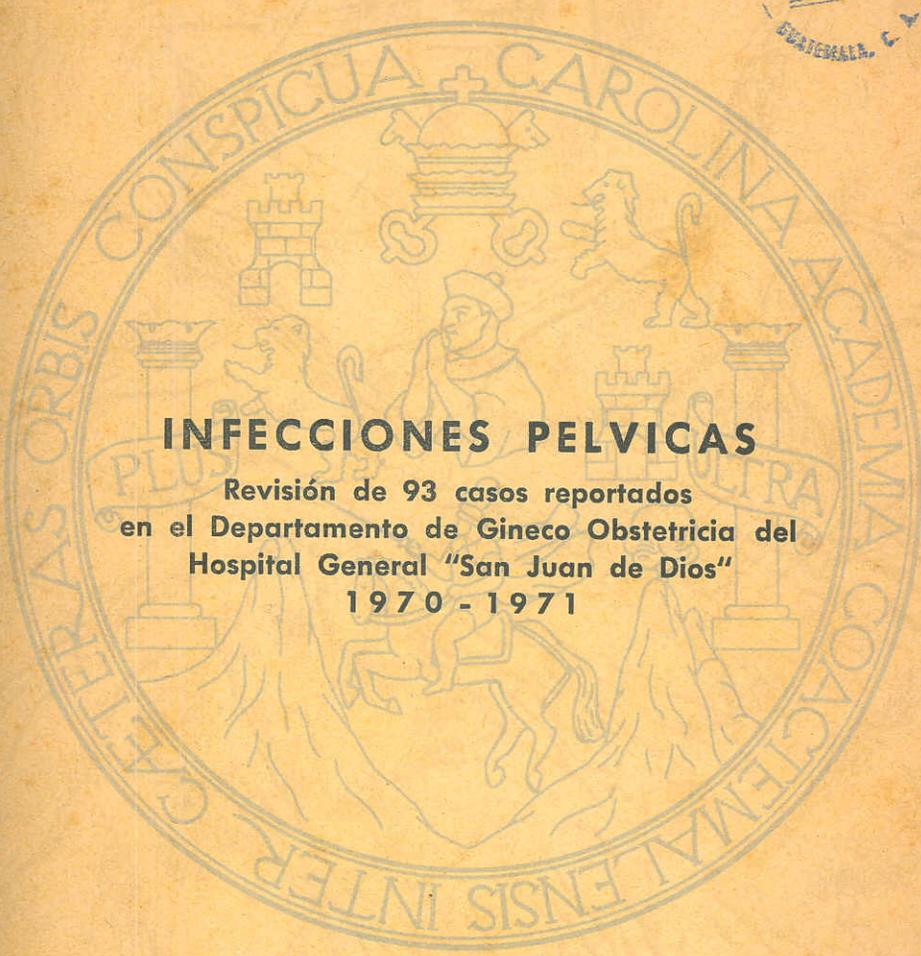


C. 2.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



INFECCIONES PELVICAS

Revisión de 93 casos reportados
en el Departamento de Gineco Obstetricia del
Hospital General "San Juan de Dios"
1970 - 1971

ADOLFO CHUY WOC

1973

PLAN DE TESIS

- I. *INTRODUCCION*
- II. *GENERALIDADES SOBRE INFECCIONES PELVICAS*
- III. *MATERIAL Y METODO*
- IV. *RESULTADOS Y DISCUSION*
- V. *RESUMEN*
- VI. *CONCLUSIONES*
- VII. *RECOMENDACIONES*
- VIII. *BIBLIOGRAFIA*

I. INTRODUCCION

Antes del advenimiento de los antibióticos, la infección pélvica era entidad clínica descorazonadora; los microorganismos causales no brindaban inmunidad ulterior a la paciente; la extensión de la inflamación era regida, de manera principal, por las defensas tisulares del huésped, y los empeños del médico se veían limitados, en términos generales, a drenaje quirúrgico. El advenimiento de los antibióticos en la práctica clínica modificó de manera impresionante dicho cuadro.

El objeto de esta revisión es ver el estado actual de las infecciones pélvicas en el Hospital General San Juan de Dios, así como el tratamiento, sea médico, quirúrgico o médico-quirúrgico a instituir a pacientes con dicho cuadro, para lograr una mortalidad, morbilidad y una permanencia hospitalaria menor.

II. GENERALIDADES SOBRE INFECCIONES PELVICAS

2-0 Definición

Infección pélvica o enfermedad pélvica inflamatoria, es todo proceso que involucre una inflamación de los órganos contenidos en la pelvis de la mujer, el tejido celular que lo circunda y el peritoneo que los recubre (24).

2-1 Morbilidad

Ataca en la mayoría de los casos a las mujeres en edad sexual activa; es más frecuente entre las mujeres de clase socio-económico-cultural baja, que por ignorancia, cuando solicitan atención médica, el proceso infeccioso ya está muy avanzado. En E.E.U.U., la incidencia y gravedad de las infecciones pélvicas, es mayor en la raza negra que en la blanca (4,17).

2-2 Etiología

Desde el punto de vista etiológico y clínico, podemos distinguir tres tipos de infección pélvica, a saber:

1) **Gonorréica:** debida a infección a diplococo intracelular Gram-negativo que comprende la proporción mayor, aproximadamente 60 o/o de los casos (3,15); aunque en estudios recientes de Lukasik (9), se encuentra el gonococo con menor frecuencia que los colibacilos en los

cultivos de trompa. Esto no significa necesariamente disminución de la enfermedad gonorréica, pues el cultivo frecuentemente, es negativo en casos de absceso tuboovárico indudablemente gonocócico (15).

2) **Piógena**, debida a un proceso infeccioso de toda una gama de gérmenes, aunque los más frecuentes son el estreptococo (aerobio y anaerobio) y el estafilococo (3,4,15). Con este tipo de infección es con el que tenemos que batallar más frecuentemente en los casos de endometritis, abortos inducidos sépticos y en heridas operatorias infectadas (15.)

3) **Tuberculosa**: debida a la infección por bacilo tuberculoso, que comprende aproximadamente el 5 por 100 de los casos de inflamación pélvica (3.8). Esta forma de infección es de naturaleza crónica.

2-3 Patogenia

En el tipo de infección a *Neisseria gonorrhoeae*, el foco inmediato lo constituye la localización del germen en orden de frecuencia: uretra, glándulas de Bartholin, mucosa vaginal y cervix. De aquí parten por la superficie del endometrio para invadir trompas y con frecuencia al peritoneo y ovarios. Como la infección llega a la trompa a través de la mucosa, ésta constituye el principal asiento de las modificaciones patológicas (4,22).

El proceso inflamatorio muy raras veces se limita al endosalpinx, y toda la trompa se encuentra inflamada, hiperémica y enrojecida. Puede producirse oclusión a nivel de la fimbria o bien a cualquier nivel de la trompa, con aparición del consiguientosalpinx. El absceso pélvico es el resultado de la invasión bacteriana a la pelvis (15, 17).

La forma piógena, que suele observarse después del parto o del aborto, el germen infectante llega a las trompas por un camino totalmente distinto al que sigue el gonococo.

La puerta de entrada es el cuello, por lo general los gérmenes se propagan a través de las venas y linfáticos: de los ligamentos anchos y como resultado frecuente de ello son las tromboflebitis, flebitis, linfangitis y perilinfangitis que se acompañan de celulitis y en ocasiones, hasta de abscesos de los ligamentos anchos (15,17).

Como la infección se propaga a las trompas desde el exterior, la salpingitis resultante es de tipo intersticial, y no interesa, o lo hace en un grado muy pequeño a la mucosa; esto contrasta netamente con la forma gonocócica, en la cual el poder destructivo de la infección se descarga principalmente sobre la mucosa, ocluyendo con gran frecuencia la luz y

dando lugar subsecuentemente a la esterilidad y a una alta incidencia de embarazo ectópico (15, 22).

