

INFECCIÓN PUERPERAL DEL PUNTO DE VISTA DE LA ATENCIÓN HUMANIZADA AL PARTO EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA EN GOIÂNIA, ESTADO DE GOIÁS, BRASIL

Elisângela Euripedes Resende Guimarães¹
Tânia Couto Machado Chianca²
Adriana Cristina de Oliveira²

Se trata de un estudio epidemiológico, tipo cohorte, prospectivo y no concurrente, sobre infección puerperal del punto de vista de la atención humanizada a los partos. En este estudio, se objetivó caracterizar las puérperas sometidas al parto humanizado; determinar la incidencia de las infecciones en el puerperio, así como el intervalo de manifestación, y también verificar la asociación entre la infección y los factores de riesgo. Los datos fueron obtenidos de 5178 prontuarios de puérperas que pasaron por la experiencia del parto humanizado. Fue verificada una tasa de incidencia de infección en el puerperio acumulada del 2,92%. Los factores de riesgo asociados a la infección en el puerperio en la modalidad del parto cesareano fueron la duración del trabajo de parto ($p=0,002$) y el número de toques ($p=0,011$). Ninguna variable se comportó como factor de riesgo para infección en el parto normal. Sin embargo, el parto cesarea se comportó como importante factor de riesgo para la infección puerperal ($p=0,000$). Considerando que el modelo actual de atención humanizada al parto ha buscado cambio de paradigma en las prácticas asistenciales, siendo bastante favorable al parto normal, se cree que ese modelo puede estar contribuyendo directamente para la reducción en los índices de infección puerperal. Los resultados refuerzan la necesidad de estimular la realización de partos normales y la disminución de los partos cesáreos.

DESCRIPTORES: infección puerperal; parto; parto humanizado

PUERPERAL INFECTION FROM THE PERSPECTIVE OF HUMANIZED DELIVERY CARE AT A PUBLIC MATERNITY HOSPITAL

This is an epidemiological, prospective and non-concurrent study of the cohort type about puerperal infection from the perspective of humanized delivery care, based on information from 5,178 records of patients who went through the experience of humanized delivery. The study aimed at describing the women who underwent humanized delivery, determining the incidence and time for manifestation of puerperal infections and investigating the association between the infection and the risk factors. An accumulated puerperal infection rate of 2.92% was found. The risk factors associated to puerperal infection in Cesarean delivery were the duration of labor and the number of digital examinations. No variable behaved as a risk factor for infection in normal delivery. Cesarean delivery was an important risk factor for puerperal infection. The results reinforce the need to develop alternative forms of delivery care that provides effective conditions for normal delivery, in order to reduce the number of Cesarean sections.

DESCRIPTORS: puerperal infection; parturition; humanizing delivery

INFEÇÃO PUERPERAL SOB A ÓTICA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO EM MATERNIDADE PÚBLICA

Trata-se de estudo epidemiológico, tipo coorte, prospectivo e não concorrente, sobre infecção puerperal sob a ótica da assistência humanizada ao parto. Objetivou-se caracterizar as puérperas submetidas ao parto humanizado; determinar a incidência das infecções puerperais, bem como o intervalo de manifestação, além de verificar a associação entre a infecção e os fatores de risco. Os dados foram obtidos de 5.178 prontuários de puérperas que passaram pela experiência do parto humanizado. Verificou-se taxa de incidência de infecção puerperal acumulada de 2,92%. Os fatores de risco associados à infecção puerperal na modalidade de parto cesáreo foram a duração do trabalho de parto ($p = 0,002$) e o número de toques ($p = 0,011$). Nenhuma variável se comportou como fator de risco para infecção na modalidade parto normal; porém, o parto cesariano comportou-se como importante fator de risco para a infecção puerperal ($p = 0,000$). Considerando que o modelo atual de assistência humanizada ao parto tem buscado mudança de paradigma nas práticas assistenciais, sendo bastante favorável ao parto normal, acredita-se que esse modelo possa estar contribuindo diretamente para a redução nos índices de infecção puerperal. Reforça-se aqui a necessidade de estimular a realização de partos normais e a diminuição de cesarianas.

