el 8° y 10° día del puerperio, con fiebre, taquicardia y dolor en fosa ilíaca, a la palpación denota la existencia de una plastra inflamatoria o tumor anexial, con mayor frecuencia unilateral, con reacción peritoneal. La infección suele controlarse con el tratamiento antibiótico iniciado precozmente

6. Tromboflebitis pelviana

La existencia de una tromboflebitis de las venas pelvianas (hipogástricas, ováricas, tubáricas, uterinas) se ve favorecida por el estado de hipercoagulabilidad existente en el embarazo y el puerperio, la estasis venosa por el reposo en cama, la injuria vascular durante el parto o la cesárea, y la existencia de infecciones en órganos adyacentes, habitualmente parametritis y/o

Abscesos pelvianos

Con una incidencia de 4%, son más frecuentes de observar luego de una histerectomía. Se manifiestan entre el quinto y el séptimo día de postoperatorio, con fiebre, dolor, que se exacerba con la defecación cuando su localización asienta en la cúpula vaginal (habitualmente hematomas infectados). A la palpación se aprecia una masa pelviana dolorosa. Requieren drenaje quirúrgico precoz y tratamiento antibiótico. La persistencia del cuadro séptico, una vez iniciado el tratamiento antibiótico sugiere la existencia de un absceso no drenado o de una tromboflebitis pelviana

Pelvipерitonitis aguda

La infección queda circunscripta a los tejidos que rodean el útero y sus anexos, pudiendo extenderse hasta el hipogastrio y las fosas ilíacas. Una reacción plástica del intestino delgado y el epiploon limita la progresión del proceso. Se inicia entre los días 10° y 12° del puerperio, con fiebre, taquicardia, vómitos, íleo, intenso dolor en el hipogastrio y fosas ilíacas, con defensa muscular, contractura de la misma y reacción peritoneal a la descompresión. Con el fin de establecer el origen de la infección, deberá considerarse que, una pelvipерitonitis aguda purulenta puerperal podrá resultar secundaria a una apendicitis, una anexitis o una sigmoiditis.

Peritonitis generalizada

Podrán transcurrir varios días de evolución con un foco séptico pelviano antes que la peritonitis manifieste síntomas: fiebre con temperatura diferencial, taquicardia, taquipnea, hipotensión, desasosiego, vómitos, íleo, dolor abdominal y defensa o contractura. La paracentesis mediante aspiración con aguja certifica la presencia de pus en la cavidad. En todos los casos el tratamiento es la laparotomía de urgencia con resolución de la causa que la origina, lavado y drenajes de la cavidad; complementado con antibióticos. El diagnóstico diferencial deberá establecerse con hemoperitoneo, perforación de úlcera gástrica o duodenal, u otros procesos sépticos intrabdominales que le pudieran dar origen: apendicitis, colecistitis, pancreatitis, etc.

Tromboflebitis pelviana

Ver a continuación.

endometritis puerperal. Su incidencia es 0,05-0,2% y resulta 10 veces más frecuente luego de la cesárea que en el parto.

La trombosis de las venas ováricas, más frecuente del lado derecho, puede extenderse a otras venas de mayor calibre. En algunas circunstancias la trombosis compromete venas profundas de los miembros inferiores.

Los síntomas aparecen 2 ó 3 días después del nacimiento y son: fiebre continua, escalofríos y taquicardia persistente, mas allá de lo que cabría esperar por la hiperpirexia (disociación esfigmo-térmica). Se asocia con dolor abdomino-pelviano localizado del lado comprometido.

El diagnóstico podrá confirmarse por medio de la ecografía doppler, tomografía computarizada con contraste intravenoso ("gold standard") o resonancia nuclear magnética.

La complicación más grave es la embolia séptica afectando pulmón, pleura, endocardio, articulaciones y piel, entre otros. En el 5-30% de los casos se asocia con tromboembolismo pulmonar séptico (absceso pulmonar, fístula bronquiopleural, empiema), en estas circunstancias deberá descartarse la existencia de una endocarditis bacteriana derecha como lesión asociada.

El tratamiento incluye:

1. antibióticos durante 10-14 días
2. anticoagulación con heparina durante 7-10 días, no se aconseja continuar con anticoagulación por vía oral, salvo en casos de tromboembolismo pulmonar.
3. reposo en cama hasta la 4ta semana (riesgo de embolias con la movilización precoz)

Si luego de un periodo de 24-48 horas no se aprecia mejoría de cuadro clínico y ante la persistencia del foco séptico con el tratamiento mencionado, o la existencia de tromboembolismo, se evaluará la necesidad de: interrupción de la vena cava a nivel infrarrenal, ligadura proximal del vaso afectado o su exéresis. El tratamiento antibiótico sin anticoagulación, no resuelve este cuadro clínico

7. Diagnósticos diferenciales en presencia de abdomen agudo puerperal

Causas extraginecológicas:

- ✓ Patología aguda del colon ceco-ascendente

- Apendicitis aguda

Es una de las complicaciones abdominales más frecuentes de observar en el puerperio. El dolor abdominal es el síntoma predominante; náuseas, vómitos, fiebre y leucocitosis completan el cuadro. Sin embargo la presencia de los dos últimos no es constante, y solo en la mitad de los casos se hallan presentes. El signo de Mac Burney, la defensa muscular a la palpación, y el dolor a la descompresión podrán estar ausentes.