La infección tuberculosa de los órganos genitales femeninos, en casi todos los casos, es secundaria a tuberculosis extragenital; el foco primitivo suele ser pulmonar y la vía de diseminación es casi seguramente la hematogena (15).

Se hace difícil explicar porqué son las trompas las que primero reciben el impacto de los bacilos; igualmente es difícil comprender cómo puede originarse la tuberculosis pelviana en ausencia de lesiones pulmonares activas (23).

2-4 Factores predisponentes:

- a) Partos sépticos en los que interviene personal mal preparado: parteras empíricas.
- b) Falta de antisepsia en la atención de partos en instituciones hospitalarias, así como una inadecuada esterilización de guantes, instrumental quirúrgico, ropa, etc. y agreguemos la falta de cumplir las reglas más elementales de antisepsia en salas de parto y operaciones.
- c) Ruptura uterina y perforación instrumental consecutiva a histerometría, dilatación o legrado mal manejados.
- d) Cesáreas infectadas secundariamente a lo expuesto en el inciso b.
- e) Abortos sépticos, espontáneos o inducidos.
- f) Exploraciones ginecológicas: electrocoagulación, toma de muestras endometriales, insuflación tubaria, histerosalpingografía, etc., sin tomar las precauciones antisépticas necesarias para este tipo de procedimientos.
- g) Retención de restos embrionarios.
- h) Parto prolongado, ruptura prematura de membranas y revisión de cavidad, practicadas en forma inadecuada.
- i) Dispositivos intrauterinos. (2, 6, 7, 13).
- j) Infección pélvica anterior.
- k) Salpingectomía por embarazo ectópico. (2,4,24,)

2-5 Síntomas y Signos

a) Cuadro clínico de la infección pélvica aguda a gonococo:

Puede presentarse a continuación de una infección blenorragica conocida del extremo inferior del conducto genital, o podemos sospechar su naturaleza gonocócica si hay antecedentes de que el compañero sexual la ha padecido recientemente.

En muchos casos, los síntomas agudos aparecen durante el período menstrual o inmediatamente después, debido a la mayor vulnerabilidad que tiene la cavidad uterina a la invasión gonorréica en la época de la descamación menstrual (15). El dolor intenso de la región pelviana y abdominal interior, la rigidez muscular y la sensibilidad, la distensión abdominal, la náusea y vómitos, la fiebre, la leucocitosis, el pulso rápido y la postración intensa en los casos graves, constituyen los síntomas habituales. La fiebre puede llegar a 39.5°C o más, con leucocitosis intensa, pulso rápido y signos de pelviperitonitis. (15, 17).

El examen de la pelvis puede resultar difícil y poco satisfactorio, a causa del dolor, la sensibilidad y la rigidez que presenta la paciente. Cuando las manos exploradoras pueden delimitar los contornos del útero, lo más frecuente es que éste se encuentre fijo, y las maniobras realizadas sobre el cuello o el fondo para moverlo provocan dolor. Ambos lados de la pelvis presentan una sensibilidad exquisita, pero no se comprueba ninguna masa definida ni aumento de volumen de los anexos.

Cuando la fiebre y el dolor pelviano persisten y se acompañan de presión y dolor rectal, el examen puede poner de manifiesto una induración creciente, y más tarde fluctuación y abombamiento en la región del fondo de saco posterior, que a veces se extiende a ambos lados de la pelvis y en ocasiones desciende a lo largo de la pared posterior de la vagina, hasta un punto que puede hallarse situado muy por debajo del cuello. Tales hallazgos no dejan duda respecto a la presencia de un absceso pélvico.

b) Cuadro clínico de la infección pélvica aguda en post-partum y abortos inducidos sépticos:

En estos casos la paciente se encuentra por lo general muy débil y en condiciones sépticas, con señales de traumatismo local a nivel del perineo y vagina, de aquí que sea necesario realizar el examen con suma delicadeza y grandes precauciones asépticas. Es posible que el cuello haya sufrido desgarro y se encuentre infectado, especialmente si la infección

pelviana sigue a un parto a término. En tales casos el útero está aumentado de tamaño y no ha experimentado la correspondencia involución, mientras que en los casos de abortos inducidos precoces sólo se halla ligeramente aumentado. Hasta la manipulación más suave del órgano puede resultar extraordinariamente dolorosa. Debe tenerse la posibilidad de que haya perforación uterina y otra lesión producida a inducir el aborto.

Cuando la infección ha invadido los ligamentos anchos, éstos se encuentran enormemente engrosados e infiltrados. Cuando hay abscesos del ligamento ancho, como sucede a menudo en fases avanzadas, las masas laterales son extraordinariamente voluminosas. En algunos casos, sin embargo, dichos ligamentos están poco afectados, y los anexos, aumentados de tamaño e inflamados, pueden palparse a manera de masas irregulares y sensibles a los lados de la pelvis.

El fuerte engrosamiento, la infiltración y la sensibilidad de los ligamentos anchos y uterosacros constituyen una manifestación frecuente de la parametritis que casi siempre se halla presente (15).

c) Cuadro clínico de la infección pélvica aguda de etiología tuberculosa:

Nada hay patognomónico en la salpingitis tuberculosa que la distinga de la gonocócica, razón por la cual casi nunca se hace el diagnóstico preoperatorio. Sin embargo, hay algunos caracteres que deben hacernos sospechar la etiología bacilar de la lesión tubárica. Studdiford y Sutherland (23) señalan que el antecedente de tuberculosis pulmonar, ósea o miliar, debe hacer sospechar el proceso, aunque, claro está, puede haber también gonorrea.

El descubrimiento de masas anexiales en vírgenes o en mujeres en quienes pueden excluirse otros tipos de infección tubaria también hará sospechar salpingitis tuberculosa, especialmente si hay tendencia a febrícula vespertina, anemia ligera o taquicardia. La salpingitis refractaria a las terapéuticas corrientes deberá hacer sospechar tuberculosis. El hallazgo de ascitis en una mujer joven, sin historia de trastornos cardiorrenales o hepáticos, debe hacernos sospechar de peritonitis tuberculosa. Cuando hay involucimiento del endometrio se puede notar un flujo serosanguinolento entre los períodos menstruales (10).

2-6 Diagnóstico:

1) Infección gonorréica: El antecedente de gonorrea en la enferma o en el esposo tiene gran valor diagnóstico, pero en la mayoría de los

casos carecemos de él. La presencia de un intenso dolor en el bajo vientre, bilateral por lo común, durante la menstruación o inmediatamente después de ésta, con sensibilidad y rigidez a ese nivel, timpanismo moderado, fiebre, náuseas y vómitos por lo general, pulso rápido, leucocitosis e intensa sensibilidad pelviana al examen bimanual, bastarán las más de las veces para hacer un diagnóstico presuntivo. Cuando hay cervicitis o uretritis aguda, es fácil encontrar los gonococos en las secreciones correspondientes.

El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras indica que el diagnóstico de gonorrea sólo puede ser hecho por medio del cultivo. El medio a utilizar ha sido el de Thayer Martin, aunque recientemente se conoce otro medio más satisfactorio, una modificación del anterior denominado Transgrow por sus creadores, Martin y lester (5).

2) Infección piógena: En este caso la historia del inicio de la enfermedad a continuación del parto o del aborto tiene, como es de suponer, importancia decisiva, aunque después de un aborto las pacientes se resisten incluso a admitir la posibilidad de embarazo.

La sintomatología es similar a la descrita en el grupo gonorreico, excepción hecha de que en los casos más virulentos, de tipo estreptocócico por lo regular, la reacción es más aguda. Los síntomas pueden manifestarse a las seis u ocho horas o no hacerlo durante varios días después del parto o del aborto. El proceso tiende a localizarse en la pelvis, dejando a menudo como secuela una enorme masa inflamatoria pélvica, una celulitis del ligamento ancho o un absceso. A diferencia de los casos de gonorrea, la fiebre suele ser aquí persistente, prolongándose semanas, hasta meses.

