

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA
INFECCION PELVICA EN EL HOSPITAL GENERAL
SAN JUAN DE DIOS"**

(Estudio de 100 casos)

TESIS:

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos

POR

DENIS ARAGON SAN JUAN

En el acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS:

- I. INTRODUCCION
- II. GENERALIDADES SOBRE INFECCION PELVICA
- III. OBJETIVOS
- IV. MATERIAL Y METODO
- V. PRESENTACION DE RESULTADOS Y DISCUSION
- VI. CONCLUSIONES
- VII. RECOMENDACIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Hace unos años, antes del advenimiento de los antibióticos la enfermedad pélvica inflamatoria era una entidad ampliamente temida por su alta incidencia de mortalidad y complicaciones.

Recientemente en la era de los antibióticos ya no representa una amenaza mortal, pero se temía aún su capacidad potencial de producir esterilidad.

Más sin embargo, ante el asombro general, esta entidad ha vuelto a recobrar en estos últimos tiempos, su reputación de "morboza", ante el aparecimiento de nuevas cepas de gérmenes patógenos resistentes a la mayoría de antibióticos disponibles. Tal parece que esta generación de gérmenes no los detiene nada y se han clasificado como verdaderos "monstruos".

De manera que de nuevo esta entidad ha comenzado a devorar víctimas, poniendo en alerta a los médicos de todo el mundo, y poniendo en problemas a los científicos con este nuevo rompecabezas a resolver.

Considerando la importancia de los nuevos acontecimientos bacteriológicos en el mundo, y la importancia del problema de la infección pélvica en Guatemala, decidí emprender esta investigación para poner mi granito de arena en la lucha ante los problemas de salud de nuestro país.

II. GENERALIDADES SOBRE INFECCION PELVICA

I. DEFINICION DE INFECCION PELVICA

Infección pelviana secundaria a difusión ascendente de las vía genitales bajas. Con participación principal de trompas y extensión a ovarios y peritoneo pelviano.

II. ETIOLOGIA

Desde el punto de vista etiológico y clínico se diferencian tres tipos de infección pélvica: (12)

- a) Gonorreica
- b) Piógena
- c) Tuberculosa

III. CLASIFICACION

- a) Aguda
- b) Crónica

I. INFECCION PELVICA AGUDA:

A) TIPO GONORREICO:

Debido a Neisseria Gonorrhoeae, comprende aproximadamente 60% de todos los casos. El foco de infección en la mayor parte de los casos constituye la infección del cuello. También puede constituir foco primario la infección de uretra o glándulas vulvovaginales. (12,6,3)

1. Endometritis Gonorreica

Este tipo de infección tiene tendencia a la resolución espontánea debido al drenaje natural que posee el útero, mediante la evacuación de la descamación menstrual del

endometrio.

Macroscópicamente se caracteriza por edema, inflamación e hiperhemia de la mucosa y microscópicamente por hiperhemia e infiltración con leucocitos polimorfo nucleares. (3,12).

2. Salpingitis aguda gonorreica

Constituye una secuela inmediata o tardía de la infección gonorreica. Los gérmenes llegan a la trompa a través de la mucosa tomando asiento en la misma, produciendo inflamación y exudado purulento, el cual con frecuencia produce oclusión y distensión de las trompas y como consecuencia esterilidad.

El proceso inflamatorio muy raras veces se limita al endosalpinx, puede producirse oclusión del orificio fimbriado con la aparición de piosalpinx, o evacuación del exudado purulento en la cavidad pélvica, produciendo una peritonitis pélvica aguda o un absceso pélvico. (12).

Las características microscópicas constituyen en infiltración por leucocitos polimorfonucleares, hiperhemia y edema.

Una característica importante de la salpingitis gonorreica es la desaparición de los gérmenes infectantes a los 10 días aproximadamente, teniendo consecuencias principales en el tratamiento y conducta a seguir. (4,12).

B) TIPO PIOGENO O SEPTICO

Se observa frecuentemente después de parto, aborto séptico, o cirugía pelviana. El camino a la trompa del germen infectante es distinto al gonococo. La puerta de entrada, por lo regular son las partes genitales bajas, el cuello principalmente, y se propagan a través de las venas y linfáticos de los ligamentos anchos hacia las trompas. (4,3,8).

Un resultado frecuente es la tromboflebitis, flebitis, linfangitis y perilinfangitis, produciendo en ocasiones hasta abscesos de ligamentos anchos.

Los gérmenes infectantes suelen ser: Anaerobios — Bacteroides Fragilis, Peptococos, Peptoestreptococos, Fusobacterias; Aerobios gram —: Escherichia Coli, Proteus Mirabilis, Klebsiella, Enterobacter; entre los gérmenes exógenos: Estreptococos A-Beta Hemolítico, y estafilococo aureus.

Factores que predisponen a este tipo de infecciones son: ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado, hemorragias profusas, deshidratación, manipulaciones, legrados instrumentales, aborto séptico, etc.

Existen ciertas enfermedades raras que pueden producir este tipo de enfermedad en las mujeres, como: Kala-azar, bilharziasis, paludismo, esquistosomiasis.

1. Endometritis Aguda Piógena:

Con este tipo de agentes infecciosos, el endometrio puede encontrarse hiperhémico y edematizado, hasta presentar extensa necrosis.

Si la infección es de tipo benigno la lesión se limita únicamente al endometrio, expulsándose los tejidos necróticos superficiales alrededor de la primera semana.

En tal caso, se encuentra flujo maloliente abundante, purulento y sanguinolento. Si la infección es de tipo grave, así como la producida por clostridium welchii en casos de aborto séptico, puede llegar a sepsis general, choque e insuficiencia renal. (12).

2. Salpingitis Aguda:

Este tipo de infección se propaga a la trompa desde el exterior, por lo cual la salpingitis es de tipo intersticial y no interesa la mucosa. La pared tubárica se encuentra engrosada, pero la luz se encuentra normal, en la mayor parte de los casos, la infección es casi siempre unilateral (3,4,12).

3. Ovaritis Aguda:

Por su proximidad con las trompas los ovarios participan también del proceso inflamatorio pelviano, aunque no en la mayor parte de las veces.

La ooforitis aguda e inclusive el absceso ovárico, son producto de infección pelviana.

4. Peritonitis Pélvica Aguda;

Da como resultado de la salida de material purulento de trompas u ovarios infectados, produciendo pelvipertonitis. Se caracteriza por un exudado seroso o fibroso que produce adherencias entre los órganos pélvicos y el intestino delgado sigmoides o recto.

Según la virulencia del germen causal se producen abscesos pelvianos, que pueden localizarse en las trompas, ovarios, o se encuentra acumulado en la cavidad pélvica, en el fondo de saco.

Casi nunca se encuentran gérmenes en el exudado al efectuar frotos o cultivos. (12)

A.1 SINTOMATOLOGIA Y SIGNOS

En la forma gonorreica los síntomas agudos aparecen durante el período menstrual o inmediatamente después, debido a

la vulnerabilidad de la cavidad uterina durante este período.

Los síntomas son los siguientes: dolor intenso en región pelviana, rigidez, sensibilidad y distensión abdominal, náuseas y vómitos, fiebre alta, leucocitosis, pulso rápido y postración.

El examen pélvico resulta difícil, poco satisfactorio y sumamente doloroso, al tacto vaginal se encuentra el útero fijo y doloroso, ambos lados de las pelvis presentan sensibilidad exquisita.

Cuando la fiebre y el dolor persisten acompañados de presión y dolor rectal, es evidencia de absceso pélvico, principalmente a nivel del fondo de saco de Douglas. (3,4,12).

En los tipos piógeno, post-parto y post-abortivos, los síntomas aparecen tardíamente entre el 8 y el 12 días post-parto y la paciente se encuentra muy débil y en condiciones sépticas, se inicia con ascenso de temperatura, taquicardia y dolor parauterino. El tacto vaginal resulta sumamente doloroso. El útero regularmente se encuentra aumentado en estos casos, mientras en los casos de aborto se encuentra únicamente ligeramente aumentado. Por palpación bimanual se comprueba un empastamiento doloroso en la fosa ilíaca correspondiente al anexo afectado y a la reacción peritoneal que provoca. Hay hiperestesia cutánea. La tromboflebitis es complicación frecuente. (3,4,12).

El engrosamiento, la infiltración y la sensibilidad de los ligamentos anchos y uterosacos constituyen una manifestación frecuente de la parametritis que casi siempre se halla presente.

A.2. DIAGNOSTICO

Se tomaran en cuenta los posibles focos de contagio de enfermedad venerea, promiscuidad, o antecedente de gonorrea anterior.

La sintomatología y signos descritos anteriormente, complementado con exámenes de laboratorio, que en el caso de gonorrea sera muy útil la técnica del anticuerpo fluorescente y cultivos.

