

**CONSIDERACIONES SOBRE LA
INFECCION PELVICA EN EL HOSPITAL
DE HUEHUETENANGO
(Estudio de 50 casos)**

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

PLAN DE TESIS

- I. Introducción
- II. Justificación
- III. Objetivos
- IV. Generalidades
- V. Material y Métodos
- VI. Presentación de Resultados
- VII. Conclusiones
- VIII. Recomendaciones
- IX. Bibliografía

I. — INTRODUCCION

La infección pélvica es una enfermedad que le atañe al sexo femenino, se debe tomar en cuenta que muchas pacientes la consideran como una enfermedad venérea.

Anteriormente la persona se sentía como parte integral de la comunidad, pero ahora es un ser extraño dentro de la multitud y actúa gobernada por reglas y no por sentimientos de relación mutua; mientras este fenómeno persista no sólo seguirán en aumento las enfermedades si no también la delincuencia, el abuso de drogas, la violencia, la apatía y el disgusto.

Al considerar esta enfermedad social, la infección pélvica sólo representa una parte del "Mal General", pero este solo hecho justifica con sobrada razón la participación del médico en una lucha continua para combatirlas. En realidad es una tarea muy difícil y el profesional puede sentirse frustrado por la falta de cooperación de sus pacientes, pero todo depende de un trato afable que inspire confianza y contribuya a mantener una buena relación médico-paciente.

Esta actitud es de vital importancia para el éxito del tratamiento individual y para la disminución global de la proporción de enfermedades, pues se constituye en el medio más eficaz para educar al paciente, a la vez que se reduce la angustia y el temor, conjuntamente con todos los problemas que de ellos se derivan.

Debemos tener en cuenta las múltiples razones de carácter social o psicológico que pueden llevar a un paciente a ocultar su enfermedad y el gran inconveniente que este hecho representa para los programas de erradicación; y aunque ciertamente éste es un problema de Salud Pública, la contribución del médico privado es de incalculable valor para la solución.

II. – JUSTIFICACION

1. Considero de utilidad este estudio, ya que trabajos similares únicamente se han efectuado en hospitales de la capital, no así en hospitales departamentales; por lo que el mismo puede servir para realizar estudios comparativos en otros hospitales departamentales para una mejor visión del problema a nivel nacional.
2. Obtener parámetros propios sobre la infección pélvica en el área rural, para compararlos con los obtenidos en otras latitudes, así establecer conductas adecuadas a nuestro medio, basadas en nuestra experiencia sobre este problema.

III. — OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

1. Obtener datos propios sobre la infección pélvica a nivel hospitalario rural.
2. Establecer pautas en el manejo de la infección pélvica en nuestro medio de acuerdo a los datos obtenidos.
3. Aplicar el método científico a través de la investigación de los problemas médicos-sociales de Guatemala.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer la incidencia de infección pélvica en el hospital de Huehuetenango y el promedio de días estancia intra-hospitalaria.
2. Conocer la epidemiología, morbilidad y mortalidad de dicha enfermedad.
3. Conocer los factores predisponentes del problema en nuestro medio y la causalidad.
4. Establecer los principales antecedentes obstétricos que contribuyen en el apareamiento de la infección pélvica.
5. Conocer el tratamiento de la infección pélvica en el hospital de Huehuetenango con respecto a la efectividad del tratamiento médico y quirúrgico efectuado.

IV. — GENERALIDADES SOBRE INFECCION PELVICA

I. *Definición de infección Pélvica*

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

Según el lugar de la localización, estos procesos reciben el nombre de:

A. Endometritis:

Cuando está localizado en el endometrio

B. Salpingitis:

Cuando lo están en la trompa de falopio

C. Ooforitis:

Si se localizan en ovarios

D. Anexitis:

Cuando en un mismo proceso se incluyen los dos anteriores.