DESCRIPTORES: infecção puerperal; parto; parto humanizado

¹ Enfermera, Maestra en Enfermería, Docente del Departamento de Enfermería de la Universidad Católica de Goiás, Brasil, e-mail: elisangelaenf2@uol.com.br;

² Enfermera, Doctor en Enfermería, Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil

INTRODUCCIÓN

Se tiene conocimiento que el tipo de parto, la sub-notificación de casos por infección post-parto debido a la falta de seguimiento posterior al alta, el alta precoz de las púerperas y el retorno de la paciente en otra institución diferente al local del parto, son factores que están relacionados con la incidencia de infecciones durante el puerperio, sumándose a ello los factores ambientales, individuales y materiales⁽¹⁾, situación preocupante considerando que, como enfermeras tenemos el compromiso de prevenir y controlar las infecciones hospitalarias.

Actualmente, la humanización del parto y su influencia en las infecciones puerperales han sido valoradas, a pesar de ello, observase que en varias instituciones obstétricas no se estuvo trabajando con esta filosofía, ni con las rutinas y conductas recomendadas por el Ministerio de Salud a favor de la humanización, debido a que no fueron sistemáticamente tomadas en consideración. En estos servicios, el parto se da en un ambiente totalmente extraño y enigmático, en el cual la mujer está aislada de su familia, involucrándose durante este proceso de asistencia una cantidad de intervenciones, las cuales pueden influir en el aumento de infecciones.

La propuesta de humanización no es simplemente, disminuir el número de cesáreas, sino brindar una asistencia humanizadas al nacimiento y al parto, rescatando la posición central de la mujer durante el proceso de nacimiento, respetando su dignidad y autonomía, además de romper con intervenciones innecesarias durante el parto. Durante los últimos años, el Ministerio de Salud, con el objetivo de modificar el modelo de asistencia al parto en la etapa de intervención, ha implementado medidas y recomendaciones fundamentadas en la humanización de la asistencia⁽²⁾.

Humanización en la asistencia, es aquella que reconoce los derechos fundamentales de las madres y bebés. Lo que incluye el derecho de escoger el local del parto, a las personas y a los profesionales involucrados, escoger la forma de asistencia durante el parto, el considerar el derecho al parto como una experiencia sumamente personal, sexual y familiar, disminuyendo las intervenciones durante su proceso natural⁽³⁾.

Al mismo tiempo, el hospital es el local en el cual se concentran los equipos tecnológicos más sofisticados, los que son considerados necesarios para

la ejecución del parto. En este proceso, la mujer es el objeto del mismo, pues cabe a ella someterse a los procedimientos establecidos por el equipo que la asiste. El parto en el hospital se ha caracterizado como un evento quirúrgico, dejando casi siempre de ser privado, íntimo y femenino, pasando a ser vivido de forma pública y con la presencia de otros actores sociales⁽²⁾.

Por otro lado, la práctica en el control de infecciones hospitalarias ha sido reconocida por los profesionales y usuarios del sistema de salud como un parámetro esencial de calidad durante el cuidado. Existe la necesidad de buscar calidad en la asistencia y ofrecer a la población un servicio con menor riesgo y mayor eficacia⁽⁴⁾.

La infección en hospitales, es considerada como aquella que es adquirida posterior a la admisión del paciente y se manifiesta durante la hospitalización, o posterior al alta cuanto se relaciona con la hospitalización o con procedimientos hospitalarios⁽⁵⁾.

El conocimiento adquirido en relación a las infección hospitalaria, fue gracias a Semmelweis, gineco-obstetra quien sospecho que la infección puerperal, podría ser transferida para las mujeres a través de las manos de médicos y estudiantes⁽⁶⁾.

En la actualidad, la infección puerperal presenta índices que oscilan entre 3% y 20% con valores medios de 9%. En el Brasil, estos índices varían alrededor de 1% a 7,2%⁽⁷⁾. Es de resaltar que estos índices de infección pueden estar sub-estimados considerando el alto índice de cesáreas como un importante factor de riesgo, fallas en el sistema de vigilancia, así como en la falta de conciencia y compromiso de las personas para mejorar esta situación.