Para el caso de infección piógena la historia de parto o aborto tiene importancia decisiva. La sintomatología es similar a la gonorrea con excepción a la forma estreptocócica que la reacción es más aguda y los síntomas pueden manifestarse a las 6 u 8 horas. Es más frecuente la formación de abscesos pélvicos.

Los exámenes de laboratorio son indispensables, hematología, con recuento y fórmula, los cultivos y hemocultivos. (12,4,3).

A.3 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- a) Apendicitis Aguda
- b) Pielitis Aguda
- c) Quiste Ovárico Supurante
- d) Infección Urinaria Aguda

A.4 TRATAMIENTO

Como medidas generales el reposo, los líquidos orales o IV si no tolera, dieta blanda, analgésicos y sedantes estan indicados.

La antibioticoterapia a utilizar dependera del resultado del cultivo cervical y de las pruebas de sensibilidad, que nunca deben omitirse. (1)

En espera de los resultados es conveniente iniciar terapia con penicilina o estreptomycin a dosis fuertes. (4,12).

Estan indicadas las sondas Nasogástricas en presencia de ileo-paralítico a consecuencia de peritonitis pelviana y los rayos

"X" de abdomen por la posibilidad de obstrucción intestinal.

La cirugía debe evitarse en fase aguda de la enfermedad y reservarse para la fase crónica. La colpotomía posterior con drenaje es muy útil para resolver abscesos del fondo de saco. (1,4,12).

Debe tenerse siempre en cuenta la posibilidad de un absceso tuboovarico roto con un brusco empeoramiento, con choque, taquicardia e hiperpirexia, junto con la desaparición de una masa anexial previamente diagnosticada. En este caso esta indicada la cirugía inmediata, con limpieza pelviana completa y con preferencia extirpación unilateral de anexos.

Kaplan y colaboradores recomiendan la laparotomía exploradora para el absceso tubo ovárico que no responde a tratamiento conservador para evitar rotura ulterior del absceso y complicaciones posteriores.

En la infección piógena se recomienda también el tratamiento conservador con la antibioticoterapia adecuada. En presencia de hemorragia profusa esta indicado el raspado uterino, con sumo cuidado para no perforar el útero reblandecido y edematoso, en conjunto con dosis masivas de antibióticos.

Ante abscesos de los ligamentos anchos pueden estar indicado el drenaje extraperitoneal.

En general el tratamiento de elección para la infección pélvica aguda sera preferentemente conservadora con antibioticoterapia y la cirugía se reservará para los casos que no responden satisfactoriamente al tratamiento conservador. (12)

II. INFECCION PELVICA CRONICA

Generalmente un solo ataque de infección pélvica aguda,

deja como secuela un proceso inflamatorio crónico. Recientemente con la ayuda de los nuevos antibióticos producidos, se ha logrado disminuir considerablemente, las complicaciones más frecuentes de trompas cerradas y esterilidad. (3,16,11)

A.1 Endometritis Crónica

Es una afección relativamente común aunque debido a la descamación mensual que sufre el endometrio, aún ante la presencia de una anexitis crónica, el endometrio puede permanecer normal.

Las características microscópicas de la inflamación crónica, consisten en una infiltración con células plasmáticas y redondas. (12)

La forma más frecuente es la post-abortiva que se acompaña de retención de restos placentarios y hay infección procedente del cuello y vagina. Puede ocurrir también con dispositivos intrauterinos, un mioma submucoso, etc. (12,16)

A.2 Subinvolución Uterina:

Estado que indica cuando el útero después de un parto o aborto, no llega totalmente a involucionar, mostrando aumento de tamaño y congestión persistente. Microscópicamente hay aumento del tejido elástico y neoformación de vasos sanguíneos. (12)

A.3 Salpingitis Crónica:

Es una inflamación crónica difusa de la pared tubárica, que se caracteriza por distensión de las trompas con hidrosalpinx o masas quísticas.

Un tipo especial es la salpingitis Itsmica Nudosa, observándose nodulaciones grandes del itsmo tubárico.

Al examen microscópico se observa una gran cantidad de luces en la trompa. (14,4,3)

A.4 Hidrosalpinx y Ooforitis:

La infección gonorréica produce regularmente obstrucción de la trompa a nivel de los cuernos uterinos y de la fimbria con formación de Piosalpinx. Al absorberse el pus se forma un hidrosalpinx.

Hay dos tipos de hidrosalpinx el simple y el folicular. El simple está formado por una sola cavidad de paredes delgadas y el folicular esta dividido por trabéculas. (12, 4)

Con menos frecuencia se encuentran tomados los ovarios, al infectarse es frecuente que sea por vecindad de un piosalpinx y puede formarse un absceso tuboovárico.

Es más frecuente la periooforitis en la cual esta inflamada la substancia del ovario, pero el propio ovario se encuentra normal. (12, 4)

B. Sintomatología

Los síntomas se desarrollan gradualmente, el dolor se presenta como una sensación de gravidez o una molestia en los cuadrantes inferiores abdominales y las regiones pélvicas. Es típico que el dolor se acentúe antes o durante la menstruación.

La dismenorrea es el síntoma más común, también pueden presentarse menorragias, perturbaciones del ritmo menstrual. La dorsalgia y la molestia rectal también es frecuente debido a la presión que hacen los anexos inflamados sobre el recto.

La irritabilidad vesical con disuria o tenesmo es frecuente también (3,4,12)

C. Diagnóstico

Además de la presencia de los síntomas y signos descritos y la historia, hace diagnóstico de enfermedad pélvica crónica, el hallazgo al examen ginecológico de tumoraciones grandes o pequeñas, más o menos fijadas a nivel de ambos lados de la pelvis o fondo de saco.

Un útero en retroversión o retroflexión con movilidad disminuida, doloroso a la palpación, es bastante sugestivo. (3,4,12)

D. Diagnóstico diferencial

1. Embarazo Eutópico Organizado
2. Endometriosis pelviana
3. Fibrosis retroperitoneal Idiopática

E. Tratamiento

El tratamiento quirúrgico está recomendado particularmente ante la presencia de grandes masas tuboováricas con adherencias a útero y recto. El tipo de operación a efectuar dependerá del grado de participación de los diferentes órganos pélvicos. Cuando se trata de mujeres jóvenes con obliteración de trompas, está justificado el tratamiento quirúrgico, ya que de cualquier manera el embarazo no es posible. Recientemente se han utilizado algunas técnicas de cirugía plástica para permeabilizar las trompas ocluidas con algunos resultados favorables. (3,4,12).

1. El tratamiento de la infección pélvica crónica después de haber sido tratada conservadoramente con reposo, antibióticos, plan educativo e incluso en ocasiones esteroides, es la cirugía.

III. TUBERCULOSIS PELVIANA

La incidencia de tuberculosis pelviana varía según la localización geográfica, es mayor en donde la tuberculosis pulmonar es frecuente. La mayoría de pacientes se encuentran en la edad reproductiva. (4,8), entre los 20 y 40 años de edad.

La incidencia de tuberculosis genital mundial oscila entre 5-100/o, el más bajo es menos de 10/o en Australia y el más alto reportado es 190/o en la India, demostrado por biopsia o curetaje endometrial. En Europa, Escandinavia y Sur América con Israel la incidencia es alta y va en aumento. En los Estados Unidos y Australia es menos de 10/o. 510/o de los pacientes estériles en la India presentan tuberculosis genital. En un estudio efectuado por Halbrecht, 440/o de los pacientes con infertilidad primaria y oclusión tubárica presentaban una salpingitis tuberculosa (15).

La frecuencia en que son afectados los diferentes órganos genitales son según Shaffer (15) es:

1. Trompas	90 - 100o/o
2. Utero	50 - 60o/o
3. Ovarios	20 - 30o/o
4. Cervix	5 - 15o/o
5. Vagina	1o/o

La lesión inicial suele ser tubárica en un 100o/o de los casos (12,4,1,3), aunque se han observado casos de infección cervical primaria transmitida por contacto sexual; encontrándose Fimias genitales en el compañero. (4)

La infección proviene de lesión tuberculosa extragenital, tuberculosis pulmonar, tuberculosis miliar, aunque casi siempre se encuentra el foco de infección inactivo. (4,15). En la mayor parte de veces el foco primario suele ser pulmonar y la vía de transmisión hematogena. (1,4,15) La vía linfática también es

posible cuando hay lesión primaria abdominal.

A.1 Tuberculosis de las trompas:

La salpingitis tuberculosa constituye el 50/o del total de salpingitis en lugares en donde existe desnutrición. Las trompas constituyen el asiento (4,1) inicial de la tuberculosis pelviana.