E. Pelvipertonitis:

Cuando se localiza en el peritoneo pélvico y

F. Parametritis:

Cuando está tomado el tejido celular laxo.¹⁰

II. *Etiología*

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

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

III. Clasificación

- 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 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 polimorfonucleares.^{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: Anaeróbicos, *Bacteroides Frágilis*, *Peptococos*, *Peptoestreptococos*, *Fusobacterias*, Aerobios gram: *Escherichia Coli*, *Proteus Mirabilis*, *Klebsiella*, *Enterobacter*; entre los gérmenes exógenos *Streptococos 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.

Infección Pélvica Post-aborto. Aborto Séptico.

Durante el estado grávido puerperal, los procesos sépticos ocupan un lugar preponderante como causa primaria de mortalidad materna, teniendo en cuenta que el aborto séptico es uno de sus máximos exponentes, en particular de tipo criminal.^{2, 9}

Como en todo proceso séptico, las manifestaciones de la infección clínicamente varían: por un lado al tipo de germen y su virulencia y por otro a la susceptibilidad individual.

En la mayoría de los casos, la infección pélvica post-aborto, es primitiva, exógena y ascendente. Primitiva porque tiene su origen en el aparato genital; Exógena porque los gérmenes vienen del exterior y ascendente porque la propagación se hace de abajo hacia arriba, desde la herida genital hacia los anexos, el tejido celular pelviano y el peritoneo.¹¹

Otras veces la infección es endógena y metastática, y los gérmenes provienen de focos preexistentes en la paciente.¹¹

Aborto Séptico:

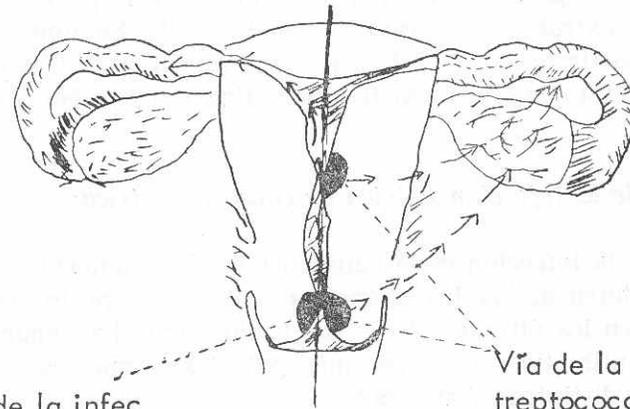
La organización Mundial de la Salud ha clasificado al Aborto Séptico en cuatro estadios:

- I. Pacientes con infección post-aborto que presentan escurrecimiento genital hematopurulento y síndrome febril. La infección se localiza en la cavidad uterina, o restos de embrión.²
- II. La infección se ha propagado a los anexos o sistemas de fijación del útero. La paciente suele presentar alteraciones hemodinámicas de origen tóxico o pelviperitonitis.²
- III. La infección rebasa pelvis con participación del peritoneo abdominal agravamiento del estado toxi-infeccioso y choque bacterémico.²

La infección en el aborto séptico, se atribuye al Peptostreptococos (*Streptococo anaerobio*) y al grupo del E. Coli (aeróbico).¹⁵

Las complicaciones graves del aborto están relacionadas con la infección y con la hemorragia. La insuficiencia renal y el choque bacteriano, son de una letalidad muy alta. Además hay una multitud de complicaciones no clasificables, relacionadas con la anestesia, las transfusiones y los agentes tóxicos empleados para provocar el aborto¹⁵

LAS DOS VIAS PRINCIPALES QUE SIGUE LA INFECCION PELVICA



Vía de la infección gonorréica a partir del foco cervical.

Vía de la infección estreptococcica a partir del cuerpo uterino.