El *Center for Disease Control* (CDC) define a la infección puerperal, como cualquier aislamiento de microorganismo en el endometrio, elevada temperatura de 38 °C durante el periodo posterior al parto inmediato, presencia de taquicardia consistente y súbita, drenaje uterino purulento y dolor abdominal acompañado de hipersensibilidad de útero.

En el Brasil, hoy en día las intervenciones en el parto se dan en los servicios de hospitales, verificándose un menor número de opciones por el parto normal y un uso abusivo de cesáreas. Es de destacar que el Brasil es considerado uno de los países que ha presentado uno de los mayores índices de cesáreas en el mundo, lo que contribuye al aumento de la mortalidad materna, sobre todo por infecciones⁽²⁾.

La asistencia del parto en hospitales debe ser seguro, garantizando a cada mujer, además de los beneficios de los avances tecnológicos y científicos, su autonomía, permitiendo que ella sea un sujeto del proceso y determine aquello que es mejor para ella y su hijo.

El parto viene siendo realizado en hospitales con todos los recursos tecnológicos y científicos y a pesar de todas las medidas de prevención y control de la infección, estas parecen continuar dentro de las instituciones de salud. A partir de la inquietud dada a esta problemática, surgió el interés en estudiar la infección puerperal bajo la óptica de la asistencia humanizada del parto, teniendo como objetivo caracterizar a las púérperas que tuvieron parto humanizado, determinar la incidencia y el intervalo de manifestaciones de infección puerperal, además de verificar la asociación entre la infección y los factores de riesgo.

MÉTODOS

Se trata de un estudio epidemiológico, de corte prospectivo y no concurrente denominado también de corte histórico⁽⁸⁾, realizado en una maternidad pública de la Secretaria Municipal de Salud de la ciudad de Goiânia (GO), institución que tiene como propósito brindar atención a mujeres y adolescentes durante el pre-natal, parto y puerperio, en donde la humanización de la asistencia viene siendo implementada como una filosofía de trabajo.

Para el estudio fueron seleccionadas las púérperas, quienes tuvieron parto humanizado y que estaban de acuerdo con los criterios de haber pasado por la experiencia de parto humanizado en la MNC (Maternidad Nacer Ciudadano), en un periodo comprendido entre diciembre de 2000 a julio de 2003, las cuales se encuadran en los criterios establecidos para la denominación de pacientes NNIS (Nacional Nosocomial Infections Surveillance System), propuesto por el CDC⁽⁹⁾, siendo verificado en las historias de estas pacientes el registro de infección puerperal durante una admisión, la cual ocurrió dentro de los treinta primeros días post-parto.

La población estudiada estuvo compuesta por las historias clínicas de todas las púérperas, que pasaron por la experiencia de parto humanizado en la MNC. De la población prevista para el estudio (5.203), no fueron consideradas veinticinco púérperas,

cuyos partos fueron en domicilio y llevadas a la maternidad posterior al parto. De esta forma, la muestra del estudio fue constituida por las informaciones contenidas en 5.178 historias clínicas.

En los partos humanizados se analizó la infección puerperal y sus posibles factores de riesgo. La categorización de la infección puerperal se basó en la ausencia (no) o presencia (si) de la infección, siendo clasificadas como endometritis, infección en el área quirúrgica e infección de la episiotomía.

Se considera como variables independientes: tipo de parto (parto normal y cesárea); ruptura de membranas (íntegra o rota); tiempo de la ruptura de membranas (periodo de tiempo en minutos desde el momento de la ruptura de las membranas hasta el momento del parto). Se considera el tiempo esperado de la ruptura de membranas de hasta seis horas; características del líquido amniótico (claro, meconial y purulento); duración del trabajo de parto (periodo de tiempo en horas y minutos desde la admisión de la gestante en trabajo de parto hasta el final del mismo. Se considera el tiempo de espera del trabajo de parto en hasta 12 horas); toques vaginales (hasta 6 toques, entre 7 y 13 toques y superior a 13 toques); duración del parto (periodo de tiempo en minutos). Para el parto normal se consideró desde el inicio de la expulsión del feto hasta la expulsión de la placenta, y para la cesárea, desde el inicio de la anestesia hasta el cierre completo de la incisión quirúrgica. El tiempo máximo de espera para realizar el procedimiento es de una hora; tipo de anestesia (general, raquídea, epidural y local); uso de antimicrobiano; edad y aumento de peso.