Las características macroscópicas se confunden con el tipo gonorreico, presentando similarmente piosalpinx, hidrosalpinx y nodulaciones. (12,5)

Microscópicamente hay presencia de tubérculos y células gigantes e inflamación crónica (1). En fases avanzadas es frecuente la caseificación. (4)

A.2 Tuberculosis del endometrio:

Es secundaria a las trompas y aparece en menor del 50o/o de los casos de salpingitis tuberculosa. Se caracteriza por la presencia de tubérculos característicos, células gigantes y epiteloideas, en fase avanzada hay caseificación. (4,1).

El cultivo de bacilos ácido-resistentes del endometrio es positivo en 75o/o de los casos y las tinciones para ácido resistentes negativos. (1,8).

A.3 Tuberculosis de los Ovarios:

Se presenta exclusivamente en presencia de tuberculosis de las trompas y cuando se presenta sin ésta, se trata más que todo de una periovaritis, que desaparece espontáneamente al extirpar las trompas. (1)

B. Características Clínicas:

La característica más común de tuberculosis genital es dolor pélvico. Se presenta en más de la mitad de los pacientes y es de carácter crónico. (8)

Al principio el dolor es suave pero después se torna agudo y se agrava por el ejercicio, coito.

Presentan desordenes menstruales en 10-40o/o de los casos (8) en forma de sangrados anormales, o amenorrea. La explicación más aceptable para la causa de la amenorrea, es la dada por Malhani, Nogales y Villas, quienes la atribuyen a caseación del endometrio.

Al examen físico es posible no encontrar ninguna patología o simplemente indicios muy vagos (8,1). Cuando la infección bacilar ataca el peritoneo pelviano, se desarrolla una peritonitis tuberculosa. Generalmente se desarrolla en presencia de una salpingitis extensa, y se comporta como una anexitis acompañada de ascitis.

Se presentan dos tipos la forma húmeda que forma tubérculos en el peritoneo visceral y parietal a nivel pélvico. El epiplón presenta nodulaciones y se encuentra endurecido y engrosado. Hay ascitis, generalmente del tipo enquistado.

La forma seca es una forma probablemente tardía de la húmeda, hay poco líquido ascítico y se forman grandes induraciones y adherencias, forma fibroplástica. Aparece caseificación, necrosis y formación de fístulas. (Novak)

C. Diagnóstico

La historia familiar es muy importante insiste Schaefer, para verificar antecedentes de tuberculosis. La esterilidad sin causa

aparente, masas anexiales en mujeres vírgenes, enfermedad pélvica crónica y refractaria al tratamiento, son indicios para sospechar enfermedad pélvica tuberculosa. (1,8,4).

Los exámenes complementarios incluirán, Rx de tórax para estudiar incidencia de lesión tuberculosa pulmonar activa o inactiva, aunque una placa de tórax negativa, no excluye la posibilidad de tuberculosis genital. (4,8)

La prueba de tuberculina es importante para descartar tuberculosis como una causa de lesiones genitales. Una prueba de tuberculina positiva con sintomatología abdominal inexplicables es indicación para investigar tuberculosis pélvica. (8)

El estudio histológico del curetaje endometrial en fase premenstrual del ciclo es más eficaz que la biopsia para identificar el proceso tuberculosis endometrial. (8,1,4).

Algunos autores indica Schaefer, no recomiendan estos métodos por el riesgo de reactivar lesiones de tuberculosis antiguas o promover la diseminación hematogena. (8,1)

Estudios bacteriológicos en secreciones cervicales, uterinas o flujo menstrual, principalmente, son de gran utilidad. Deben encontrarse en los frotos 100,000 mycobacterias por ml., o más, para considerarse positivo. (8).

Algunos autores como Siegler y Schaefer, recomiendan la histerosalpingografía, para detectar oclusiones de las trompas, lo cual nos indica una probable etiología tuberculosa.

En ocasiones es necesario efectuar una laparatomía exploradora para visualizar las trompas y confirmar o establecer el diagnóstico de tuberculosis genital.

D. Tratamiento

Antiguamente el tratamiento era casi exclusivamente quirúrgico y los resultados en gran parte de los casos no muy favorables. Sin embargo ahora con la ayuda de las drogas antituberculosas, el tratamiento es sumamente efectivo, aunque bastante largo.

La terapéutica médica utiliza tres drogas antituberculosas principalmente la estreptomina, INH y PAS. (4,8)

El modo de empleo de esta droga depende directamente del grado de extensión y tipo de la lesión. En general se administran de 300-400 mg de INH, 1 gramo de estreptomina y 15 gms de PAS diarios. (4,8) Sutherland recomienda 1 gramo de Estreptomina, 15 gms de PAS, y 300 mg de INH diarios, después de 4 meses se interrumpe la estreptomina y se continúa con los otros dos por no menos de 18 meses.

Según estudios efectuados, la quimioterapia de corta duración no tiene efecto en la tuberculosis pelviana. 75o/o de los pacientes tratados con PAS, INH y estreptomina de 2-6 meses según la gravedad aparente, presentaban aún báculos ácido alcohol resistentes en las trompas. Se recomienda una terapéutica no menor de dos años de duración para resultados satisfactorios.

Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pelviana son:

1. Dolor abdominal constante durante el tratamiento médico o recidivas.
2. Persistencia o desarrollo de masas anexiales después del tratamiento médico.
3. Recidivas de la infección endometrial o hemorragia excesiva después del tratamiento médico.
4. Formas avanzadas de enfermedad pélvica. Schaefer

utiliza la cirugía en combinación con las drogas antituberculosas pre y post operatorias.

Novak opina que la terapéutica médica debe reservarse para las pacientes que tienen trompas permeables y deseo de tener más embarazos, por lo contrario el tratamiento más eficaz es la cirugía en combinación con drogas antituberculosas.

III. OBJETIVOS GENERALES

1. Aplicar el método científico a través de la investigación de los problemas médicos sociales de Guatemala.
2. Conocer y participar en la lucha de la problemática de salud de Guatemala.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluación del tratamiento de la infección pélvica en el Hospital General San Juan de Dios con respecto a la efectividad del tratamiento médico y quirúrgico efectuado.
2. Conocer la morbilidad, mortalidad y epidemiología.
3. Conocer la causalidad y los factores predisponentes del problema en nuestro medio.
4. Conocer la incidencia de infección pélvica en el Hospital General San Juan de Dios y el promedio de días estancia intra-hospitalaria.
5. Conocer en general el estado de la infección pélvica en el Hospital General San Juan de Dios.

IV. MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo de tesis, se decidió hacer una revisión retrospectiva de los 100 casos más recientes de infección pélvica en el Hospital General San Juan de Dios, Departamento de Gineco-Obstetricia, utilizando los libros de estadística de las salas de problemas ginecológicos y séptico para recolectar los registros clínicos de los casos de infección pélvica y efectuar la revisión de casos por medio del estudio de las fichas clínicas; bajo la asesoría de los médicos jefes y residentes de los servicios.

Se hizo además una amplia revisión bibliográfica sobre el tema para documentar, analizar y comentar los resultados obtenidos. Se hizo énfasis en el estudio de los siguientes datos en las fichas clínicas:

1. Edad
2. Estado Civil
3. Ocupación
4. Perfil Social
5. Motivo de consulta
6. Tiempo de evolución
7. Número de gestas, partos, abortos, cesáreas.
8. Antecedentes de importancia médicos
 - a) DIU
 - b) Procedimientos ginecológicos efectuados
 - c) Infección pélvica anterior
 - d) Aborto séptico
9. Impresión clínica de ingreso:
 Diagnóstico en servicio por emergencia
10. Hallazgos al examen ginecológico
11. Datos de laboratorio:
 Hemoglobina, leucocitosis, velocidad de sedimentación

12. Cultivos de secreciones y frotos vaginales
13. Tratamiento:
 - a) Médico
 - a.1) Antibioticoterapia
 - b) Médico y quirúrgico
 - b.1) Procedimiento quirúrgico efectuado
 - b.2) Anatomía patológica
14. Complicaciones
15. Mortalidad
16. Días de estancia intra-hospitalaria
17. Diagnóstico de egreso y condición de egreso.

V. PRESENTACION DE RESULTADOS Y DISCUSION

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación por medio de cuadros representativos acompañados por los comentarios respectivos.

CUADRO No. 1

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

EDAD DE LAS PACIENTES CON INFECCION PELVICA

GRUPO ETAREO	No. DE CASOS	o/o
15 - 20	24	24o/o
21 - 25	41	41o/o
26 - 30	21	21o/o
31 - 35	6	6o/o
36 - 40	6	6o/o
41 - 45	1	1o/o
46 - 55	1	1o/o
TOTAL	100	100o/o

Mayor de edad: 55 años

Menor de edad: 16 años

Comentarios:

Esta reportado en la literatura internacional que la incidencia de infección pélvica es más frecuente en la edad reproductiva temprana (4,12).