Muchos clínicos están comenzando a pensar que la evacuación del contenido uterino necrótico disminuirá la fiebre mucho antes y así evitará la hospitalización prolongada. La administración masiva de antibióticos durante por lo menos 24 horas va seguida de legrado, método absolutamente inadmisibles antes para la paciente febril. Sin embargo, los primeros resultados no muestran efectos perjudiciales y permiten ahorros de tiempo y dinero para la paciente. Hay que tener cuidado para no perforar el útero edematoso y blando (15).

3) Forma tuberculosa: La gran mayoría de casos de enfermedad tuberculosa pelviana, el diagnóstico es difícil. Schaefer (20) insiste en la importancia de sospechar siempre el proceso, sobre todo cuando hay antecedentes familiares de tuberculosis o alguna manifestación estragenital comprobada en la misma. La esterilidad sin causa manifiesta, el malestar

general, las masas anexiales en mujeres vírgenes y la enfermedad crónica y refractaria al tratamiento, no son en forma alguna patognomónica, pero deben poner en guardia (8, 20).

Siempre que se sospeche la enfermedad debe practicarse un legrado, bien percatados de que la mitad, aproximadamente, de las mujeres con enfermedad tubérica también sufren endometritis tuberculosa. Son posibles los cultivos bacteriológicos de sangre menstrual o de líquido obtenido por aspiración de la cavidad endometrial, pero son más eficaces todavía el cultivo directo y la inoculación al cobayo con endometrio extirpado.

Siegler, Schaefer y otros autores (20) insisten en el empleo de la histerosalpingografía para establecer el diagnóstico de tuberculosis de las trompas; si se utiliza un medio hidrosoluble, probablemente el peligro sea muy poco. Puede observarse diversos cambios radiológicos, pero a veces su interpretación resulta muy difícil y compleja, de manera que en las grandes clínicas no han logrado una aceptación uniforme.

El diagnóstico final de la tuberculosis pelviana muchas veces no se efectúa hasta el momento de la laparatomía, y puede no estar claro ni en la mesa de operaciones. Es necesario un estudio histológico cuidadosa, que puede requerir varios bloques y muchos cortes. Hay que tener cuidado de excluir diversos procesos granulomatosos y reacciones de célula gigante de cuerpo extraño (15).

2-7. Diagnóstico Diferencial

1) Apendicitis aguda:

A pesar de que el dolor inicial de la apendicitis aguda puede ser difuso, pronto tiende a localizarse en la región de McBurney. Solo hay fiebre ligera, con leucocitosis que, en proporción a la fiebre, es mucho mayor que en la infección pélvica.

El problema se hace más difícil en el caso de la apendicitis perforada con peritonitis. En tales condiciones el dolor abdominal, la sensibilidad y la rigidez, al igual que en la infección pélvica aguda, interesa toda la zona del bajo vientre; además la fiebre puede ser elevada y el pulso rápido. Aunque el examen de la pelvis puede describir cierta hipersensibilidad en casos de peritonitis apendicular, raramente es tan neta o intensa como en los casos graves de infección pélvica aguda, mientras en ocasiones de esta última puede palpase un agrandamiento definido de los anexos, quizás incluso un absceso pélvico. En todo caso,

ante la duda diagnóstica, nos parece recomendable la laparatomía exploradora (4, 15).

2) Pielitis aguda:

A pesar de que los riñones se hallan situados muy por encima del nivel pélvico, no hay duda que una pielitis aguda grave puede producir un cuadro clínico similar al de la infección pélvica aguda. El dolor de la pielitis se localiza, por lo general, en la zona abdominal superior, aunque en ocasiones se generaliza a todo el abdomen. La palpación de la zona renal pone de manifiesto sensibilidad aumentada, que por lo común es muy intensa a nivel del ángulo costovertebral.

En caso de pielitis puede haber fiebre alta y algo de dolor, pero las pacientes no se ven tan enfermas como en caso de salpingitis o apendicitis (4, 15).

3) Embarazo Ectópico Roto:

En este caso suele haber el antecedente de retardo ligero de las menstruaciones, al que sigue una hemorragia ligera y persistente, de carácter moteado; en cambio en la infección pélvica el ritmo menstrual no sufre por lo general trastorno alguno.

En el embarazo ectópico el dolor suele ser de tipo cólico, intenso y unilateral, y no es raro que se asocie a náuseas y desmayos. El examen de la pelvis en los casos de embarazo tubárico revela una masa unilateral y sensible que falta en el lado opuesto. El examen culdoscópico suele ser decisivo (4, 15).

2-8. Tratamiento

Previo al advenimiento de los antibióticos, las principales medidas terapéuticas consistían en antipiréticos, sedantes, reposo en cama en posición semi-sentada, calor local, lavados vaginales o de asientos y otras medidas de soporte (15, 22, 25)

En general, han existido dos tendencias en el tratamiento de los procesos inflamatorios pélvicos: la Conservadora y la Agresiva.

Recamier fue el primero en practicar la colpotomía posterior por un absceso pélvico en 1831 (18). A Lawson Tait en 1882, se le consideró como un agresor porque ejecutaba salpingectomías en procesos inflamatorios anexiales (18), procedimientos que fueron violentamente atacados hasta 1890 cuando Culling Worth logró obtener aceptación en

su trabajo, "El valor de la laparatomía, en ciertos casos de peritonitis pélvica".

Después de Simpson vino una decadencia en la cirugía radical y se hicieron tratamientos conservadores. En 1932 Warren y Wilson recomendaron la piroterapia (18), pero el tratamiento conservador se acentuó con la aparición de las sulfamidas de Domagk en 1935 y de la penicilina descubierta por Fleming en 1929, usada como antibióticos por Chain-Florey y colaboradores en 1940 (18).

Pero la resistencia antimicrobiana a estas drogas, más acentuada a los gérmenes gram negativos, por el uso indiscriminado, nos marcan el tiempo actual del cual pareciera que tuviéramos que retroceder, en parte, a la época quirúrgica de Lawson Tait para poder salvar a muchas de nuestras pacientes.

1) Enfermedad inflamatoria gonocócica:

Muchos antibióticos son eficaces para tratar la enfermedad; la droga de elección sigue siendo la penicilina. Para los procesos severos se recomienda 10 millones de unidades de penicilina cristalina diaria por vía intravenosa por siete a catorce días. Para procesos menos severos se aconseja un millón de unidades de penicilina procaína cada 24 horas durante 10 días, esto resuelve el proceso infeccioso gonocócico y además es curativo para lués en caso se encontrara en fase primaria solapada.

En pacientes con historia de hipersensibilidad a la penicilina puede tratarse con tetraciclina. Se recomienda una dosis inicial de 1.5 gm por vía oral, seguida de 0.5 gm por vía oral cada cuatro a seis horas, para una dosis total de 9.0 gm. (5).

Recientemente se ha introducido en el comercio un nuevo producto: el clorhidrato de espectinomina, a una sola dosis de 4 gramos por vía intramuscular. Se reporta un 94 por 100 de curación con este producto (5).

Será mejor evitar la cirugía durante la fase aguda de la enfermedad, debe reservarse básicamente para la enfermedad recurrente en fase crónica. Cuando persiste la temperatura en agujas y el examen descubre una masa blanda fluctuante que diseca hacia abajo siguiendo el tabique rectovaginal, debe sospecharse el desarrollo de un absceso pelviano. La colpotomía posterior con drenaje adecuado produce resultados espectaculares (15).

Cuando se presta un desmejoramiento súbito del estado general, con aparición de choque, taquicardia e hiperpirexia, siempre debe pensarse en

un absceso tubo-ovárico roto; asimismo la desaparición de una masa anexial previamente conocida, tiene gran importancia diagnóstica.