Para las variables ordinales fueron establecidos códigos de intervalos, que designaron los grupos a ser procesados por el análisis estadístico. Se elaboró un instrumento basado en la clasificación y en los criterios de diagnóstico de las infecciones puerperales⁽⁷⁾, de forma que se pudieron observar las variables específicas de acuerdo al tipo de atención de parto y nacimiento humanizado y la inclusión de datos relacionados con infecciones, lo cual era exigido para el llenado de los protocolos establecidos por el Sistema NNIS⁽⁹⁾.

Se procedió a la recolección de informaciones con las historias clínicas de las usuarias que tuvieron asistencia humanizada durante su parto en la MNC, procedimiento posterior a la aprobación del proyecto de investigación (Protocolo n° 090/03) por la Comisión de Ética e Investigación de la Universidad Federal de

Minas Gerais (UFMG/COEP) respetando la Resolución nº19/96 que regula la investigación involucrando seres humanos.

Para dar a conocer y tratar los datos, se utilizó el programa EPI-INFO, versión 2002. Se creó una base de datos específicos en el cual los datos fueron tratados estadísticamente. Para el análisis descriptivo de las variables numéricas se utilizó la distribución de frecuencias simples, medidas de tendencia central como media, mediana y desviación estándar.

Para la evaluación de la asociación entre las variables independientes y dependientes fueron utilizados test significativos no paramétricos, como el test Chi-cuadrado, test Exacto de Fisher, medidas estadísticas significativas como el Riesgo Relativo (RR), con intervalo de confianza de 95,0% y que evalúa la asociación entre la infección y el factor de riesgo sospechoso.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los 5.178 partos humanizados de puérperas en la MNC se caracterizan en su mayoría (59%) por mujeres con edad superior a veinte años (media y mediana de 22 años). Se identificó un alto índice de partos en adolescentes primíparas. Las adolescentes (edad entre 10 y 20 años) correspondieron a 41% de la población. La maternidad en la adolescencia puede ser considerada un aspecto importante para la salud pública, considerando que puede causar problemas psico-sociales⁽¹⁰⁾.

En relación a la asociación entre el grupo etáreo de las gestantes y la infección puerperal, los datos no muestran diferencia estadísticamente significativa para la infección puerperal en mujeres con edad menor a veinte años o aquellas con más de veinte años.

Con relación al peso de las mujeres, se observó que 2.121 puérperas (41%) aumentaron hasta 10 kg de peso durante la gestación; 2.712 (52%), entre 11 y 20 kg y, 345 (7%) más de 21 kg, siendo la media de 12,2 kg. A pesar de la bibliografía indicar un incremento en la incidencia de infección en pacientes con problemas clínicos y en obesas, en este estudio no fue encontrada diferencia estadísticamente significativa entre la variable aumento de peso de las mujeres y la infección puerperal⁽⁶⁾. Este hecho puede ser justificado por las buenas condiciones clínicas que una mujer en trabajo de parto normalmente presenta.

Con relación a la ruptura de membranas, no fue encontrada asociación estadísticamente significativa entre las dos modalidades de parto, sea normal o cesárea, con la infección puerperal. A pesar que algunos estudios sobre endometritis en partos vaginales, hayan demostrado que la combinación entre la ruptura de membrana y el trabajo prolongado de parto, constituye un importante factor de riesgo para la frecuencia y gravedad de las infecciones⁽¹¹⁾.

En relación con el tiempo de ruptura de las membranas y la infección puerperal, tanto en partos normales como cesáreas, no existió asociación estadísticamente significativa. Sin embargo; diversos autores investigaron esta asociación y encontraron resultados bastante controversiales⁽¹²⁾. Los autores citados evidencian en un estudio que la infección en mujeres sometidas a cesáreas, presentan colonización del líquido amniótico seis horas posteriores a la ruptura de membranas, identificando que la prevalencia de cultivos positivos de líquido amniótico en pacientes con ruptura de membranas es de 27%.