En este estudio se confirma lo anterior encontrando 86o/o de las pacientes entre la edad de 15-30 años.

La mayor edad encontrada fué de 55 años y la menor de 16 años con más alta incidencia de pacientes dentro de los 21 a 25 años.

En la investigación efectuada por Chuy (2) en este mismo hospital en 1973 vemos que no han habido variaciones con respecto a la distribución etaria de las pacientes que se atienden en el hospital con infección pélvica. La mayor incidencia estuvo entre los 21-35 años y la mayor edad encontrada fue de 48 y la menor de 14 años.

En México, Sánchez Contreras (14) reportó datos similares, encontrando la mayor incidencia entre los 25 y 44 años de edad. Vascuran (19) también en México, reportó la mayor incidencia dentro de los 18-28 años.

CUADRO No. 2

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GRUPO ETNICO DE LAS PACIENTES
CON INFECCION PELVICA

GRUPO ETNICO	No. DE CASOS	o/o
Ladinos	98	98o/o
Indígenas	2	2o/o
TOTAL	100	100o/o

Comentario:

El 98o/o de las pacientes que consultaron al hospital con problema de infección pélvica fueron clasificados como ladinos y únicamente en el 2o/o como indígenas.

Según el Departamento de Estadística del Hospital que se encarga de hacer la clasificación, toma como criterio para identificar ladino o indígenas si visten traje indígena o no.

CUADRO No. 3

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON
INFECCION PELVICA

ESTADO CIVIL	No. DE CASOS	o/o
Solteras	20	20o/o
Unidas	72	72o/o
Casadas	7	7o/o
Divorciadas	1	1o/o
TOTAL	100	100o/o

Comentario:

En nuestro medio la mujer unida ocupa el más alto porcentaje de incidencia de enfermedad pélvica, el 72o/o, esto contrasta con lo reportado por otros autores que reportan la más alta incidencia entre las mujeres casadas.

Si analizamos la situación vemos que la unión de hecho es la condición más frecuente entre las mujeres de condición socio-económica baja y esta es la clase de pacientes que acuden a los hospitales estatales.

La incidencia entre mujeres solteras es alta 20o/o, es similar a la reportada por Rodríguez en Colombia (2).

Los resultados no han variado comparados con los datos obtenidos en este hospital en 1973.

CUADRO No. 4

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

OCUPACION DE LAS PACIENTES CON
INFECCION PELVICA

OCUPACION	No. DE CASOS	o/o
Oficios Domésticos	90	90o/o
Fábrica	3	3o/o
Almacén	1	1o/o
Mesera	4	4o/o
Secretaria	1	1o/o
Estudiante	1	1o/o
TOTAL	100	100o/o

Comentario:

El 90o/o de las pacientes se dedican a oficios domésticos, principalmente a servir en casas ajenas.

Esto nos confirma que las pacientes pertenecen a un bajo nivel socioeconómico, lo que concuerda con investigaciones efectuadas por otros autores en otros países (5,3,7)

Cuatro pacientes son meseras de cantinas donde es evidente la promiscuidad.

Comparando con los resultados de 1973, (2), 91o/o de las pacientes se dedicaban a oficios domésticos, la situación no ha variado.

CUADRO No. 5

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

INCIDENCIA ANUAL DE INFECCION PELVICA

TIPO DE PROBLEMA	No. DE PACIENTES	o/o
Otros problemas ginecológicos	914	88.2o/o
Infección pélvica	124	11.8o/o
TOTAL	1,038	100o/o

Comentario:

La incidencia de infección pélvica en el año 78-79 correspondió al 11.8o/o del total de hospitalizaciones por problemas ginecológicos. Lo cual es un índice bastante elevado, esto podría explicarse por las bajas condiciones socio-económicas de la mayoría de las pacientes, en donde esta clase de problemas es más frecuente.

CUADRO No. 6

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

MOTIVO DE CONSULTA DE LAS PACIENTES
CON INFECCION PELVICA

MOTIVO DE CONSULTA	No. DE CASOS	o/o
Dolor Abdominal	90	90o/o
Hemorragia	6	6o/o
Fiebre	2	2o/o
Flujo Vaginal	2	2o/o
TOTAL	100	100o/o

Comentarios:

El síntoma más frecuente por el cual consultaron las pacientes fue dolor abdominal en 90o/o de los casos, seguido de fiebre, hemorragia y flujo vaginal. Esto concuerda con la literatura revisada sobre este tema.

López Ortiz y colaboradores encontraron en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del IMSS, resultados similares.

El 58o/o de las pacientes consultaron por dolor abdominal, 72o/o por leucorrea y 58o/o por fiebre. (8).

Comparando los resultados de este hospital en 1973, (2) el síntoma más frecuente fué también dolor abdominal en 93o/o de los casos.

CUADRO No. 7

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

INICIO DE LA SINTOMATOLOGIA EN RELACION
AL DIA DE LA CONSULTA

TIEMPO DE EVOLUCION	No. DE CASOS	o/o
1 - 24 Hrs.	22	22o/o
25 - 48 Hrs.	17	17o/o
49 - 72 Hrs.	19	19o/o
6 días	19	19o/o
10 días	13	13o/o
15 días	4	4o/o
20 días	3	3o/o
1 mes	3	3o/o
TOTAL	100	100o/o

Mayor: 1 mes de evolución

Menor: 2 Hrs. de evolución

Comentario:

La mayoría de pacientes 58o/o consultaron al hospital durante las primeras 72 horas de evolución. El 32o/o consultaron a los 6 ó 10 días de evolución. El resto consultaron de 15 días a un mes de evolución.

El menor tiempo de evolución fué de 2 horas y el mayor de 1 mes.

En el estudio efectuado en este hospital en 1973, (2), los resultados fueron similares.

CUADRO No. 8

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

SINTOMATOLOGIA ACOMPAÑANTE

Síntomas Acompañantes	No. de Casos	o/o
Fiebre	86	86o/o
Dolor abdominal	8	8o/o
Náuseas y vómitos	18	18o/o
Disuria	18	18o/o
Cefalea	8	8o/o
Flujo	18	18o/o
Hemorragia	5	5o/o
Anorexia	18	18o/o
Decaimiento	6	6o/o
Diarrea	5	5o/o
Extreñimiento	1	1o/o
Cambios de conducta	1	1o/o
TOTAL	100	100o/o

Comentario:

La sintomatología acompañante, no es específica de enfermedad pélvica, pues esta presente en una gran variedad de padecimientos abdominales, pero dentro de las características generales de la enfermedad adquieren importancia clínica. Dentro de la sintomatología acompañante la fiebre fué la más frecuente, presente en un 86o/o de los casos, le siguen en orden de frecuencia cefalea, anorexia y disuria principalmente. Se reportó un caso presentando cambios de conducta.

CUADRO No. 9

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

	GESTAS		PARA		ABORTO		C	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
0	18	18o/o	26	26o/o	54	54o/o	99	99o/o
1	24	24o/o	26	26o/o	35	35o/o	1	1o/o
2	13	13o/o	19	19o/o	7	7o/o		
3	16	16o/o	13	13o/o	1	1o/o		
4	7	7o/o	5	5o/o	1	1o/o		
5	9	9o/o	5	5o/o				
6	4	4o/o	2	2o/o	1	1o/o		
7	5	5o/o	2	2o/o	1	1o/o		
8	4	4o/o	2	2o/o				
9								
10								
11			1	1o/o				
12	1	1o/o						
TOTAL	100	o/o	100	o/o	100	o/o	100	o/o

Mayor No. 12
Promedio: 3

Mayor No. 11
Promedio: 2

Mayor No. 7
Promedio: 7

Mayor No. 0
Promedio: 0

Comentario:

En los antecedentes obstetricos encontramos que el promedio fué. Embarazos: 3.1, Partos: 2.4, Abortos: 0.7.

El 18o/o de las pacientes no habían tenido embarazos y el mayor número fue 12.

El 26o/o de las pacientes eran nulíparas y el mayor número fueron 11 partos.

El 54o/o de las pacientes no habían tenido abortos y el mayor número fueron 7 abortos

Estos datos son similares a los encontrados en este hospital en 1973, (2).

Analizando los resultados vemos que no hay relación aparente dentro de los antecedentes obstetricos e infección pélvica.

Aunque algunos autores piensan que a mayor partos y abortos aumenta la predisposición para adquirir enfermedad pélvica.