- Megacolon tóxico (síndrome de Ogilvie)

Entre los factores predisponentes se menciona el puerperio. Se manifiesta por un cuadro de íleo con distensión abdominal, por lo general al final de la primer semana, asociado con dolor y vómitos. La coexistencia de fiebre y dolor a la descompresión abdominal deben alertar sobre la probabilidad de isquemia o perforación colónica. El diagnóstico se confirma mediante una radiografía directa de abdomen, donde se aprecia la dilatación del colon derecho y/o transversal, que en ningún caso se extiende más allá del ángulo esplénico. Se deberá prestar particular atención al diámetro colónico, dado que con 12 centímetros y más, el riesgo de necrosis parietal y perforación colónica es inminente. La persistencia del cuadro por más de 6 días, también aumenta la posibilidad de complicación.

Descartado el factor obstructivo, el tratamiento se basa en: ayuno, colocación de sonda nasogástrica de drenaje, hidratación parenteral, y neostigmina. La droga se administra por infusión endovenosa, en dosis de 2 mg, durante 5 minutos. En aquellos

pacientes con respuesta parcial y recurrencia, podrá administrarse una segunda dosis. La ausencia de respuesta a la neostigmina, justifica la realización de una fibrocolonoscopia descompresiva. La descompresión quirúrgica mediante cecostomía es el último recurso cuando no se logró su resolución con otras medidas. En casos de isquemia o perforación de realizará una colectomía segmentaria.

- ✓ Colecistitis aguda litiasica o alitiásica

Aún en ausencia de dolor abdominal, deberá considerarse este diagnóstico en presencia de fiebre y alteraciones mínimas en el hepatograma. En tales casos el método de elección es la ecografía, por medio de la cual podrá apreciarse las características de la vesícula: tamaño, grosor de sus paredes, contenido, presencia de líquido perivesicular; como así también el calibre de la vía biliar extra-hepática (valor normal hasta 7 mm). En algunos casos, el drenaje percutáneo de una vesícula dilatada, constituye una medida inicial adecuada, asociada con tratamiento antimicrobiano. Este incluirá antibióticos que, actúen sobre los gérmenes Gram negativos, y además consideren la presencia del enterococo y los gérmenes anaeróbicos.

- ✓ Pielonefritis aguda

La cateterización vesical durante el parto o la cesárea favorece la colonización del tracto urinario inferior, que luego podrá derivar en una pielonefritis aguda. En las primeras horas luego de sondar la vejiga, predominan los gérmenes Gram positivos: estafilococos epidermidis y aureus; luego de algunas horas, existe un neto predominio de enterobacterias: Escherichia coli, especies de Klebsiellas y enterococos. La existencia de gérmenes multirresistentes del tipo de las

Pseudomonas, Proteus y Serratias son habituales en pacientes que recibieron antibióticos de amplio espectro durante cierto tiempo. Los síntomas incluyen fiebre, leucocitosis, escalofríos y dolor lumbar o abdominal. Se comprueba la presencia de sedimento urinario patológico. En el 5-10%

de los casos deriva en sepsis con bacteriemias sintomáticas. En casos graves, el tratamiento empírico inicial incluirá cefalosporinas de tercera generación asociadas con aminoglucósidos. Considerar la posibilidad de infecciones por candida.

8. Microbiología en las infecciones abdomino pelvianas puerperales

Se destaca el origen polimicrobiano de estas infecciones, habitualmente más de dos gérmenes se aíslan en las muestras. Los gérmenes pertenecen a la flora vaginal y/o intestinal, que ven favorecido su ingreso a la cavidad uterina luego del parto o cesárea.

Los gérmenes involucrados son: E.coli, klebsiella, estreptococo β hemolítico grupo A y B, enterococos, gérmenes anaerobios y estafilococos coagulasa positivos.

Aerobios

Estafilococo aureus
Estreptococo Grupo A,B y D
Enterococos
Enterobacterias: E.Coli, Klebsiella, Proteus

Anaerobios

Bacteroides sp
Otros anaerobios bacteroides
Clostridium
Fusobacterium sp

Otros

Mycoplasma hominis
Chlamydia trachomatis

Si bien algunos autores relacionan a micoplasmas y clamidias con los agentes etiológicos de las endometritis puerperales, su papel no resulta aún claramente definido.

Muestras bacteriológicas

La obtención de cultivos de material obtenido de la cavidad uterina tienen relativo valor por resultar contaminados por los gérmenes de la vagina. Aún la obtención de muestras por dispositivos de doble luz, no son concluyentes. En todos los casos se efectuarán hemocultivos para gérmenes aerobios y anaeróbicos, dado que 10-20% de las pacientes con infecciones pélvicas cursan con bacteriemias.