Un absceso tubo-ovárico roto justifica rápida exploración quirúrgica con limpieza pélvica completa-histerosalpingooforectomía bilateral—, de preferencia a una extirpación unilateral de anexos, según demostraron los trabajos de Vermeeren y Te Linde (12, 14,22). Padowitz y Bloomfield señalan mortalidad del 100 por 100 en los primeros días del tratamiento conservador, en contraste con una cifra de 4 por 100 o menos cuando se utiliza una cirugía más radical junto con terapéutica antibiótica masiva (16). Mickal y colaboradores insisten en el interés de un tratamiento enérgico (12,14)

Kaplan y colaboradores recomiendan la laparotomía para el absceso tubo-ovárico que no responde rápidamente a un buen tratamiento conservador (15).

2) Infección piógena (post aborto)

El tratamiento ha de ser conservador utilizando grandes dosis de antibióticos adecuados, después de hacer cultivos y pruebas de sensibilidad. Aunque se permite suprimir fragmentos placentarios sueltos existentes en el orificio cervical, lo mejor es posponer el legrado.

Se utilizarán transfusiones de sangre según las necesidades, y se utilizarán determinaciones de fibrinógeno. Si se sospecha de tromboflebitis pélvica hay que pensar en la terapéutica anticoagulante: Schulman (21).

Si la hemorragia es profusa, debe efectuarse el legrado con todo cuidado para evitar la perforación del útero reblandecido y edematoso. Lo mejor es posponerlo hasta observar señales de respuesta favorable a la terapéutica antibiótica.

En los pacientes que no respondan al tratamiento conservador y que siguen gravemente enfermo con fiebre alta en agujas, tiene importancia los hemocultivos repetidos por la posibilidad de una bacteriemia incipiente gram negativa y de un choque endotóxico grave. En tales circunstancias la laparotomía con una limpieza completa y un buen drenaje puede salvar la vida junto con transfusiones, cantidades masivas de antibióticos y vasopresores adecuados (15).

Nuestra experiencia en estos casos, ha sido la de administración de antibióticos en forma masiva por vía intravenosa durante 24 horas y luego legrado cuidadoso. Este procedimiento lo hacemos en base a que mientras

no se erradique el foco infeccioso — restos embrionarios infectados—, la antibioterapia no es lo suficientemente efectiva.

3) Infección tuberculosa:

En un tiempo, el tratamiento de la tuberculosis pélvica era casi totalmente quirúrgico, acompañado de las medidas generales. Los adelantos logrados en antibióticos durante los últimos 10 años nos han brindado varios medicamentos antituberculosos eficaces.

Schaefer (20) preconiza la histerectomía y la salpingooforectomía bilateral en la mujer de más de 40 años de edad después de tratamiento médico preoperatoria. La quimioterapia solo se usa en aquellas pacientes que tienen trompas permeables, deseen quedar embarazadas y sufren poca o ninguna molestia.

Las masas anexiales dolorosas y persistentes, la fiebre sostenida, la velocidad de sedimentación elevada, la ascitis y la falta de respuesta al tratamiento médico son indicaciones del tratamiento quirúrgico. En muchos casos, la operación resulta menos difícil y tiene menor morbilidad si antes de intervenir se efectuó un tratamiento antituberculoso.

Entre los tres principales medicamentos disponibles está la estreptomina en dosis de 1 g al día inicialmente, luego la dosis se reduce gradualmente hasta 1 g cada dos semanas. El ácido para aminosalicílico (PAS) que se debe tomar por boca a dosis de 3 g cuatro veces al día. La otra droga es el ácido isonicotínico (INH) a la dosis de 300 a 400 mg al día (15).

Sutherland (23) recomienda 1 g de estreptomina, 15 g de PAS y 300 mg de INH diariamente; después de cuatro meses interrumpe la estreptomina, pero los otros medicamentos siguen dándose durante 18 meses.

III. Material y Método

Para el presente trabajo se revisaron los libros de egresos de los años 1970 y 1971 del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General "San Juan de Dios". Se encontró que ciento treinta pacientes fueron tratadas como "infección Pélvica" de las cuales 103 tenían historia clínica.

Las 103 papeletas proporcionadas por el Archivo del hospital se distribuyeron de la siguiente manera:

Infección pélvica:	93
Diagnóstico diferente:	5
Número equivocado de papeleta:	5
Total:	103

El presente trabajo de revisión se efectuó sobre las 93 papeletas que se logró encontrar, tabulándose los datos, de los cuales se derivan los resultados finales.

IV. Resultados y discusión

Por considerar el método de cuadros el más adecuado para hacer una evaluación de lo encontrado en nuestro estudio, nos decidimos presentarlo en esta forma ya que podemos ver en forma práctica los resultados obtenidos y hacer un comentario de los mismos.

Cuadro No.1

Departamento de Gineco Obstetricia
Hospital General "San Juan de Dios"

Edad de las pacientes en relación a infección
pélvica.

EDAD:	CASOS:	PORCENTAJE:
Menor de 21 años	21	22.58
21 - 25 años	24	25.80
26 - 30 años	17	18.28
31 - 35 años	15	16.13
36 - 40 años	9	9.68
Mayor de 40 años	7	7.53
T O T A L :	93	100.00

Mayor de edad:	48 años
Menor de edad:	14 años
Promedio de edad:	27.1 años.

Comentarios

Está comunmente sabido y frecuentemente reportado que la infección pélvica es más común en la edad reproductiva temprana (1, 18,24). En nuestra revisión se confirma lo anterior ya que el 82.79 por 100 de los casos reportados presentan una edad menor de 36 años.

La edad promedio fue de 27.1 años, con una alta incidencia entre los 21 y los 35 años; siendo la de mayor edad, 48 años y la de menor edad, 14 años.

Cuadro No. 2

*Departamento de Gineco Obstetricia
Hospital General "San Juan de Dios"*

*Estado Civil de las pacientes en relación
con infección pélvica.*

ESTADO CIVIL:	CASOS:	PORCENTAJE:
Unida	64	68.82
Soltera	26	27.95
Casada	3	3.23
TOTAL:	93	100.00

Comentario:

Se observa que la mujer unida ocupa la más alta frecuencia de los casos, con un 68.82 por 100. La frecuencia entre las mujeres casadas, 3.23 por 100, es baja si se compara al estudio hecho por Rodríguez que reporta una frecuencia de 32.3 por 100 (18). Esta diferencia tan notoria es explicable porque entre la población socioeconómica baja de Guatemala predomina la unión de hecho; y la gran mayoría de las pacientes que consultan a los hospitales estatales pertenecen a este grupo.

La frecuencia de infección pélvica entre las mujeres solteras, 27.95 por 100 es similar a la reportada por Rodríguez (18).

Cuadro No. 3

*Departamento de Gineco Obstetricia
Hospital General "San Juan de Dios"*

*Ocupación de las pacientes en relación a
infección pélvica*

OCUPACION:	CASOS:	PORCENTAJE:
Oficios domésticos	85	91.41
Comerciante	2	2.15
Meseras	2	2.15
Costurera	2	2.15
Secretaria	1	1.07
Prostituta	1	1.07
TOTAL:	93	100.00

Comentario:

La ocupación a la que se dedicaba en el 91.41 por 100 de las pacientes estudiadas, correspondió a la de oficios domésticos. Esto nos da un índice de que el nivel socioeconómico de ellas es muy bajo, confirmándose de esta manera, la alta incidencia que tiene la infección pélvica en dichas pacientes. Nuestro resultado es similar a la estudiada por Adeoba en 1967, quien encontró que el 94.12 por 100 de sus pacientes pertenecían al status socioeconómico bajo (1).

Cuadro No. 4

Departamento de Gineco Obstetricia Hospital
General "San Juan de Dios"

Motivo de Consulta

MOTIVO DE CONSULTA:	CASOS:	PORCENTAJE:
Dolor abdominal bajo	87	93.55
Fiebre	29	31.18
Hemorragia	10	10.75
Leucorrea	9	8.68
Sesación de masa en la pelvis	2	2.15
Diarrea	2	2.15
Vómitos	2	2.15
Referida de otro centro	1	1.07

Comentario:

Los porcentajes y el total de casos no coinciden con los proporcionados en cuadros anteriores, pero esto se debe a que la mayor parte de las pacientes presentaban más de dos síntomas.