CUADRO No. 10

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

ANTECEDENTES IMPORTANTES EN RELACION A INFECCION PELVICA

ANTECEDENTES	No. DE CASOS	o/o
Infección pélvica anterior	10	10o/o
Aborto séptico	21	21o/o
Legrados Instrumental	8	8o/o
Post parto complicado	9	9o/o
DIU	6	6o/o
Gonorrea	2	2o/o
Leucorreas	2	2o/o
Cauterización de úlcera cervical	1	1o/o
Pomeroy	1	1o/o
Traumaticos	1	1o/o
Infertilidad	1	1o/o
Sin antecedentes	38	38o/o
TOTAL	100	100o/o

Comentario:

Es de suma importancia reconocer los factores predisponentes para desarrollar enfermedad pélvica, poder evitar de esta manera nuevas infecciones y reinfecciones.

Ultimamente se le ha dado bastante importancia a la potencialidad de los métodos anticonceptivos en producir infección pélvica.

En Estados Unidos, se han hecho varias investigaciones, entre ellas, Eschenback, reporta una incidencia del 2 al 80/o de infección pélvica dentro de los pacientes que usan dispositivos intrauterinos. Noonan y Adams, reportan una mayor predisponibilidad a desarrollar infección pélvica en pacientes que adquieren alguna infección genital baja y que usan dispositivos intrauterinos.

En México Lotven, reporta en su investigación con el Asa de Lippes simples, una incidencia de 5.150/o de pacientes con procesos infecciosos cervico-vaginales.

Ledger reporta que la incidencia de casos de infección pélvica con dispositivos intrauterinos, es mayor en mujeres de bajo nivel socioeconómico, con condiciones higiénicas y educacionales deficientes. Además el antecedente de alguna infección genital anterior o enfermedad sistémica (7).

Parece que con anticonceptivos orales podrían aumentar la susceptibilidad de adquirir infecciones pélvicas en pacientes que han sido expuestas a infecciones gonorreíca, según reporta Fiumura en su estudio. (7)

La manera en que estos dispositivos intrauterinos favorecen la infección pélvica, es explicada por varios autores que es en el momento de la introducción y ya instalado formando una vía de

entrada entre la vagina y el útero.

De las pacientes investigadas en este estudio, el aborto séptico fué el de mayor incidencia con el 210/o, le siguen en frecuencia infección pélvica anterior con 100/o, procedimientos ginecológicos y obstétricos, 90/o, dispositivos intrauterinos 60/o, (2 pacientes utilizaban la T de cobre que se tuvo que extraer y 4 más con el Asa de Lippes).

Comparando los resultados de la investigación del año 1973 los antecedentes más importantes fueron, infección pélvica anterior, uso de DIU y procedimientos ginecológicos. Y aborto séptico principalmente.

CUADRO No. 11

CUADRO No. 11

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

SIGNOS VITALES EN EMERGENCIA

11a. Pulso

Pulso X'	No. de Casos	o/o
70 - 80	27	27o/o
81 - 90	23	23o/o
91 - 100	25	35o/o
100 -	25	25o/o
TOTAL	100	100o/o

Mayor: 160 x'
Menor: 71 x'

11b. Respiraciones

Respiraciones X'	No. de Casos	o/o
15 - 20	53	53o/o
21 - 25	35	35o/o
26 - 30	10	10o/o
31 - 35	2	2o/o
TOTAL	100	100o/o

Mayor: 35 x'
Menor: 16 x'

11c. Temperatura oral

Temperatura °C	No. de casos	o/o
36.5 - 37	40	40o/o
37.1 - 38	24	24o/o
38.1 - 39	26	26o/o
39 - 40	10	10o/o
TOTAL	100	100o/o

Mayor: 39.8°C
Menor: 36.5°C

11d. Presión arterial

Presión	No. de Casos	o/o
Shock (Menor de 70/50)	0	0o/o
Hipotensión (70.1/50.1-90/60)	26	26o/o
Normal (100/70-120/80)	69	69o/o
Hipertensión (Más de 130/90)	5	5o/o
TOTAL	100	100o/o

Mayor: 160/110
Menor: 85/60

Comentario:

En el control de los signos vitales que se tomaron en la emergencia, vemos que 50o/o de las pacientes presentaban el pulso acelerado, únicamente 12o/o presentaban aumento de respiraciones, 60o/o presentaban fiebre dentro de estas 10o/o con fiebre mayor de 39°C, la presión arterial se encontraba normal en 69o/o y únicamente 5o/o presentaban hipertensión. Comparando con los datos de la investigación de 1973, no hay mayores variaciones. (2).

CUADRO No. 12

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

EXAMEN GINECOLOGICO

	No. de Casos	o/o
Dolor al tacto	95	95o/o
Leucorrea Purulenta	80	80o/o
Hemorragia	5	5o/o
Utero aumentado de tamaño	8	8o/o
Anexo izquierdo empastado	17	17o/o
Anexo derecho empastado	11	11o/o
Ambos anexos empastados	26	26o/o
Masa anexial derecha	14	14o/o
Masa anexial izquierda	8	8o/o
Masa pélvica	12	12o/o
Abombamiento de fondo de saco	21	21o/o
Utero doble vagina	1	1o/o

Comentario:

Los hallazgos encontrados en el examen ginecológico concuerdan con la patología descrita por la mayor parte de autores (4,12,3,10).

Los hallazgos encontrados corresponden principalmente a patología anexial con presencia de masas, o empastamiento, presentando además en 95o/o de los casos tacto doloroso, leucorreas purulentas en 80o/o y abombamiento de fondo de saco en 21o/o.

Estos hallazgos son bastante similares a los resultados de la investigación de 1973 (2).

CUADRO No. 13

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

DIAGNOSTICO DE INGRESOS POR EMERGENCIA

13a. Piógena

Infección Pélvica		No. de Casos	o/o
Piógena	Aguda	57	57o/o
	Crónica	24	24o/o
TOTAL		81	81o/o

13b. Gonorreica

Gonorreica	Aguda	3	3o/o
	Crónica	1	1o/o
TOTAL		4	4o/o

13c. Tuberculosa

T B	Aguda	0	0o/o
	Crónica	1	1o/o
TOTAL		1	1o/o

13d. Otros Diagnósticos:

	No. de Casos	o/o
Embarazo Eutópico	4	4o/o
Quiste del Ovario	3	3o/o
Apendicitis perforada	2	2o/o
Gastroenterocolitis	1	1o/o
Masa anexial de etio.?	3	3o/o
Tumor retroperitoneal	1	1o/o

Comentario:

Los diagnósticos en la emergencia fueron elaborados por medio de la historia, los signos y síntomas, el examen físico, los hallazgos ginecológicos, datos de laboratorio esenciales como hematología completa con recuento y fórmula y velocidad de sedimentación, y algunos casos complementados por frotos vaginales o endocervicales.

El 4o/o de las pacientes se ingresaron con diagnóstico de infección pélvica tipo gonorreica, diagnosticada por medio de frotos positivos.

Un caso únicamente de infección pélvica tipo tuberculosa diagnosticada clínicamente y lamentablemente la paciente rechazó el tratamiento y no se pudo confirmar el diagnóstico.

Los errores de diagnóstico dados por emergencia fueron posteriormente evaluados en el servicio y confirmado el diagnóstico de infección pélvica.

Dentro de los diagnósticos de infección pélvica hubo error en la identificación del proceso como crónico o agudo en 7 casos 3 fueron clasificados como agudos y eran crónicos y 4 fueron clasificados como crónicos y eran agudos, estos fueron confirmados posteriormente en el servicio.

CUADRO No. 14

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

PRINCIPALES RESULTADOS DE EXAMENES DE
LABORATORIO EFECTUADOS

14a. Hematología

Hemoglobina g/100ml	No. de Casos	o/o
Menor 9	5	5o/o
9.1 - 10	8	8o/o
10.1 - 11	11	11o/o
11.1 - 12	21	21o/o
12.1 - 13	23	23o/o
13.1 - 14	16	16o/o
14.1 - 15	16	16o/o
TOTAL	100	100o/o

Mayor: 15g/100ml

Menor: 7.5g/100ml

14b. Leucocitos mm³

Leucocitos	No. de Casos	o/o
5,000 - 6,000	4	4o/o
6,001 - 7,000	5	5o/o
7,001 - 8,000	16	16o/o
8,001 - 9,000	14	14o/o
9,001 - 10,000	9	9o/o
10,001 - 15,000	27	27o/o
15,001 - 20,000	14	14o/o
20,001 - 25,000	9	9o/o
25,001 -	2	2o/o
TOTAL	100	100o/o

Mayor: 35,700 leucocitos/mm³

Menor: 4,800 leucocitos/mm³

RECUESTO DIFERENCIAL

14c. Segmentados

Segmentados o/o	No. de Casos	o/o
20 - 40	2	2o/o
41 - 50	5	5o/o
51 - 60	6	6o/o
61 - 70	12	12o/o
71 - 80	28	28o/o
81 - 90	46	46o/o
91 - 100	3	3o/o
TOTAL	100	100o/o

Mayor: 98o/o
Menor: 26o/o

14d. Linfócitos

Linfócitos o/o	No. de Casos	o/o
0 - 5	14	14o/o
6 - 10	10	10o/o
11 - 20	40	40o/o
21 - 30	26	26o/o
31 - 40	6	6o/o
41 - 50	4	4o/o
TOTAL	100	100o/o

Mayor: 48o/o
Menor: 3o/o

14e. Velocidad de sedimentación mm/hr.