Con respecto a las características del líquido amniótico, se observó que no existió diferencia estadísticamente significativa entre esta variable y la presencia de infección puerperal en partos normales y cesáreas. Estudios realizados con la finalidad de establecer correlaciones entre la presencia de meconio que eleva la proporción de fosfato, inactivando el complejo zinc-proteico, lo cual favorece al aumento de la susceptibilidad de la mujer con infección puerperal⁽¹³⁾.

En este estudio se encontró que la duración del trabajo de parto y la cesárea se constituyen en factores de riesgo para el desarrollo de infección puerperal, con un riesgo relativo de 2,16 –[1,36-3,44]. Mientras tanto, cuando se asocia la variable duración del trabajo de parto con el parto normal, este no se presentó como un factor de riesgo para la infección puerperal.

El número de toques realizados durante los partos normales no constituyen factor de riesgo para la infección puerperal. Mientras que se observó una asociación significativa entre el número de toques y la infección en el parto por cesárea, lo cual puede también relacionarse con la duración del trabajo de parto. Análisis estadísticos posteriores son necesarios para comprobar dicha asociación. Se encontró un

valor de $p=0,0011$, mostrando que existe una tendencia al aumento en el riesgo de infección, en la medida en que aumentan el número de toques cervicales.

Fue identificada una tasa por cesáreas de 23%, la cual aún es alta si se consideran las características de la maternidad en estudio y la tasa recomendada por la OMS, de 10 a 15%⁽¹⁴⁾. Este hecho se justifica por el poco tiempo (tres años) de funcionamiento de la maternidad y por el proceso de adaptación de los profesionales a los procedimientos, normas y rutinas establecidas.

Se encontró una asociación del tipo factor de riesgo ($p = 0,000$ y Riesgo Relativo de 4,40-[3,19-6,06]), existiendo por lo tanto una asociación estadísticamente significativa entre la variable tipo de parto e infección puerperal. Las mujeres sometidas a cesárea presentaron un riesgo 4,4 veces mayor de contraer infección, que las de parto normal. Condición comprobada por algunos autores que, analizando el tipo de parto y la infección puerperal, constataron que incidencias crecientes de cesáreas han contribuido para el aumento en las tasas de infección puerperal. El parto por cesárea está relacionada con la mayor incidencia de morbilidad infecciosa post-operatoria cuando es comparada con el parto normal⁽¹⁵⁾ (Tabla1).

Tabla 1 – Distribución de los casos de infección puerperal según el tipo de parto. Goiânia – dic. 2000-jul. 2003

Tipo de parto	Infección puerperal		Total	R.R	I.C. 95%
	Si	No			
Normal	63 (42,8%)	3.911 (75,8%)	3.974	1,00	
Cesárea	84 (57,2%)	1.120 (22,3%)	1.204	4,40	[3,19-6,06]
Total	147 (100%)	5.031 (100,0%)	5.178		

Nota: $p = 0,000$
Los números entre paréntesis son los porcentajes con relación al total de la columna

Con respecto a la duración del parto, esta no presentó asociación estadísticamente significativa para la infección puerperal. Se utilizó un punto de corte de una hora para la duración del parto, así mismo no fue evidenciada asociación entre la duración del procedimiento superior a una hora y la presencia de infección puerperal en mujeres sometidas a parto normal o cesárea.

Por otro lado, el tipo de anestesia utilizada en los partos, no mostró asociación para la presencia de infección puerperal.

Fue verificada una incidencia de infección puerperal acumulada dentro de los límites previstos (2,92%) al ser comparada con los índices normalmente descritos (Figura 1) y que varían en el Brasil entre 1% y 7,2%⁽⁷⁾.