Puede observarse que la sintomatología por la que consultaron al hospital, en su mayoría fueron por dolor abdominal bajo, fiebre y hemorragia vaginal, las cuales eran de esperarse para pacientes con este tipo de infección. Lo encontrado es similar a lo reportado por otros autores (1, 18).

Cuadro No. 5

Departamento de Gineco Obstetricia Hospital
General "San Juan de Dios"

Inicio de la sintomatología en relación
al día de la consulta.

TIEMPO DE EVOLUCION:	CASOS:	PORCENTAJE:
Menos de 6 días	40	43.00
6 a 10 días	18	19.35
11 a 15 días	14	15.06
16 a 20 días	7	7.53
Más de 20 días	14	15.06
TOTAL:	93	100.00

Mayor tiempo: 1 año 6 meses

Menor tiempo: 1 día.

Promedio: 23.6 días.



Comentario:

El tiempo de evolución del inicio de la sintomatología en relación al día de la consulta, varió de 1 día a 1 año 6 meses, siendo nuestro promedio de 23.6 días. Dicho promedio aparentemente se ve bastante alto, pero si revisamos el cuadro veremos que el 43 por 100 de las pacientes consultaron al hospital dentro de los primeros 5 días de iniciado su sintomatología y el 62.35 por 100 lo hicieron dentro de los primeros 10 días. Esto nos da un índice de la importancia que la paciente le da a la sintomatología ginecológica aguda.

Cuadro No. 6

Departamento de Gineco Obstetricia Hospital
General "San Juan de Dios"

Número de embarazos en relación a infección
pélvica.

NUMERO DE EMBARAZOS:	CASOS:	PORCENTAJE:
0	10	10,75
1 - 2	39	41,93
3 - 4	20	21,50
5 - 6	11	11,83
Más de 6	13	13,99
T O T A L :	93	100,00

Mayor cantidad: 16 embarazos

Promedio: 3,4 embarazos.

Cuadro No. 7

Departamento de Gineco Obstetricia Hospital
General "San Juan de Dios"

Número de partos en relación a infección
pélvica.

No. DE PARTOS:	CASOS:	PORCENTAJE:
0 partos	20	21,50
1 parto	22	23,66
2 partos	11	11,83
3 partos	14	15,06
4 partos	8	8,60
más de 4 partos	18	19,35
T O T A L :	93	100,00

Mayor cantidad: 10 partos

Promedio: 2,7 partos

Cuadro No. 8

Departamento de Gineco Obstetricia Hospital
General "San Juan de Dios"

Número de abortos en relación a infección
pélvica

NUMERO DE ABORTOS:	CASOS:	PORCENTAJE:
0 Abortos	45	48.38
1 Aborto	37	39.79
2 Abortos	5	5.38
3 Abortos	2	2.15
4 o más Abortos	4	4.30
TOTAL:	93	100.00

Mayor cantidad 12 abortos

Promedio: 0.8 abortos.

Comentario:

Entre los antecedentes obstétricos: embarazos, partos y abortos, los promedios encontrados fueron en su orden: 3.4 embarazos, 2.7 partos y 0.8 abortos, cifras que son similares a las reportados por otros autores (1, 18).

La mayor cantidad de embarazos y de abortos en nuestra serie correspondió a una misma paciente de 25 años: G 16, P 4, y Ab: 12.

Se observa entre los antecedentes obstétricos que hubo 10 casos de 0 embarazos, 20 casos de 0 partos y 45 casos de 0 abortos y si revisamos las cifras promedios encontradas, podemos llegar a la conclusión de que no hay una relación directa entre infección pélvica y el número de embarazos, partos o abortos.

Cuadro No. 9

Departamento de Gineco Obstetricia Hospital
General "San Juan de Dios"

Otros antecedentes en relación a infección
pélvica

OTROS ANTECEDENTES:	CASOS:	PORCENTAJE:
Uso de DIU	4	4.30
Infección pélvica anterior	4	4.30
Salpingectomía por ectópico	2	2.15
Insuflación de trompas	1	1.07

Comentario:

Todos estos antecedentes fueron mencionados dentro de los factores predisponentes a la infección pélvica (ver generalidades sobre infección pélvica, inciso 2-4) y reportados por diversos autores (2, 6, 7, 13)

Lippes (13), en un estudio entre 1673 pacientes en quienes se les colocó dispositivo intrauterino, encontró casos de infección pélvica durante 16,077 mujer-meses de exposición, con un índice de 0.6 por 100 mujer-años.

Grafenberg considera que estos dispositivos formaban un puente entre la cavidad del útero y la vagina, y por ello podía aumentar el peligro de infección ascendente (13).

Otra razón que se menciona es que los maridos de mujeres que usan el DIU ya no necesitan de emplear preservativos con fines anticoncepcionales, pudiendo de esta forma explicar la mayor frecuencia de infección pélvica en estas mujeres (13).

Oppenheim introdujo 1500 DIU y no observó un solo caso de infección a causa de ello, Insistía que parte de su éxito obtenido dependió de la sepsis completa al introducir el dispositivo.

Con relación al antecedente de DIU en la infección pélvica, creemos que los casos encontrados —4—, en realidad no estaban curados, sino únicamente la infección se había enfriado y por estar ambulatorios además de relaciones sexuales, probablemente se reactivaron.

En relación al antecedente de salpingectomía por embarazo ectópico, creemos que puede haberse instaurado cuadro séptico por piosalpinx previo, o bien mala técnica operatoria y y por último no se puede descartar la posibilidad de maniobras abortivas.

Con relación a insuflación de trompas ya fue comentado previamente.

Cuadro No. 10

Departamento de Gineco Obstetricia Hospital
General "San Juan de Dios"

Signos vitales detectadas en las pacientes a
su ingreso al servicio de emergencia

10- a) Pulso radial.

PULSO :	CASOS	PORCENTAJE:
70 - 80	35	35.49
81 - 90	18	19.35
91- 100	21	22.58
101-110	10	10.75
más de 110	11	11.83
TOTAL:	93	100.00

Menor: 70 por minuto.
Mayor: 160 por minuto
Promedio: 94 por minuto.

10- b) Presión arterial.

PRESION:	CASOS:	PORCENTAJE:
Shock (menor de 70/50)	1	1.07
Hipotensión (70/50 a 90/60)	14	15.05
Normal (100/70 a 120/80)	73	78.50
Hipertensión (más de 130/90)	5	5.38
T O T A L :	93	100.00

Menor presión: 60/40
Mayor presión: 160/120

10- c) Temperatura oral en grados centígrados.

TEMPERATURA:	CASOS:	PORCENTAJE:
Menor de 36,1	4	4.30
36,1 a 37,5	42	45.16
37,6 a 38,5	30	32.26
Más de 38,5	17	18.28
T O T A L :	93	100.00

Menor temperatura: 36° C. - Promedio: 37,8° C.
Mayor temperatura: 40° C. -

Comentario:

Dentro de los signos vitales que se tomaron a las pacientes a su ingreso al servicio de emergencia, se encontró que la presión arterial en un 78.50 por 100 se encontraban dentro de límites normales.

El promedio del pulso radial fue de 94 por minuto y el de la temperatura oral 37.8°C, resultados que son similares a la serie estudiada por Adeoba que fueron de 90 por minuto y 37.2°C respectivamente (1).

Entre las pacientes con diagnóstico de aborto séptico la temperatura fue más elevada, con un promedio de 38.4°C.