Sedimentación	No. de Casos	o/o
0 - 20	10	10o/o
21 - 40	9	9o/o
41 - 60	22	22o/o
61 - 80	9	9o/o
81 - 100	19	19o/o
100 - 120	15	15o/o
120 -	2	2o/o
No se hizo	14	14o/o
TOTAL	100	100o/o

Mayor: 120 mm/hr
Menor: 11 mm/hr.

14f. VDRL

VDRL	No. de Casos	o/o
+	11	11o/o
-	75	75o/o
No se hizo	14	14o/o
TOTAL	100	100o/o

Comentario:

La hematología completa con recuento diferencial y fórmula velocidad de sedimentación son indispensables para la evaluación y seguimiento de la infección pélvica, así como de cualquier proceso infeccioso.

Entre los resultados obtenidos encontramos, que 45o/o de las pacientes estaban anémicas. El recuento leucocitario reportó leucocitosis en 61o/o de las pacientes con un promedio de 13,000 leucocitos por mm^3 , con un recuento diferencial predominante de 81-90o/o de segmentados y 11-20o/o de linfocitos.

La velocidad de sedimentación se encontró aumentada en 90o/o de los casos, con valores que oscilaban entre 21-120 o más por mm/hr.

A 86o/o de los pacientes se efectuó VDRL, resultando positivo 11o/o, esto podría interpretarse como indicativo de cierto grado de promiscuidad.

En el estudio realizado por Vascuran y colaboradores en México con 48 pacientes con proceso infeccioso pélvico (19) reportaron entre sus exámenes de laboratorio un promedio de hemoglobina de 11.89 g/100ml., dato que es muy similar al encontrado por nosotros en este año y en 1973 (2).

El recuento leucocitario reportado por Vascuran (19) de 10,800 X mm^3 promedio, es ligeramente menor que el promedio encontrado por nosotros, 13,000 X mm^3 y de 12,500 X mm^3 en 1973. (2)

Ultimamente se ha hablado bastante sobre la utilidad de la velocidad de sedimentación, arguyendo que es una prueba bastante inespecífica, susceptible a muchos errores y que es una mera aproximación. Actualmente en nuestro hospital se ha dejado de tomar muy en cuenta este dato.

CUADRO No. 15

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

15a. Exámenes Especiales

	Sec. vaginal	Sec. Endocervical	Absceso Pélvico	Hemo-cultivo
Frote	2	7	4	0/o
Cultivo	6	8	9	2
TOTAL	8	15	13	2

15b. Resultados

	Sec. Vaginal	Sec. Endocervical	Absceso
Frotes	Gonococo	2	Cocos gram+ 1
	bácilos gram+	1	Cocos gram - 1
	Cocos gram+	1	Negativo 2
	negativo	1	Bácilos gram - gram +
Cultivos	Estafilococo coagulasa (-)	1	E. Coli 1
	Eschericha Coli	1	Pectococus 1
	Neiseria	1	Staphilococo 1
	Flora Mixta	2	Negativo 4
	Negativo	2	Citrobacter 1
			Estreptococo gama 1
Hemo-cultivo	Pseudomona	1	
	negativo	2	

Comentario:

La identificación del agente infeccioso en la enfermedad pelviana es de suma importancia para la elección del tratamiento adecuado. Se ha reconocido por la mayoría de autores (3,4,12,16,5) que la mayoría de infecciones pélvicas son causadas por gérmenes endógenos, provenientes de la flora natural de la vagina, actuando como agentes oportunistas.

Entre ellos tenemos: (11)

Anaerobios

1. Bacteroides frágiles
2. Peptococos
3. Peptoestreptococos
4. Fusobacterias
5. Actinomyces (raramente)
6. Clostridium (no siempre endógeno)

Aerobios (Gram - báculos entéricos)

1. Eschericha Coli
2. Proteus Mirabilis
3. Klebsiella
4. Enterobacter

Entre los agentes etiológicos exógenos tenemos: (11)

1. Estreptococo A-Beta Hemolítico
2. Neiseria gonorrhoeae
3. Mycobacterium tuberculosis
4. Estafilococo aureus

Soberon y Domínguez (18) en su investigación con 40 casos de infección pélvica en México, encontraron los siguientes agentes etiológicos en orden de frecuencia:

1. Eschericha Coli
2. Estafilococo coagulasa +
3. Proteus Mirabilis
4. Estreptococo

López Ortiz y colaboradores (8) en su estudio sobre aborto séptico en México, encontro predominantemente enterobacterias como agentes etiológicos entre los pacientes con infección pélvica.

Vascuran y colaboradores encontraron en 48 pacientes con infección pélvica en orden de frecuencia: Eschericha Coli (principalmente) aerobacter y paracolobacterias.

Ledger, reportó Bacteroides y anaerobios como los más frecuentes hallazgos post-operatorios de infecciones anexiales y Burgoyne encontraron en cultivos de culdocentesis, en orden de frecuencia, Neisseria gonorrhoeae 38o/o, cocos anaerobios 32.6o/o y estreptococos fecalis en 18.4o/o. Eschenbach encontró en cultivos de exudados peritoneales, en orden de frecuencia, Bacteroides frágiles, peptococos y peptoestreptococos (5).

Parker y Jones reportaron cocos anaerobios 32o/o como los más frecuentes en abscesos pélvicos sin intervención quirúrgica, seguidos por Eschericha Coli 11o/o, Bacteroides 8o/o.

La gran variedad de gérmenes patógenos aislados por investigadores estaunidenses depende directamente de la disponibilidad de equipo y técnicos especializados de bacteriología, así como principalmente la correcta utilización de cultivos anaerobios.

Desafortunadamente en nuestros hospitales estatales no es posible efectuar estudios bacteriológicos completos en todos los pacientes, debido a falta de recursos económicos, equipo y

personal adiestrado.

Debido a estas circunstancias el seguimiento bacteriológico de los pacientes es bastante deficiente, habiéndosele hecho estudio bacteriológico únicamente al 38o/o de las pacientes y de una manera incompleta, pues a algunos pacientes se les hizo únicamente frotos, a otros cultivos y no frotos y a una mínima cantidad frotos y cultivos, aunque incompletos y sin el seguimiento adecuado.

En los resultados obtenidos de los frotos se identificó gonococo únicamente en dos casos aunque se diagnosticaron clínicamente dos casos más. Me parece que la incidencia de infección gonococcica es mucho mayor, pero debido a la dificultad de aislar el gonococo en la fase de infección pélvica, como lo describe Eschenbach (3), y la falta de cultivos apropiados, dificulta la identificación. En nuestro medio la infección gonococcica es bastante frecuente, principalmente en el nivel socio-económico bajo.

Los demás gérmenes identificados fueron en orden de frecuencia Escherichia coli, estafilococo coagulasa, estreptococo, alpha y gama, neisseria, citrobacter, peptococo.

CUADRO No. 16

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

TRATAMIENTO DE INFECCION PELVICA

16a. Tipo de Tratamiento

Tipo de Tx.	No. de Casos	o/o
Médico	74	74o/o
Médico y Quirúrgico	26	26o/o
TOTAL	100	100o/o

16b. Tratamiento de la infección Pélvica Crónica

Con cirugía	Menor	8	19	60o/o
	Mayor	11		
Médico		5		16o/o
Rehusaron Tx quirúrgico		9		24o/o
TOTAL		33		100o/o

Comentario:

Todos los casos de infección pélvica aguda fueron tratados medicamente con antibioticoterapia y en algunos casos auxiliados por colpotomía posterior, en presencia de abscesos de fondo de saco posterior.

Cinco casos de infección pélvica crónica, fueron tratados únicamente con antibióticos y el resto de infección pélvica crónica se le dió tratamiento combinado médico-quirúrgico.