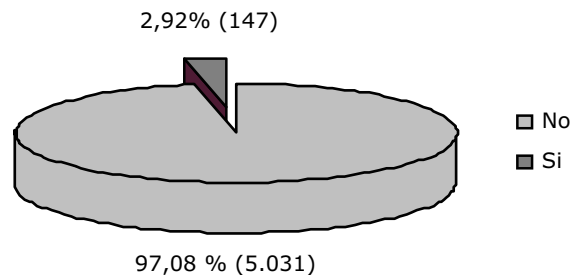


Figura 1 – Infección puerperal en la atención humanizada del parto. Goiânia, dic. de 2000 - jul. de 2003

Fueron calculadas las incidencias mensuales de infección puerperal, en las mujeres que tuvieron un parto humanizado durante el periodo del estudio, habiendo presentado el mayor pico de incidencia (1,4%) por infección en enero de 2001. Esta mayor incidencia puede ser explicada por el proceso de adaptación a las normas, rutinas y procedimientos por los cuales la maternidad estaba pasando en aquel periodo, de forma coincidente con el año de la inauguración.

De los 147 casos de infección puerperal analizada, 74 (50,3%) fueron cesáreas e infecciones en el área operatoria, con una tasa de incidencia de 1,47%; 57 (77%) fueron considerados como infección en el área operatoria superficial; 14 (19%) profundas y 3 (4%) de órgano/cavidad. Las infecciones clasificadas como endometritis correspondieron a 31,3% (46 casos) y tuvieron una tasa de incidencia de 0,91%, mientras que las infecciones de episiotomía (27 casos) correspondieron a 18,4%, con una tasa de incidencia de 0,54%. De estas, 25 (93%) fueron consideradas superficiales y 2 (7%) profundas.

Llama la atención, el hecho de que las infecciones en el área operatoria (IAO) constituyen la gran mayoría de las infecciones en el presente estudio, lo cual puede relacionarse con las incisiones quirúrgicas durante las cesáreas.

Fue observado que solo en un caso de IAO profunda fue realizado el cultivo de la secreción de la herida, en la cual fue verificada la presencia de *Staphylococcus epidermidis*, lo que puede indicar

contaminación por contacto, a través de la piel de la mujer, provocado por la falta de higiene y asepsia de piel. En 146 historias clínicas, no había resultados de cultivos, pues los exámenes no fueron realizados por la institución debido a la escasez de recursos materiales destinados para este fin.

Se comprobó lo esperado en la medida en que la utilización de profilaxis con antibióticos, ocurrió durante el periodo que antecedió al momento del parto, no mostrándose asociación causal de la infección puerperal en ninguno de los tipos de parto. Mientras tanto, el uso de antibiótico en el post-parto en las mujeres sometidas a cesáreas tanto como en el parto normal, no mostraron asociación estadísticamente significativa, siendo el valor de $p=0,000$. Tales resultados presuponen, que la utilización de antibiótico durante el post-parto está asociado a la presencia de infección puerperal, o en todo caso los pacientes que requieren de antibiótico presentan mayor predisposición a la infección puerperal. El esquema y las indicaciones para la profilaxis deben darse posteriormente a la evaluación minuciosa.

El intervalo de manifestaciones de infección puerperal en la asistencia humanizada del parto normal y cesárea verificado en todos los 147 casos de infección, es que esta se manifestó durante el periodo de post-alta, dentro de los treinta días, es decir entre el quinto y el vigésimo sexto día posterior al alta hospitalaria (100%). El alta precoz de las púerperas impide la realización del diagnóstico dentro de la maternidad. Por lo que, la vigilancia post-alta es considerada de gran importancia, en especial en procedimientos en los cuales el periodo de hospitalización post-operatoria es corto, siendo cada vez mas importante la presencia de un sistema de vigilancia adecuado⁽⁷⁾.

CONCLUSIONES

A través del estudio realizado se puede concluir que:

- La incidencia de infección en el puerperio fue de 2,92% (147/5031), tasa considerada baja con relación a los índices normalmente enviados por el CDC de Atlanta y los descritos en la bibliografía nacional (1% a 7,2%), lo que no descarta la sospecha de sub-notificación en las tasas de infección puerperal, pues

la bibliografía también indica que estos datos pueden estar sub-estimados.