El hisopado de las heridas no resulta un método adecuado para identificar el germen responsable de las infecciones superficiales, deberá recurrirse al cultivo de un trozo de tejido, que se procesará en condiciones aeróbicas y anaeróbicas. Con menos de 10^5 colonias/gramo de tejido se considera contaminación, superado este valor existe infección. Los cultivos de tejido se efectuarán en todos los casos de histerectomía. Toda colección drenada será enviada para estudio bacteriológico de urgencia: tinción directa con Gram, y cultivos.

Se tendrán en cuenta para su estudio el material obtenido de la cavidad peritoneal mediante paracentesis, punciones guiadas de colecciones y por culdocentesis.

9. Esquemas antibióticos en las infecciones abdomino-pelvianas puerperales

En las infecciones pélvicas, se demostró una elevada incidencia de anaerobios penicilino resistentes. Los regímenes clásicos con tres antibióticos (ampicilina / gentamicina / metronidazol o clindamicina), han caído en desuso. La cobertura empírica inicial anti-pseudomonas con piperacilina-tazobactam, imipenem o meropenem, por lo general no es necesario.

Si con el tratamiento antibiótico empírico inicial, que no incluyó derivados de la ampicilina,

no se aprecia una respuesta satisfactoria, deberá considerarse la presencia de enterococos. En tales casos se asociará ampicilina/sulbactam o piperacilina.

Se evitará las quinolonas en el periodo de lactancia.

1. En presencia de infecciones abdomino-pelvianas graves podrá optarse por alguno de los siguientes esquemas:

Tratamiento Antibiótico Empírico Inicial
Clindamicina 600-900 mg tres veces por día + gentamicina o ampicacina por vía IV*
Clindamicina 600-900 mg tres veces por día + ceftriaxone 2 gr IV dos veces por /día
Metronidazol 30 mg/k/día + ceftriaxone 2 gr dos veces por día

Las dosis de aminoglucósidos son: dosis inicial de gentamicina 2 mg/kg peso, seguido de 1,5 mg/kg

peso cada 8 horas, con función renal normal. Amicacina: 500 mg IV cada 12 horas.

2. En casos de endometritis puerperal:

Tratamiento Antibiótico Empírico Inicial
Clindamicina 600-900 mg IV tres veces por día + gentamicina IV*

Este esquema resultó superior a penicilina-gentamicina, en un estudio prospectivo.

3. En las infecciones superficiales de las heridas podrá indicarse ampicilina o amoxicilina más sulbactam o clavulanato, o bien una cefalosporina de primera generación, ejemplo cefalotina. La presencia de anaerobios requiere cobertura con penicilina, clindamicina o metronidazol.

En presencia de clamidias (no responden bien a los β lactámicos) se requiere tratamiento con eritromicina o doxiciclina.. En estos casos las infecciones se inicia entre los 2 días a 6 semanas posteriores al parto (endometritis puerperal tardía).

10. Indicación de legrado de la cavidad uterina, histerectomía y laparotomía

El legrado de la cavidad está indicado en caso de

- restos ovulares
- endometritis puerperal

La histerectomía queda reservada para casos de

- gangrena uterina
- endometritis o abscesos miometriales que no se resuelven con tratamiento antibiótico instituido

- tétanos con puerta de entrada endometrial

La laparotomía se efectuará en presencia de

- abdomen agudo de origen séptico con signos de compromiso peritoneal
- abscesos abdominopelvianos no drenables por vía percutánea o vaginal
- material purulento en las punciones abdominales

Bibliografía

- Anteby E, Yagel S, Hanoch J, Shapiro M, Moses A. Puerperal and intrapartum group A streptococcal infection. Inf Dis Obstet Gynecol 1999;7:276-282
- Chaim W, Bashiri A, Dar-David J, Dhoham-Vardi H, Mazor M. Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection. Inf Dis Obstet Gynecol 2000;8:77-82
- Cunningham F, MacDonald P, Gant N. Cap 28, Infección puerperal, en "Obstetricia". Ed. Masson, Barcelona, 1996
- Eason E, Aldis A, Seymour R. Pelvic fluid collections by sonography and febrile morbidity after abdominal hysterectomy. Obstet Gynecol 1997;90(1):58-62
- Hemsell D. Infection after hysterectomy. Inf Dis Obstet Gynecol 1997;5:52-56
- Mabie W, Barton J, Sibai B. Septic shock in pregnancy. Obstet Gynecol 1997;90(4):553-561
- Mandell G, Gordon Douglas R, Bennett J. Enfermedades Infecciosas. 3ra edición. Cap 96, Infecciones de la pelvis femenina. Ed Panamericana. Buenos Aires, 1991.
- Sanford J: Guide to antimicrobial therapy. Antimicrobial Therapy Inc. 35th edition. Hyde Park, 2005.