CUADRO No. 17

**DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"**

TRATAMIENTO MEDICO

Combinaciones de Antibióticos Utilizados		
	No. de Casos	o/o
Cloranfenicol		
Penicilina	50	67o/o
Gentamicina		
Lincomicina	8	11o/o
Gentamicina		
Clindamicina	6	8o/o
Gentamicina		
Eritromicina	1	1o/o
Lincomicina		
Penicilina	2	3o/o
Lincomicina		
Cloranfenicol	1	1o/o
Clindamicina		
Cloranfenicol	2	3o/o
Clindamicina		
Kanamicina	2	3o/o
Reposo	2	3o/o
TOTAL	74	100o/o

Comentario:

La terapéutica médica a base de antibióticos potentes ha reducido considerablemente la mortalidad y complicaciones de una entidad tan temida en la antigüedad como la infección pélvica.

Actualmente se han hecho estudios completos sobre la actividad bactericida y bacteriostática de los antibióticos sobre los diferentes agentes patógenos que han aparecido.

Mead y Gumps en su estudio sobre la antibioticoterapia en Obstetricia y Ginecología han elaborado el siguiente cuadro para la elección de la antibioticoterapia adecuada según el agente patógeno: (11)

Para infecciones no severas:

Antibióticos	No cubren
1. Ampicilina o altas dosis de penicilina G.	Bacteroides frágiles, E. Coli Enterobacterias gram - (algunos) estafilococos (algunos)
2. Cephalosporinas	Bacteroides frágiles, enterococos (algunos), E. coli, enterobácilos gram -.
3. Tetraciclina	Enterococos, bacteroides frágiles anaerobios gram -, gérmenes entéricos y estafilococo.

Para infecciones pélvicas severas: (combinaciones)

Antibióticos	No cubren
1. Penicilina + Aminoglucosido o ampicilina	Bacteroides frágiles
2. Clindamicina + Aminoglucosido	Enterococos

3. Penicilina o ampicilina + cloranfenicol	Pseudomonas
4. Cephalosporinas + Aminoglucosidos	Bacteroides frágiles enterococos
5. Clindomicina + gentamicina + ampicilina	0

La duración del tratamiento deberá extenderse 3 a 5 días más, después de la cura clínica.

En infecciones ligeras de estreptococos 10 días de tratamiento mínimo, bacteremias estafilocócicas 4 semanas de tratamiento. Bacteremias de otros organismos 1 semana de tratamiento más después de desaparecidos los síntomas.

Schwarz, reporta en sus investigaciones que los agentes más peligrosos que pueden producir sepsis y shock son los aerobios gram (-), E. Coli, proteus kliebsiella, enterobacterias y recomienda la utilización de la combinación de penicilina y aminoglucosidos + clindamicina.

En nuestro caso, en vista que no tenemos disponibilidad de efectuar estudios bacteriológicos, la elección de la antibioticoterapia a utilizar se hace clínicamente auxiliada por los resultados de experiencias anteriores. De preferencia se utiliza la combinación penicilina-cloranfenicol que ha dado resultados muy favorables en la resolución de los problemas sin complicaciones aparentes reportadas.

Cuando esta combinación no resulta efectiva se agrega al tratamiento un aminoglucosido, tipo gentamicina o Kanomicina o combinaciones con lincomicina o clindamicina obteniendo muy buenos resultados.

Las combinaciones más frecuentes utilizadas fueron: cloranfenicol + penicilina en 67o/o de los casos, gentamicina + lincomicina en 11o/o y gentamicina + clindamicina en 8o/o.

En 1973 se utilizó en este mismo hospital con mayor frecuencia la combinación penicilina + estreptomina en 34o/o y en segundo lugar la combinación penicilina-cloranfenicol en 25o/o de los casos.

CUADRO No. 18

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Procedimientos utilizados	No. de Casos
Histerectomia e S O D	1
Histerectomia e S O B	8
S O D	1
Laparatomia exploradora	4
Colpotomía	12
Legrado Dx	4
Drenaje de Absceso	2

CUADRO No. 19

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

ANATOMIA PATOLOGICA DE PIEZAS QUIRURGICAS

Anatomía Patológica	No. de Casos	o/o
Cirugía mayor	11	100o/o
Se obtuvo análisis	10	99o/o
No se envió	1	1o/o
TOTAL	11	100o/o

CUADRO No. 20

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

COMPLICACIONES PRESENTADAS INTRAHOSPITALARIAS

Complicaciones	Agente causal o cirugía	No. de Casos	o/o
Embolia pulmonar (post-op)	(Hat-SOB)	3	3o/o
Deshidencia de herida Op.	(Hat-SOB)	1	1o/o
Shock séptico	E. Coli	1	1o/o
Fistulización de fondo de saco fistula entero-vaginal Pelviperitonitis Septicemia	Pseudomona	1	1o/o
Pelviperitonitis Perforación uterina Neumoperitoneo	E. Coli	1	1o/o
TOTAL		7	7o/o

Cuadro No. 18 y 19

Comentario:

Se utilizó el tratamiento quirúrgico en 32o/o de los casos, ante la presencia de masas anexiales o pélvicas refractarias al tratamiento médico, según tiempo de evolución o tendencia a aumentar de tamaño.

El procedimiento quirúrgico más utilizado fue la histerectomía con salpingooforectomía bilateral en 25o/o de los casos con indicación de cirugía. El procedimiento quirúrgico menor, más utilizado fue la colpotomía posterior en 37o/o de los procedimientos quirúrgicos.

Se mandaron piezas operatorias a anatomía patológica en todos los casos de cirugía mayor, menos en uno, confirmando el diagnóstico preoperatorio.

Cuadro No. 20

Comentario:

Las complicaciones más frecuentes de infección pélvica, dependen directamente del agente etiológico. Los gérmenes anaerobios producen abscesos post-operatorios tardíamente y regularmente no causan septicemia ni shock. (16)

Los agentes mas peligrosos son los aerobios gram negativos que producen frecuentemente septicemia y shock.

Además influyen en la incidencia de complicaciones las causas preexistentes como: (16)

A. Pre-operatorias:

1. Enfermedades sistémicas: Diabetes Mellitus
Anemia
DCA
2. Quimioterapia o inmunosupresores
3. Grado de participación pélvica
4. Estado endócrino: Embarazo
Fase secretoria del ciclo menstrual

B. Causas operatorias

1. Técnica operatoria
2. Pérdida de sangre
3. Traumatismo de tejidos
4. Complicaciones por anestesia

C. Causas post-operatorias

1. Cuidados de enfermería
2. Tiempo de aplicación de catéteres
3. Vigilancia de la función intestinal

Las complicaciones más frecuentes reportadas son:

1. Tromboflebitis, causada por agentes anaerobios, principalmente bacteroides frágiles, predisponiendo el trauma operatorio y la inactividad post-operatoria.
2. Embolia pulmonar, reportado en 30o/o de los casos de septicemia.
3. Shock séptico, fallo renal, coagulación intravascular diseminada, causado principalmente por gérmenes gram negativos aerobios, principalmente Escherichia Coli, clostridium.
4. Formación de abscesos post-operatorios de fondo de saco posterior.

Del total de pacientes investigados 7o/o presentaron complicaciones, 3 desarrollaron embolia pulmonar como complicación post-operatoria de histerectomía + salpingooforectomía bilateral. Dos pacientes presentaron shock séptico, pelviperitonitis a consecuencia de infección con Escherichia Coli, y pseudomona.

Comparando los resultados de la investigación de 1973, (2) las principales complicaciones del tratamiento médico fueron shock séptico un 3o/o, ileo-paralítico el 2o/o, la principal complicación post-operatoria fué infección de herida operatoria el 2o/o.

CUADRO No. 21

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

CONDICION DE EGRESO

Condición Egreso	No. Casos	o/o
Mejorada	91	91o/o
Malas condiciones	8	8o/o
Moribunda	1	1o/o
Mortalidad	0	0o/o
TOTAL	100	100o/o

Comentarios:

El 91o/o de las pacientes fueron dados de alta en buenas condiciones generales, 8 pacientes pidieron su egreso, 3 pacientes que rehusaron el tratamiento y 5 que pidieron su egreso por razones personales en condiciones aún delicadas. Un paciente pidió su egreso con muy mal pronóstico.

La mortalidad intrahospitalaria fue 0. En la investigación de 1973 (2) hubo una mortalidad del 2o/o.

CUADRO No. 22

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA

22a. Días estancia con tratamiento médico

Médico	No. de Casos	o/o
1 - 5 días	28	28o/o
6 - 10 días	25	25o/o
11 - 20 días	18	18o/o
21 - 31 días	2	2o/o
Más de 1 mes	1	1o/o
TOTAL	74	100o/o

22b. Días Estancia con tx. Médico y Quirúrgico

Días de Estancia	No. de Casos	o/o
5 - 10 días	2	2o/o
11 - 20 días	9	9o/o
21 - 31 días	5	5o/o
1 - 2 meses	6	6o/o
2 - 3 meses	2	2o/o
3 - 4 meses	0	0o/o
4 - 5 meses	1	1o/o
más de 5 meses	1	1o/o
TOTAL	26	100o/o

Comentario:

El promedio de estancia hospitalaria para los pacientes que recibieron tratamiento médico exclusivamente fué de 7 días, siendo el menor de 2 días y el mayor de 2 meses.