- Todas las infecciones encontradas fueron diagnosticadas y notificadas durante el periodo de post-alta hospitalaria y clasificadas como endometritis, infección del área quirúrgica e infección de episiotomía. Las infecciones puerperales se manifestaron dentro de los treinta días posteriores al post-parto.

- Las variables edad, peso, ruptura de membranas, tiempo de ruptura de las membranas, características del líquido amniótico, tipo de anestesia y uso de antimicrobianos profilácticos, no se comportan como factores de riesgo para la infección puerperal.

- Las variables que se comportan como factores de riesgo para la infección puerperal en el parto por cesárea fueron, la duración del trabajo de parto y el número de toques cervicales. Ninguna variable se comportó como factor de riesgo para la infección del parto normal.

- El parto por cesárea, también fue considerado factor de riesgo para la infección puerperal. Las mujeres sometidas a parto por cesárea, presentaron mayor riesgo de contraer infección en relación a aquellas que tuvieron parto normal.

Considerando; que el modelo actual de atención humanizada al parto ha buscando cambios en el paradigma de las prácticas asistenciales, modelo favorable al parto normal y teniendo como finalidad disminuir las tasas de cesáreas, por lo que se cree que este modelo puede contribuir directamente en la reducción de los índices de infección puerperal. Se recomienda que a partir de los resultados de infecciones en púerperas identificadas en este estudio, se establezcan mecanismos educativos de sensibilización del equipo médico con la intención de romper con el paradigma de la medicación e intervención sobre el parto y que se invierta en el proceso de formación de la enfermería obstétrica.

Se refuerza la necesidad de implantar un servicio eficaz de control de infección hospitalaria, utilizando para ello un método prospectivo de vigilancia, inclusive en la admisión, con seguimiento en la post-alta, que posibilite la implementación de acciones sistematizadas y dirigidas a esta población, así como establecer medidas de prevención y control de infección, que así mismo nos permitan conocer el perfil microbiológico de las infecciones detectadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Starling CEF, Couto BR, Pinheiro SMC. Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares na prática diária: ensaios. Belo Horizonte (MG): Cuatiara; 1993.
2. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
3. Dossiê Humanização do Parto. Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo (SP); 2002.
4. Richtmann R. Ginecologia e Obstetrícia. In: Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante MB, Filho MBA, Grinbaum RS, Richtmann R. Infecções Hospitalares Prevenção e Controle. São Paulo (SP): Sarvier; 1997. p. 269-73.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.616. Normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.
6. Silveira JCB. Uso profilático de antimicrobianos. In: Martins MA, coordenador. Manual de Infecção Hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2001. p.1000-6.
7. Gabriellone MC, Barbieri M. Infecção em obstetrícia. In: Fernandes AT. Infecção hospitalar e suas interfaces na área saúde. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p. 91-128.
8. Szklo M; Nieto FJ. Epidemiology: beyond the basics. Aspen: Gaithersburg 2000.
9. Ministério da Saúde (BR). NNIS. Vigilância epidemiológica por componentes. Brasília (DF): Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar; 1994.
10. Oliveira ZMLP. Vivenciando o parto humanizado: um estudo compreensivo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem/UFMG; 2001.
11. Gibbs RS, Rodgers PJ, Castaneda YS. Endometritis following vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 1990; 56(pt 1): 555-9.
12. Romero R, Ghidini A, Mazor M, Behnke E. Microbial invasion of the amniotic cavity in premature rupture of membranes. *Clin Obstet Gynecol* 1991;34(4):769-78.
13. Ledger W J. Puerperal endometritis. In: Bennett JV, Brashmsn PS. *Hospital infection*. 3ª ed. Boston: Little Brown; 1992. p. 659-71.
14. Ministério da Saúde (BR). Tecnologia Apropriada para o parto. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1985.
15. Spiandorello WP, Madi JM, Spiandorello FSA, Tregansin M. Antibioticoprofilaxia pela cefazolina e cefalotina para partos cesáreos eletivos e de baixo risco para desenvolvimento de infecção pós-operatória: Antibiotic prophylaxis for cefazolin and cefalotin in elective risk to infection cesarean section. *Rev Ci Amecs* 2000 January;9(1):12-6.