Cuadro No. 11

Departamento de Gineco Obstetricia Hospital
General "San Juan de Dios"
Examen ginecológico en las pacientes con
infección pélvica

HALLAZGOS:	CASOS:	PORCENTAJE:
Anexos dolorosos sin masa	41	44,07
Masa anexial dolorosa	39	41,92
Utero aumentado de tamaño	12	12,90
Parametrios empastados y dolorosos	11	11,82
Utero doloroso a la <u>movilización</u>	10	10,75
Orificios cervicales abiertos	6	6,45
Masa en el fondo de saco posterior	4	4,30
Pelvis congelada	1	1,07

Comentario:

Los porcentajes y el total de casos aparentemente no coinciden con los proporcionados en cuadros anteriores, pero esto se debe a que la mayor parte de las pacientes presentaban más de un hallazgo al examen ginecológico.

Se puede observar que el 85,99 por 100 de los hallazgos al examen ginecológico corresponden a los anexos, cifras similares a las encontradas por otros autores. El resto de hallazgos descritos en el cuadro no ofrece mayores comentarios.

Cuadro No. 12

Departamento de Gineco Obstetricia Hospital
General "San Juan de Dios"

Impresión clínica al ingreso de las pacientes al
servicio de emergencia

IMPRESION CLINICA:	CASOS:	PORCENTAJE:
Infección pélvica	87	93,52
Embarazo ectópico	8	8,61
Quiste del ovario	3	3,22
Apendicitis	3	3,22
Bronconeumonía	3	3,22
Gastroenterocolitis	2	2,15
Apendicitis perforada	2	2,15
Tumor retroperitoneal	2	2,15
Masa anexial de etiología?	2	2,15
Cáncer del cervix	1	1,07
Sarcoma uterino	1	1,07

Comentario:

Los porcentajes y el total de casos aparentemente no coinciden con los proporcionados en cuadros anteriores, pero esto se debe a que en muchos casos más de una impresión clínica se tuvieron al momento del ingreso de las pacientes al servicio de emergencia.

Encontramos un alto porcentaje de acierto en cuanto a la impresión clínica, puesto que se encontró la infección pélvica en un 93,52 por 100, el cual consideramos que es bueno.

El resto de impresiones clínicas, con excepción, claro de bronconeumonía y gastroenterocolitis, corresponden a los diagnósticos diferenciales que se tiene que hacer con la infección pélvica.

Cuadro No. 13

Departamento de Gineco Obstetricia Hospital
General "San Juan de Dios"

Promedio de los datos de laboratorio
practicados en la emergencia

EXAMEN:	PROMEDIO:
Hemoglobina	11,5 g/100 ml.
Leucocitos	12,500 por mm ³
Neutrófilos segmentados	80 por 100
Velocidad de sedimentación	60 mm en una - hora.

Comentario:

Encontramos que el promedio de la hemoglobina fue de 11.5 g por 100 ml (normal 14 - 2 g / 100 ml), cifra que se espera para el tipo de pacientes que frecuentan nuestros centros hospitalarios nacionales.

El promedio del recuento leucocitario fue de 12,500, con predominio de los neutrófilos segmentados del 80 por 100, que es lo que cabría de esperarse en este tipo de infección.

El promedio de la velocidad de sedimentación fue de 60 mm en una hora, método de Westergreen, (normal 0 - 20 mm en una hora). Este dato es menor que el del encontrado por Adeoba que fue de 100 mm en una hora (1).

La eritrosedimentación parece que ha caído en desuso porque está supeditada a muchos errores y es solo una cruda aproximación.

Para algunos autores, el leucograma no serviría de guía segura en el control de la infección, pues se encuentra frecuentemente elevado tanto en las infecciones medianas como en las graves. Otros anotan que mientras la leucocitosis está presente, a menudo la leucopenia se nota en varios casos (18). En nuestra serie se encontró leucopenia de 1,200 por mm³, y un 38 por 100 de los casos presentaron recuento menor de 10,00 por mm³.

Cuadro No. 14

Departamento de Gineco Obstetricia Hospital
General "San Juan de Dios"

Bacteriología practicada en las pacientes tanto
en emergencia como al momento del acto quirúrgico

14- a) Frote Vaginal.

FROTE VAGINAL	CASOS:	PORCENTAJE:
No fueron mandados	41	44.09
Gram negativos	30	32.26
Gram positivos	17	18.28
Gonococo	3	3.23
Tricomonas	1	1.07
Monilia	1	1.07
T O T A L :	93	100.00

14- b) Cultivo de secreción vaginal o de absceso pélvico.

GERMEN:	CASOS:	PORCENTAJE:
No fueron mandados	86	92.48
Estéril	2	2.15
Eschericia Coli	2	2.15
Estafilococo	2	2.15
Esch. Intermedium	1	1.07
T O T A L :	93	100.00

Comentario:

Es de lamentar que en el 44.09 por 100 de las pacientes estudiadas no se les practicó frote vaginal; y en el 92.48 por 100 no se hizo cultivo. De los frotos vaginales practicados, se encontró gonococo en el 3.23 por 100; Rodríguez encontró gonococo en el 5.4 por 100 de su serie estudiada (18) y Adcoba lo encontró en el 2.9 por 100 (1).

De Alvarez en 11 casos de infección pélvica, encontró *E. Coli* 55.6 o/o, *Estafilococo* 33 o/o, *Streptococo* 29.6 o/o, *Gonococo* 21.3 o/o, *Clostridium Welchii* 1.83 o/o y *Pseudomonas* 1.83 o/o.

Cuadro No. 15

Departamento Gineco-Obstetricia Hospital General
"San Juan de Dios"

Tratamiento en la infección pélvica

TRATAMIENTO:	CASOS:	PORCENTAJE:
Médico	54	58.07
Médico-Quirúrgico		
Histerectomía abdominal anexectomía bilateral	13	13.98
Colpotomía posterior	7	7.53
Legrado uterino	4	4.30
Anexectomía izquierda con salpingectomía derecha.	3	3.23
Histerectomía abdominal, salpingectomía izquierda y anexectomía derecha.	3	3.23
Drenaje abdominal de absceso pélvico.	2	2.15
Extracción de DIU	2	2.15
Anexectomía derecha	1	1.07
Salpingectomía derecha	1	1.07
Anexectomía derecha con salpingectomía izquierda	1	1.07
T O T A L :	93	100.00

Comentario:

En la presente revisión encontramos que el 58.07 o/o de los casos recibieron tratamiento médico y en el 41.93 o/o el tratamiento combinado – médico quirúrgico.

Dentro de los procedimientos quirúrgicos se practicaron desde extracción de DIU hasta histerectomía abdominal total con anexectomía bilateral, el cual representó el 13.98 o/o de los casos. El promedio de días para hacer dichos procedimientos fue de 27.7 días, con variación de 4 horas a 138 días. Los criterios que se siguieron para tales medidas fueron en su mayoría por persistencia de masa anexial a pesar del tratamiento médico y la disminución de la velocidad de sedimentación hasta valores normales.

Anatomía Patológica: Dentro de los 24 casos en los que se practicó extirpación de anexos se encontró:

Trompas con inflamación crónica y fibrosa	12
Salpingitis aguda	6
Absceso tubo-ovárico	5
Salpingitis tuberculosa	1
TOTAL	24

Complicaciones: En el análisis de la serie presentada, la distribución de las complicaciones con respecto al tratamiento fueron:

Tratamiento médico

Shock séptico, 3 casos, para un 3.23 o/o.
Ileo paralítico, 2 casos, para un 2.15 o/o.
Insuficiencia cardíaca, 1 caso, para un 1.07 o/o

Tratamiento médico quirúrgico:

Infección de herida operatoria, 2 casos para un 2.15 o/o.
Absceso de la pared abdominal, 1 caso, para un 1.07 o/o.
Shock séptico, 1 caso, para un 1.07 o/o.

Mortalidad: En nuestra serie de 93 casos de infección pélvica fallecieron 2 pacientes, el cual representa el 2.15 o/o, de éstos, uno fue tratamiento médico exclusivamente para un 1.07 o/o y el otro fue tratamiento médico quirúrgico, para un 1.07 o/o.

Cuadro No. 16

Departamento de Gineco Obstetricia Hospital
General "San Juan de Dios"

Principales antibióticos usados para combatir
la infección pélvica

ANTIBIOTICO:	CASOS:	PORCENTAJE:
Penicilina	26	27.95
Tetraciclina	8	8.60
Ampicilina	3	3.23
Penicilina-Estreptomicina	32	34.41
Penicilina-Cloranfenicol	24	25.81
TOTAL:	93	100.00

Comentario:

El antibiótico que más se usó en nuestros casos de infección pélvica fue la penicilina, en 82 casos, el cual representa un 88.17 por 100.

En 37 casos, 39.78 por 100, se usó un solo antibiótico; y en 56 casos, 60.22 por 100, asociación de dos antibióticos, siendo la combinación penicilina-estreptomicina la más frecuentemente usada, en el 34.41 por 100 de los casos lo cual concuerda con los estudios hechos por otros autores (11, 18).

La dosis de penicilina cristalina administradas fueron de 3 a 10 millones de unidades por vía intravenosa cada 3-4 horas según la severidad del cuadro. La dosis de estreptomicina fue de 0.5 gramos cada 12 horas por vía intramuscular y la de cloramfenicol fue de 500 mg por vía intravenosa cada 6 horas.

Las dosis y vías de administración de estos medicamentos en general fueron cambiadas según la evolución del caso, hasta su completa recuperación.

Además de los medicamentos mencionados en el presente cuadro, en algunos casos hubo necesidad de emplear otros antibióticos: Cloxacilina, Trimetoprim-Sulfisoxazole, INH, PAS.

Cuadro No. 17

Departamento de Gineco Obstetricia Hospital
General "San Juan de Dios"

Relación de la estancia hospitalaria con la
infección pélvica.

TRATAMIENTO-DÍAS:	CASOS:	PORCENTAJE:
MEDICO:		
1 - 10 días	14	15.05
11 - 20 días	13	13.98
21 - 30 días	16	17.20
31 - 40 días	4	4.30
41 - 50 días	3	3.23
más de 50 días	4	4.30
Sub-total:	54	58.06
Médico-Quirúrgico:		
1 - 10 días	2	2.15
11 - 20 días	9	9.68
21 - 30 días	7	7.53
31 - 40 días	7	7.53
41 - 50 días	4	4.30
más de 50 días	10	10.75
Sub-total:	39	41.94
T o t a l:	93	100.00

Promedio con tratamiento médico: 23,6 días

Promedio con tratamiento médico-quirúrgico: 41,8 días

Promedio general: 32,7 días.

Comentario:

Las pacientes que recibieron tratamiento médico exclusivamente, el promedio de estancia hospitalaria fue de 23.6 días, siendo el menor de 3 días y el de mayor estancia 132 días. Con las pacientes del tratamiento combinado —médico quirúrgico—, el promedio fue de 41.8 días, siendo 147 y 7 con el mayor y el menor número de días respectivamente.

El promedio general de estancia hospitalaria fue de 32.7 días, el cual es bastante elevado si se compara con la serie de 490 casos de infección pélvica estudiada por Rodríguez y colaboradores que fue de 10.4 días (18).

Nosotros creemos que esta diferencia tan notoria se debe a que la gente que llega al hospital se encuentra en una etapa muy avanzada de su enfermedad, habiendo recibido previamente tratamiento recomendado por el empleado de farmacia, la vecina o el brujo.

V. RESUMEN

Se estudió el problema de Infección Pélvica en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital General "San Juan de Dios", en los casos reportados en el período comprendido de Enero de 1970 a Diciembre de 1971. El número total de papeletas entregadas por el Departamento de Archivo del Hospital fue de 103 de las cuales fueron descartadas 5 por diagnóstico diferente y 5 por presentar número equivocado, por lo tanto el presente trabajo se efectuó con 93 papeletas.

Estamos convencidos de que el número de infecciones pélvicas es mucho mayor, pero desafortunadamente el sistema empleado de codificar y archivar las papeletas es inadecuado como lo pudimos determinar con 10 registros equivocados, lo que nos da un 9.6 o/o de error en la codificación, porcentaje que nos parece muy alto.

Creimos importante hacer un recordatorio sobre generalidades del cuadro clínico de Infección Pélvica, su etiología y factores predisponentes, para poder establecer comparaciones con respecto a lo que ha sido reportado por otros autores, tanto nacionales como extranjeros y encontramos que son en su mayoría similares.

Los datos que recolectamos en nuestro estudio, los transcribimos en cuadros para poder hacer una mejor evaluación. En ellos tratamos de encontrar la relación que podría existir entre diferentes factores e infección pélvica y así tenemos que tratamos de establecer en qué época de la vida sexual de las mujeres es más frecuente la infección pélvica, encontrando que el 66.7 o/o se localiza en pacientes comprendidas entre los 15 a los 30 años, lo cual está de acuerdo con otros autores.

En relación al estado civil de las pacientes, el mayor porcentaje se localizó en pacientes unidas —68.8 o/o—, lo que consideramos como normal ya que la población que consulta nuestro hospital es de condición socioeconómico cultural baja.

Con respecto a la ocupación de las pacientes, la mayor incidencia se localizó en pacientes dedicadas a oficios domésticos —91.4 o/o—, esto es lo que esperábamos encontrar, ya que la mayoría son amas de casa.

El motivo de sonculta más frecuente fue de dolor abdominal, fiebre y hemorragia vaginal lo cual es lógico de esperar en pacientes con este tipo de infección.

Con respecto a la prontitud de consulta, un 43.0 o/o solicitó los

servicios del hospital antes de los 6 días del inicio de sus molestias, el único caso reportado de 1 año 6 meses probablemente se trató de una paciente con infección pélvica crónica y que al momento de su consulta estaba en un período de reactivación, pero, en general, podemos decir que la paciente con este tipo de problema consulta con bastante prontitud al hospital.

Tratando de establecer si existía relación entre antecedentes de embarazos previos, pudimos determinar que la mayor incidencia —41.9 o/o—, correspondió a pacientes con el antecedente de 1 a 2 embarazos, llamándonos la atención que un 10.7 o/o de las pacientes no tenían antecedente de embarazo, pero al hacer la comparación en relación a partos, encontramos que el mayor porcentaje —45.2 o/o— se localiza en las pacientes comprendidas entre 0 y 1 parto; Insistimos en ahondar más en este sentido y lo investigamos en relación al antecedente de aborto previo y aquí el porcentaje subió ostensiblemente hasta 88.2 o/o. Analizando los tres parámetros, encontramos que la incidencia de infección pélvica es más frecuente en pacientes con antecedentes de 0 a 1 aborto, de 0 a 1 embarazo y de 0 a 1 parto.

Del número total de expedientes estudiados, encontramos que un 4.3 o/o de las infecciones pélvicas se le atribuyeron al DIU cifra que nos parece elvada en relación a lo reportado por Lippes. (13)

Los signos vitales detectados en las pacientes a su ingreso al hospital, creemos que están de acuerdo a lo que esperábamos hay algunas variantes, que están en relación a la severidad del cuadro séptico.

Los hallazgos encontrados al examen ginecológico, todos corresponden al cuadro de infección pélvica, en mayor o menor grado, prevaleciendo los correspondientes a los anexos que dan un 86 o/o.

Es satisfactorio el haber encontrado que un 93.5 o/o de la impresión clínica fue acertada, asimismo la forma de descartar patología con la cual es fácil de equivocarse.

Los exámenes de laboratorio —hematología—, reflejan de una manera vaga la realidad del cuadro séptico, pero en términos generales, asociados al cuadro clínico sirvieron para hacer diagnóstico e instituir el tratamiento adecuado. Sin embargo, es de lamentar que el 44.1 o/o de las pacientes no se les practicó frote vaginal y el 92.5 o/o no se practicó cultivo de la secreción vaginal, del drenaje de absceso o extirpación de masas tumorales, de aquí que creemos que los porcentajes de gérmenes cultivados no sean realmente representativos.