Para los pacientes que recibieron tratamiento médico y quirúrgico, el promedio de estancia fué aproximadamente de 1 mes, siendo el menor de 5 días y el mayor de 6 meses y días.

El promedio de días de estancia hospitalaria para el tratamiento quirúrgico esta bastante elevado y es poco aceptable comparándolo con los datos de otros autores.

VI. CONCLUSIONES

1. La mayor incidencia de infección pélvica se encuentra en mujeres en la edad reproductiva de 15 a 30 años de edad, pertenecientes predominantemente a un nivel socioeconómico bajo.
2. La incidencia anual de mujeres que consultan por enfermedad pelviana, es bastante alta.
3. Las características generales en las que se presenta la enfermedad, epidemiológica, historia, signos, síntomas, y hallazgos clínicos son similares a los que se reportan en la literatura médica.
4. No se encontró ninguna relación directa entre los antecedentes obstétricos e infección pélvica.
5. Entre los antecedentes médicos y quirúrgicos predisponentes a infección pélvica, el aborto séptico fue la causa principal de infección.
6. Más del 80o/o de infección pélvica fueron clasificados como tipo piógeno, 4o/o de tipo gonorreico y solamente una con tipo tuberculoso.

Creo que la incidencia de enfermedad pelviana tipo gonorreico es mucho mayor, a consecuencia de las condiciones epidemiológicas del país, pero debido a la falta de equipo y medios adecuados, han pasado inadvertidas.

7. Guatemala aún presenta una alta incidencia de tuberculosis pulmonar y según la literatura revisada la incidencia de tuberculosis genital es mayor en estos casos, lo cual no concuerda con nuestros resultados.

8. Hubo únicamente un 14o/o de error en los diagnósticos dados por la emergencia, y corresponden a los diagnósticos diferenciales de infección pélvica.
9. Se encontró una alta incidencia de infección pélvica atribuible a dispositivos intrauterinos.
10. El seguimiento bacteriológico de los casos fué deficiente, debido a la falta de equipo y medios adecuados.
11. El 74o/o de los casos de infección pélvica fueron tratados médicamente con antibioticoterapia y el 26o/o restante se le dió un tratamiento combinado médico y quirúrgico.
12. La antibioticoterapia de elección utilizada en 67o/o de los casos fue la combinación de penicilina-cloranfenicol con excelentes resultados.
13. Se utilizó preferentemente la histerectomía + SOB como tratamiento quirúrgico en la mayoría de casos con indicación de cirugía mayor.
14. Se encontro una alta incidencia de complicaciones post-operatorias de cirugía mayor, de 14 intervenciones, 3 presentaron embolia pulmonar y 1 deshidencia de herida operatoria.
15. La incidencia de complicaciones con el tratamiento médico fue baja, aproximadamente 4o/o presentaron shock séptico y pelviperitonitis a Eschericha Coli en 2 casos y shock séptico, pelvi-peritonitis y fistulización en caso con Pseudomona.
16. Se obtuvo buen índice de éxito terapéutico en 91o/o de los pacientes hospitalarios.

17. La enfermedad pélvica sigue siendo una carga para el hospital representando un alto porcentaje de días-estancia hospitalaria.
18. La enfermedad pélvica es un problema médico-social en nuestro medio.

VII. RECOMENDACIONES

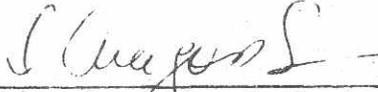
1. Hay necesidad de llevar a cabo programas educativos sobre prevención de enfermedad venérea, principalmente gonorrea, dirigidos principalmente a las mujeres en edad reproductiva, para disminuir la incidencia de enfermedad pélvica.
2. Se debe hacer conciencia sobre los peligros fatales del aborto séptico, como causa principal de infección pélvica en nuestro medio.
3. Se recomienda a la APROFAM efectuar investigaciones serias, sobre la incidencia de infección pélvica con los métodos anticonceptivos utilizados, DIU basicamente.
4. Es necesario que el hospital cuente con un laboratorio bacteriológico completo para aumentar la eficiencia del servicio prestado.
5. Sería interesante investigar en nuestro medio la tuberculosis como causa de enfermedad pélvica en casos refractarios o reincidentes y de esterilidad.
6. La infección pélvica, 6 años atrás, en el Hospital General, no ha sufrido mayores cambios en sus deliniamientos generales a excepción de los antibióticos de elección utilizados.
7. Hacer énfasis en el plan educacional en el hospital.
8. Se recomienda mejorar el manejo de las fichas clínicas.

¡MARANATA!

VIII. BIBLIOGRAFIA

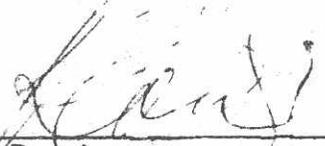
1. Gibbs, Ronald S, MD: "Evaluation of morbidity and mortality in hospitals". Clinical Obstet. and Gynec. Vol. 19, No. 1 March, 1976.
2. Chuy Woe, Adolfo, Infecciones Pélvicas, Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala 1973.
3. Eschenbach, David A, MD, "Acute Pelvic inflammatory disease etiology, risk factors and pathogenesis, clinical obstetrics and gynecology, Vol. 19, No. 1 March, 1976.
4. Fistner, Robert W. MD: Tratado de Ginecología, Versión Española Ediciones Toray S.A., Barcelona 2nd Ed. 1974.
5. Galask, Larsen, Ohm, "Vaginal Flora and its role in disease entities. Clinical Obstet. and Gynec. Vol. 19, No. 1. March 1976.
6. Käser, Friedberg, Over, thomsen, Zonder, Ginecología y obstetricia III especial, Salvat editores S.A., Mallorca 1974.
7. Ledger, William, MD: "Relationship of pelvic infection to various types of contraception, Clinical obstet. and gynec. Vol. 17 No. 1 March, 1974.
8. López Ortiz, Etilberto, Dr. y colaboradores. El aborto séptico en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del IMSS Gineco-Obstet. México.
9. Lotven, Boris Rubio, Dr. Resultados obtenidos con el asa de Lippes simple como anticonceptivo intrauterino, Ginec-Obstet, México, Vol. 35, Año XXIX, No. 212, Junio 1974.

10. Martuis, Heéndrich, Tratado de ginecología, 3era edición, Editorial Labor S.A., Barcelona, Madrid.
11. Mead, Philip Band Grump, Dieter W. MD; Antibiotic therapy in Obstetrics and Gynecology, Clinical obstetrics and Gynecology, Vol. 19, No. 1 March, 1976.
12. Dr. Edmund Novak, Tratado de Ginecología, octava edición, Editorial Interamericana S.A. 1971.
13. Perez, Ruiz y Zetina, Mortalidad por infecciones en el hospital de Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 29, 1971.
14. Sánchez Contreras, Jesús Dr. Avances recientes en el tratamiento de la tuberculosis genital, Ginec-Obstet, Mexicana Vol. 38, Año XXX No. 227, Sept. 1975.
15. Shaefer, George, MD: "Genital tuberculosis, Clinical obstete Gynec, Vol. 19, No. 1 March 1976.
16. Schawarz, Richard H. MD: Management of Post-Operative infections in Obstetrics and Gynecology, Vol. 19 No. 1 March 1976.
17. Schawarz, Richard su Obstetricia, Sexta edición.
18. Soberon y Dominguez, Cefalexina en el tratamiento de la sepsis puerperal, Ginecología y obstetricia de México, Vol. 29. 1971.
19. Vascuran, Alejandro Dr. y Colaboradores, El uso del ácido Nalidixico en algunos procesos infecciosos pélvicos, Gineco-obstetricia México.
20. Williams, Obstetricia, Salvat, Editores S.A. Mallorca 43, 1973.

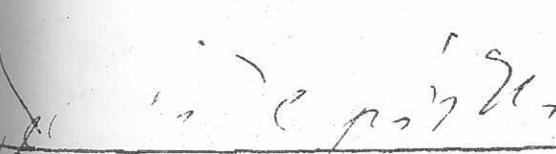

 Br. Denis Arturo Aragón San Juan


 Asesor

Dr. Salvador López


 Revisor

Dr. Rodolfo Rosales

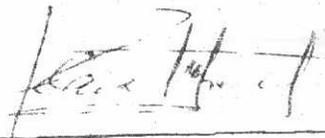

 Director de Fase III

Dr. Julio de León M


 Secretario General

Dr. Raúl A Castillo R.

Vo.Bo.


 Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo