

# HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA

## SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

### PROTOCOLO DE ENDOMETRITIS POSTPARTO

Cuadro infeccioso bacteriano que aparece en los 10 primeros días posparto (lo más frecuente es entre el 3er y 4º día posparto) consecuencia de la infección posparto del tejido endometrial dicidualizado(1,2). La infección también puede extenderse hacia el miometrio (llamado endometriometritis) o involucrar al parametrio (llamado endoparametritis)(2,3).

- La endometritis posparto es una causa frecuente de morbilidad febril posparto(2,3).
- La morbilidad febril posparto es una temperatura oral de  $\geq 38.0$  ° C en los 2 a 10 días tras el parto, sin incluir las primeras 24 horas(2,3).
- Las primeras 24 horas se excluyen porque la fiebre de bajo grado durante este período es común y, a menudo, se resuelve espontáneamente, especialmente después del parto vaginal(3).

#### Patología.

- Es una infección polimicrobiana, que involucra una mezcla de dos a tres aerobios y anaerobios del tracto genital(2,3), aerobios: Escherichia coli, Streptococcus, Enterococcus faecalis, Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum; anaerobios: Prevotella, Bacteroides frágilis, Peptostreptococcus(1,2)
- La endometritis de aparición precoz (primeras 24 horas posparto) suele ser monomicrobiana y los agentes causales más frecuentes son Staphylococcus aureus, Streptococcus beta hemolítico del grupo A (Streptococcus pyogenes) y del grupo B (Streptococcus agalactiae), y Clostridium(1,2).
- La endometritis tardía 2 o más semanas después del parto el agente causal más probable es la chlamydia trachomatis(2,3)
- Las causas raras, pero potencialmente letales de la endometritis incluyen clostridium sordellii, clostridium perfringens, y síndrome de shock tóxico estreptocócico o estafilocócico(3)

#### Diagnóstico.

- El diagnóstico es fundamentalmente clínico: fiebre puerperal de origen desconocido que no puede ser atribuida a otra causa, después de una correcta anamnesis y examen físico(2,3)
- Fiebre posparto, taquicardia, dolor abdominal hipogástrico y la sensibilidad uterina, útero subinvolucionado, metrorragia persistente, loquios purulentos de mal olor(2,3).
- Pueden presentarse escalofríos, cefalea, el malestar general y la anorexia(3).
- Leucocitosis con neutrofilia y desviación a la izquierda(3)
- Los síntomas de inicio más precoz y con fiebre alta suelen ser debidas a Streptococcus del grupo A(2,3).
- No hay hallazgos ecográficos característicos asociados con la endometritis posparto(3)

#### Síndrome de Choque Tóxico.

- Clostridium, Streptococcus y Staphylococcus pueden producir una endometritis con choque tóxico y otras complicaciones graves, como la miometritis necrotizante y la fascitis necrotizante(2,3)

#### Tratamiento.

Dr. Lino Rojas Pérez  
Coordinador del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

- Gentamicina 5 mg / kg IV una vez al día MÁS Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas(3), o
- Ceftriaxina 1g IV cada 12-24 horas MÁS Metronidazol 500 mg IV cada 12 horas(1)
- Para los pacientes con insuficiencia renal, las alternativas razonables incluyen Ampicilina-Sulbactam 1.5 g IV cada seis horas solo o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas MÁS Cefoxitina 2g IV cada 8 horas(3)
- Si existe una resistencia significativa a la Clindamicina de Bacteroides fragilis, Ampicilina-Sulbactam 1,5 g IV cada seis horas(3)
- En los casos de endometritis de aparición tardía a partir de la segunda semana del postparto y sin respuesta clínica al antibiótico se debe considerar que la bacteria causante de la infección es clamidia y se debe añadir al tratamiento inicial parenteral Azitromicina 1g VO cada semana durante 3 semanas(1)
- Para aquellos pacientes que se sabe que están colonizados con Streptococcus beta hemolítico del grupo A, se recomienda la adición de Ampicilina 2 g IV cada 6 horas a la Gentamicina 5 mg / kg IV una vez al día más Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas o el uso de Ampicilina-Sulbactam 1.5 g IV cada seis horas(3).
- **Duración.** Se continúa el tratamiento intravenoso hasta que el paciente mejora clínicamente sin sensibilidad del útero y afebril durante 24 a 48 horas. No se requiere tratamiento antibiótico oral después de un tratamiento parenteral exitoso, ya que los ensayos aleatorios han demostrado que no mejora el resultado(3).
- El tratamiento oral solo está indicado si ha habido un hemocultivo positivo, y debe utilizarse hasta completar 7 días de antibióticoterapia(2).

#### **Fiebre posparto persistente.**

- Una respuesta al régimen antibiótico inicial debe ser evidente dentro de las 48 a 72 horas. Si el paciente no ha mejorado en este momento o se ha deteriorado, se indica una evaluación adicional(3).
- El 20 por ciento de los fracasos del tratamiento se deben a organismos resistentes, como los enterococos, que son resistentes a las cefalosporinas o clindamicina más gentamicina. En ausencia de información sobre hemocultivos, la adición de ampicilina o penicilina al régimen puede ser un método eficaz. La vancomicina se puede utilizar en pacientes alérgicos a la penicilina(3).
- Alternativamente, se pueden suspender los antibióticos iniciales y se puede iniciar la Ampicilina-Sulbactam 1.5 g IV cada seis horas(3).
- Además se deben considerar otras etiologías de la fiebre. Las fuentes de fiebre persistente incluyen un hematoma infectado, celulitis pélvica o absceso, infección del sitio quirúrgico, tromboflebitis pélvica séptica, trombosis de la vena ovárica y necrosis miometrial(3)

#### **Endometritis recidivante o recurrente.**

- Para los pacientes que presentan otro episodio de endometritis después de haber sido tratados por endometritis en la hospitalización inicial, sugerimos un cambio de antibióticos del régimen inicial y una evaluación adicional(3)

#### **Endometritis posparto de inicio tardío.**

- La mayoría de los casos de endometritis se desarrollan dentro de la primera semana después del parto, pero el 15 por ciento se presenta entre una y seis semanas después del parto. La presentación tardía es más común después del parto vaginal que por cesárea, y puede presentarse como hemorragia posparto tardía(3)
- La mayoría de las mujeres con endometritis posparto tardía tienen síntomas y signos clínicos leves. Probablemente el tratamiento parenteral no sea necesario(3)
- Para la terapia oral, amoxicilina - clavulanato 875 mg por vía oral dos veces al día durante siete días(3).

Dr. Lino Rojas Pérez

Coordinador del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

- En mujeres alérgicas a la penicilina, clindamicina 600 mg por vía oral cada 6 horas durante siete días(3).
- Si existe signos ecográficos compatibles con retención de restos placentarios (endometrio heterogéneo engrosado, evidencia de vascularización en el estudio Doppler o presencia de hormona beta HCG positiva), o presencia de hematometra, coágulos o esfacelos intrauterinos se debe realizar legrado aspirativo o LUI después de un mínimo de 6-12 horas de antibiótico IV(1,2)

### **Referencias.**

1. Ferrero S, López M, Cobo T, Palacio M, Bosch J, Gene A, et al. Protocolo: Fiebre Intraparto, Fiebre Puerperal [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 4]. Available from: [www.medicinafetalbatcelona.org](http://www.medicinafetalbatcelona.org)
2. Vico I, Moreno-Manzanaro A, Gallo JL. Endometritis posparto. In: Cifuentes-Borrero R, Gallo M, editors. Urgencias en Obstetricia y Medicina Maternofetal. Segunda Ed. Bogotá: Distribuna Editorial; 2017. p. 541–7.
3. T Chen K. Postpartum endometritis [Internet]. UpToDate. 2018 [cited 2018 Nov 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/postpartum-endometritis/print?search=endometritis&source=search\\_result&selectedTitle=1~129&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/postpartum-endometritis/print?search=endometritis&source=search_result&selectedTitle=1~129&usage_type=default&display_rank=1)