El tratamiento instituido fue de: 58.1 o/o médico exclusivamente y 41.9 o/o médico quirúrgico. Esta última conducta va desde histerectomía abdominal total con anexectomía bilateral hasta extracción de DIU.

Fueron enviadas piezas operatorias para diagnóstico anatómico patológico 24, en todas se confirmó el diagnóstico de infección pélvica, entre ellos, uno de salpingitis tuberculosa.

Las complicaciones que se reportaron son las de esperar en cuadros sépticos como el concerniente a este estudio. La mortalidad de 2.2 o/o nos parece baja.

La antibioticoterapia, fundamentalmente fue a base de penicilina, estreptomycin, clorifenicol, tetraciclina y ampicilina, en la mayoría de casos se asociaron dos antibióticos y creemos que los resultados obtenidos son satisfactorios.

Para concluir, podemos decir que la estancia hospitalaria promedio con tratamiento médico exclusivamente fue de 58.1 o/o y el porcentaje del tratamiento médico quirúrgico fue de 41.9 o/o

VI. CONCLUSIONES

Después de analizar todos los datos encontrados en los expedientes, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. *La infección pélvica sigue siendo problema médico social en nuestro medio.*
2. *El mayor número de pacientes se encuentra en mujeres comprendidas entre los 15 y los 30 años.*
3. *El problema de aborto inducido —no demostrable en la mayoría de los casos—, creemos que es el responsable de la mayor incidencia de la infección pélvica.*
4. *Encontramos que a mayor paridad es menor el problema, que no es lógico ya que se supone que las posibilidades de infección son mayores a mayor paridad.*
5. *La falta de cultura y educación básica van unidos al problema.*

6. *Creemos que la incidencia de infección pélvica es mayor, pero por mal manejo de expedientes, no se puede dar un dato exacto.*
7. *Las pacientes con infección pélvica siguen siendo una carga onerosa para nuestro hospital, ya que la estancia hospitalaria promedio es de 32.7 días.*
8. *El porcentaje de infección pélvica a gonococo, pensamos que es mayor, pero por falta de frotis y cultivos probablemente no se logró un dato exacto.*
9. *Las infecciones pélvicas post parto son mucho menos frecuentes.*
10. *Encontramos una incidencia elevada de infección pélvica atribuible al DIU.*

VII. RECOMENDACIONES

1. *Se debe emplear todos los medios de publicidad disponibles en el Ministerio de Salud Pública para orientar a la población femenina en edad fértil en relación a los problemas que conlleva el aborto inducido.*
2. *Se deben ampliar las Clínicas de Planificación Familiar para evitar el uso del aborto como método de control de la familia.*
3. *Debe ser mejor manejado el Departamento de estadística y Archivo del Hospital General "San Juan de Dios".*
4. *Recomendamos que los médicos residentes en el servicio de Emergencia y servicios internos, de rutina hagan frote, cultivo antibiograma en todo caso en el cual tengan impresión clínica de infección pélvica.*
5. *Recomendamos que cuando se haga exploración pélvica y se confirme el diagnóstico se debe practicar histerectomía abdominal total con anexectomía bilateral, ya que dejar anexos representa dejar foco séptico incontrolable en la mayoría de los casos.*
6. *Recomendamos pláticas a las pacientes en control pre-natal, de parte de médicos y practicantes para orientarlas en principios básicos de higiene y planificación familiar.*

7. *Recomendamos drenajes abdominales y vaginales en toda cirugía pélvica mayor.*
8. *Recomendamos actualizar la terapéutica con conferencia de especialistas y mesas redondas entre Jefes y Residentes.*

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Adeoba, A. et al. *A review of the clinical features and diagnosis of 34 cases of pelvic infections in Lagos, Nigeria. Irish Journal of Medical Science* 6:227-35, May 1967.
2. Bayley, M.D. *Pelvic inflammation. Hospital Medicine.* 2:42-57, June 1967.
3. Benson, Halph. *Manual de ginecología y obstetricia. Trad. al español por Francisco Reyes. 2a. ed. México, Ed. El Manual Moderno, 1969. pp. 632-642.*
4. Crossen, R.J. *Enfermedades de la mujer. Trad. al español por Capella Bustos. 3a. ed. México, UTHEA, 1959. pp. 617-632.*
5. De Costa, E. J. *Gonorrhea treatment in the female. ACOG Technical Bulletin.* 16:14-4, Feb. 1972.
6. Elstein, M. *The effect of pelvic inflammation associated with the IUD. A salpingographic study. Int. J. Fertility,* 14:275-9, Oct-Dec. 1969.
7. Hall, R. E. *Intrauterine devices. ACOG Technical Bulletin.* 10:1-4, Sept. 1968.
8. Henderson, N.D. *Pelvic tuberculosis. Amer. J. Obstet. Gynec.* 88:21-24, July 1960.
9. Lukasik J. A. *comparative evolution of the bacteriological flora of the uterine cervix and the fallopian tubes in cases of salpingitis. Amer. J. Obstet. Gynec.* 87:1028, 1963.
10. McCarthy, C.P. et al. *Ovarian function in patients with chronic pelvic inflammatory disease. Obstet. Gynec.* 33-792-4, Jun 1969.
11. Mead, P.E. *Antibióticos en infección pelviana. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas N.A. Marzo 1969, pp. 219-237.*

12. Mickal, A. Tratamiento del absceso tuboovárico. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas N.A.* Marzo 1969. pp. 252-264.
13. Mishell, D.R. Relación entre la enfermedad pelviana y el aditamento intrauterino. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas N.A.* Marzo 1969, pp. 179-183.
14. Nehel, W.A. et al. Management of tuboovarian abscess. *Obstet. Gynec.* 32:382-6, Sept. 1968.
15. Novak, E.R. *Tratado de Ginecología. Trad. al español por Alberto Folch y Pí.* 8a. ed. México, Ed. Interamericana, 1971. pp. 400-435.
16. Pedowitz, P. and Bloomfield, R. Ruptures adnezal abscess with generalized peritonitis. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 88:721-29, March 1964.
17. Reich, V.J. and Netchow, M. J. *Practical Gynecology.* 2nd. ed. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1957. pp. 290-321.
18. Rodríguez A. et al. Infección pélvica en obstetricia y ginecología. Revisión estadística sobre 490 casos. *Revista Colombiana Obstetricia y Ginecología.* 20:159-80, Mayo-Junio, 1969.
19. Santamarina, B. et al. Aborto y choque sépticos. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas N.A.* Junio 1970. pp. 291-302.
20. Schaefer, G. *Diagnosis and treatment of female tuberculosis.* *Cli. Obstet. Gynec.* 2:530, 1959.
21. Schulman, H. Uso de anticoagulantes en infección pelviana sospechada. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas N.A.* Marzo 1969. pp. 240-245.
22. Stewart, T.E. *Essentials of Gynecology.* Philadelphia, Lea and Febiger, 1958. pp. 188-205.
23. Sutherland, A. M. *Genital tuberculosis in women.* *Amer. J. Obstet. Gynec.* 79:486, 1960.
24. Vasquez, Ad. et al. *Enfermedad pélvica inflamatoria.* *Ginec. Obstet. Mex.*, 21:133-7, Enero-Febrero 1966.
25. Walker, V.N. *Surgical management of acute pelvic infection refractory to conservative therapy.* *Amer. J. Obstet. Gynec.* 82: 497-504, Sept. 1961.

Vo. Bo. Ruth de Amaya

Br. Adolfo Chuy Woc

Asesor
Dr. Luis Augusto Carrillo R.

Revisor
Dr. Rodolfo Robles H.

Dr. José Quiñónez Amado
Director de Fase III

Dr. Carlos E. Bernhard R.
Secretario

Vo. Bo.

Dr. César Augusto Vargas M.
Decano