Ciertos compuestos como los jabones, los antisépticos fenólicos que son empleados para provocar el aborto, son responsables de insuficiencia renal según estudios recientes.^{15, 6}

La perforación uterina producida por motivo de un aborto provocado ilegal constituye un problema distinto. En estas pacientes el desgarro puede ser grande y afectar una porción

vascular del útero e incluso al intestino o la vejiga. Tales perforaciones son evidentes al ingresar la paciente, con señales de hemorragia en la cavidad peritoneal o de peritonitis generalizada. Otras veces están enmascaradas por la existencia de peritonitis pelviana.¹⁵

Diagnóstico:

La historia del inicio de la enfermedad después del aborto es de importancia decisiva; aunque después de un aborto, las pacientes se resisten a admitir la posibilidad de un embarazo.⁹

En un caso conocido de aborto provocado, siempre hay que realizar un examen radiológico de la paciente en ortoposición.¹⁵ De existir perforación, la placa demostrará la presencia de un cuerpo extraño en la cavidad peritoneal¹⁵. Siempre es importante insistir tomar muestra de la secreción para cultivo de anaerobios, así como la biometría hemática y eritrosedimentación.¹⁵

Tratamiento de la Infección Pélvica de causa Obstétrica:

Ya que la infección es la causa principal de muerte materna en obstetricia, las investigaciones en este aspecto han evolucionado en los últimos años. Así vemos cómo han aparecido nuevos antibióticos cada vez más potentes y más específicos para los distintos gérmenes.⁴

Las normas de manejo de las infecciones en las salas de Gineco-Obstetricia, han evolucionado hacia una conducta más radical, extirpando el foco infeccioso sin contemplar factores como edad, paridad, etc., con el fin de salvaguardar la vida del paciente.⁴

En los últimos años se ha hecho énfasis en el papel que juegan los anaerobios, (tanto del aparato digestivo) en las infecciones, tanto del aparato digestivo, respiratorio y principalmente del tracto genital.⁴

El enfoque terapéutico del absceso pélvico como forma evolutiva de infección de los órganos genitales, algunos autores lo recomiendan de la siguiente forma.³

- a) Reposo en cama.
- b) Restitución de líquidos y electrolitos.
- c) Succión nasogástrica según necesidades
- d) Administración de antibióticos e incisión de todo absceso accesible al drenaje a través del fondo de saco de Douglas.
- e) Se reserva cirugía adicional para aquellos casos en que el proceso séptico es rebelde al tratamiento conservador, o para aquellos casos en que se presenta la ruptura del absceso o aquellos de diagnóstico primario dudoso.^{3, 14}

La evaluación del tratamiento del absceso pélvico debe reconocer los conceptos de fracaso temprano del tratamiento que requiere de cirugía pélvica durante el curso inicial de la terapéutica, y fracasos tardíos con patología pélvica persistente y sintomatología que requiere de histerectomía y salpingooforectomía bilateral subsiguiente, si así lo permite la edad y antecedentes de las pacientes.³

Es indispensable hacer énfasis en que debe contemplarse siempre la posibilidad de ruptura del absceso, especialmente en maniobras bruscas de exploración con el fin de evitar accidentes graves como el choque bacterémico y tromboembolias.³ La extirpación quirúrgica tanto en la fase aguda como inactiva de la enfermedad, implica siempre riesgo importante de lesión y de complicaciones, dada la naturaleza del proceso inflamatorio con afección intensa de las vísceras pelvianas vecinas.

En todo caso, se puede afirmar que el riesgo de que pase inadvertido un absceso pélvico roto, es muy superior al de la cirugía practicada a una paciente con proceso localizado.³

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 pélvico aunque no en la mayor parte de las veces.

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

4. *Peritonitis pélvica aguda:*

Da como resultado de la salida de material purulento de trompas u ovarios infectados, produciendo pelviperitonitis. 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 encuentran acumulados 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 se encuentra el útero fijo y doloroso, ambos lados de la 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, 12}

En los tipos piógeno, post-parto y post-abortivos, los síntomas aparecen tardíamente entre el 8o. y el 12o. 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 iliaca 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 uterosacros constituyen una manifestación frecuente de la parametritis que casi siempre se halla presente.

A.2 DIAGNOSTICO

Se tomaron en cuenta los posibles focos de contagio de enfermedad venérea, promiscuidad, o antecedentes de gonorrea anterior.

La sintomatología y signos descritos anteriormente, complementando con exámenes de laboratorio, se ha comprobado que el frote de secreción vaginal en la infección pélvica tiene relevancia sólo para descartar N. gonorrea; debido a la abundancia de gérmenes que se pueden obtener en un frote de una paciente normal en casos de infección pélvica aporta escasos datos sobre el germen causal.

Si se sospecha la presencia de Diplococos gram-negativos (intra o extracelulares), se debe realizar cultivos en los medios selectivos conocidos.

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 hemecultivos.^{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 están indicados.

La antibioticoterapia a utilizar dependerá 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 estreptomycinina a dosis fuertes.^{4, 12}

Están 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.

Debe tenerse siempre en cuenta la posibilidad de un absceso tubo ovárico roto con un brusco empeoramiento, con choque, taquicardia en hiperpirexia, junto con la desaparición de una masa anexial previamente diagnosticada. En este caso está 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 está 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 indicados el drenaje extraperitoneal.

En general el tratamiento de elección para la infección nunca debe omitirse.¹

En espera de los resultados es conveniente iniciar terapia con penicilina o estreptomycinina a dosis fuertes.^{4, 12}

Están 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 absceso del fondo de saco.^{1, 4, 12}

Debe tenerse siempre en cuenta la posibilidad de un absceso tubo ovárico roto con un brusco empeoramiento, con choque, taquicardia en hiperpirexia, junto con la desaparición de una masa anexial previamente diagnosticada. En este caso está 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 recomiendan también el tratamiento conservador con la antibioticoterapia adecuada. En presencia de hemorragia profusa está 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 será preferentemente conservadora con antibioticoterapia y la cirugía se reservará para los casos que no respondan 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 los 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 gonorreica 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 está 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 tubo ovárico.

Es más frecuente la periooforitis en la cual está inflamada la substancia del ovario, pero el propio ovario se encuentra normal.^{12, 4}

B. Sintomatología

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.

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 irritabilidad vesical con disuria o tenesmo es frecuente también.^{3, 4, 12}

C. Diagnóstico

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

Además de la presencia de los síntomas y signos descritos y la distorsión, hace diagnóstico de enfermedad pélvica crónica, el hallazgo, más o menos fija a nivel de ambos lados de la pelvis o fondo de saco.

D. Diagnóstico diferencial

1. Fibrosis retroperitoneal idiopáticas.
2. Embarazo ectópico.
3. Endometriosis pelviana.

E. Tratamiento

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.

El tratamiento quirúrgico está recomendado particularmente ante la presencia de grandes masas tubo ováricas 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}

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 5-10%, el más bajo es menos de 1% en Australia y el más alto reportado es 19% en la India, demostrado por biopsia o curetaje endometrial. En Europa, Escandinavia y Sudamérica con Israel, la incidencia es alta y va en aumento. En los Estados Unidos y Australia es menos de 1%. 51% de las pacientes estériles en la India presentan tuberculosis genital. En un estudio efectuado por Halbrecht, 44% de los pacientes con infertilidad primaria y oclusión tubárica presentaron una salpingitis tuberculosa.¹⁵

La frecuencia en que son afectados los diferentes órganos genitales son según Shaefer¹⁵ es:

1. Trompas	90 — 100 %
2. Utero	50 — 56 %
3. Ovarios	20 — 30 %
4. Cérvix	5 — 15 %
5. Vagina	1 %

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 hematógena.^{1, 4, 15} La vía linfática también es posible cuando hay lesión primaria abdominal.

La lesión inicial suele ser tubárica en un 100% de los casos,^{12, 4, 1, 3} aunque se han observado casos de infección cervical primaria transmitida por contacto sexual; encontrándose Fimia genital en el compañero.⁴

A.1 Tuberculosis de las trompas:

La salpingitis tuberculosa constituye el 5% del total de salpingitis en lugares en donde existe desnutrición. Las trompas constituyen el asiento^{4, 1} inicial de la tuberculosis pelviana.

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

Las características macroscópicas se confunden con el tipo gonorréico, presentando similarmente picaalpinx, hidrosolpínx y nodulaciones.^{12, 5}

A.2 Tuberculosis del endometrio:

Es secundaria a las trompas y aparece en menor del 50% de los casos de salpingitis tuberculosa. Se caracteriza por la presencia de tubérculos característicos, células gigantes y epiteloides, en fase avanzada hay caseificación.^{4, 1}

El cultivo de bacilos ácido-resistentes del endometrio es positivo en 75% 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:

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 inexitis acompañada de ascitis.

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 desórdenes menstruales en 10-40% de los casos⁸ en forma de sangrados anormales, o amenorrea. La explicación más aceptable para la causa de la amenorrea, es la dada por Malhani Nogales y Villa, quienes la atribuyen a caseación del endometrio.

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 fistulas. (Novak).

C. Diagnóstico:

La historia familiar es muy importante insiste Schaefer, para verificar antecedentes de tuberculosis. La esterilidad si causa aparentemente masas anexiales en mujeres vírgenes, enfermedad pélvica crónica y refractaria al tratamiento, son indicios para sospechar enfermedad pélvica tuberculosa.^{1, 8, 4}

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}

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

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}

Algunos autores indica Schaefer, no recomiendan estos métodos por el riesgo de reactivar lesiones de tuberculosis antiguas o promover la diseminación hematógena.^{8, 1}

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

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

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

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} Suterland recomienda 1 gramo de estreptomina, 15 gms. de PAS, y 300 mg. de INH diarios, después de cuatro 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, 75% de los pacientes tratados con PAS, INH y estreptomina de 2-6 meses según la gravedad aparente, presentaban aún bacilos 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 anti-tuberculosas 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.

V. — MATERIAL Y METODOS

A. Material:

Para la realización del presente trabajo de tesis, se decidió hacer una revisión de los años 31 de enero de 1974,, al 31 de diciembre de 1979, en el Hospital de Huehuetenango, Departamento de Gineco-Obstetricia, utilizando los libros de estadística de las salas de problemas ginecológicos y sépticos para recolectar los registros clínicos de los casos de infección pélvica y efectuar la revisión de los mismos. por medio del estudio de las fichas clínicas, bajo la asesoría de los médicos jefes y residentes de los servicios.

B. Método:

- a. Analítico.
- b. Retrospectivo.

De las pacientes que ingresaron al servicio de gineco-obstetricia en los años 1974 a 1979: 50 pacientes fueron seleccionadas ya que en su clasificación decía infección pélvica.

Se analizaron las 50 fichas clínicas de estas pacientes, tomándose en cuenta los parámetros siguientes:

1. Edad.
2. Estado civil.
3. Ocupación.
4. Perfil social.
5. Lugar de origen.

6. Motivo de consulta.
7. Tiempo de evolución.
8. Número de gestas, partos, abortos y cesáreas.
9. Antecedentes de importancia médica.
 - a. DIU.
 - b. Procedimientos ginecológicos efectuados.
 - c. Infección pélvica anterior.
 - d. Aborto séptico.
10. Impresión clínica de ingreso:
 - a. Diagnóstico en servicio de emergencia.
11. Hallazgos al examen ginecológico.
12. Datos de laboratorio:
Hemoglobina, leucocitosis y velocidad de sedimentación.
13. Cultivos de secreciones y frotos vaginales.
14. Tratamiento:
 - a. Médico.
 - a.1 Antibióticoterapia.
 - b. Médico y quirúrgico.
 - b.1 Procedimientos quirúrgicos efectuados.
15. Complicaciones.
16. Mortalidad.
17. Días de estancia intra-hospitalarias.
18. Condición de egreso.

VI. — PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO

EDAD DE LAS PACIENTES CON INFECCION PELVICA

GRUPO ETAREO	No. de Casos	%
15 — 20	7	14
21 — 25	15	30
26 — 30	12	24
31 — 35	10	20
36 — 40	3	6
41 — 45	2	4
46 — 55	1	2
TOTAL	50	100

Mayor de edad 47 años

Menor de edad 15 años

Comentario:

La mayor edad encontrada fue de 47 años y la menor de 15 años con más alta incidencia dentro de los 21 a 25 años.

Está reportado en la literatura internacioal que la incidencia de infección pélvica es más frecuente en la edad reproductiva temprana, lo cual se confirma en este estudio encontrando 68% de las pacientes entre la edad de 15-30 años.

En México, Vascurán¹⁹, reportó datos similares, encontrando la mayor incidencia dentro de los 18-28 años.

CUADRO No. 2

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON
INFECCION PELVICA

ESTADO CIVIL	No. de Casos	%
Solteras	6	12
Unidas	17	34
Casadas	26	52
Divorciadas	1	2
TOTAL	50	100

Comentario:

En la muestra estudiada la infección pélvica fue más frecuente en pacientes que tenían vida marital establecida, ya sea legalmente (casada) o por unión de hecho, lo cual aleja bastante la promiscuidad como un factor determinante en la incidencia del problema. Esto explicaría en parte que la infección pélvica gonocócica fue la menos frecuente en nuestro estudio.

La mayoría de nuestros pacientes pertenecen al nivel socioeconómico bajo, otro factor determinante de este problema.

CUADRO No. 3

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO

GRUPO ETNICO DE LAS PACIENTES CON
INFECCION PELVICA

GRUPO ETNICO	No. de Casos	%
Ladinos	35	70
Indígenas	15	30
TOTAL	50	100

Comentario:

La clasificación étnica se realiza en forma arbitraria y en nuestro trabajo no es un factor determinante del problema; la población predominante del departamento de Huehuetenango es indígena, en la muestra obtenida este grupo fue el que consultó menos y por la experiencia obtenida nos indica que un alto porcentaje no consulta por este problema al hospital, ya que muchas veces prefieren ser tratados en o por curanderos y farmacéuticos, desconociendo por el momento cifras exactas al respecto.

CUADRO No. 4

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON
INFECCION PELVICA

PROCEDENCIA	No. de Casos	%
Cabecera Municipal	15	30
Municipios	26	52
Otra procedencia fuera del departamento	9	18
TOTAL	50	100

Comentario:

De lo expuesto en el comentario del cuadro No. 3, se comprueba al analizar los datos de procedencia de las pacientes, sí observamos que la mayor parte de consultas las realizaron pacientes que procedían de los municipios, lo cual está bien establecido ya que la mayoría de la población se encuentra en los municipios y los habitantes de la cabecera, por su nivel socioeconómico y cultural más elevado, en algunos casos, acuden a otros servicios de atención médica (particulares o privados).

CUADRO No. 5

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO

MOTIVO DE CONSULTA DE LAS PACIENTES
CON INFECCION PELVICA

MOTIVO DE CONSULTA	No. de Casos	%
Dolor abdominal	25	50
Hemorragia vaginal	10	20
Fiebre	8	16
Flujo vaginal	3	6
Cesárea infectada	2	4
Debilidad general	2	4
TOTAL	50	100

Comentario:

Podemos decir que el cuadro anterior concuerda con la literatura revisada sobre este tema, ya que el síntoma más frecuente por el cual consultaron las pacientes fue dolor abdominal en 50% de los casos seguido de hemorragia febre y flujo vaginal.

CUADRO No. 6

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO

INICIO DE LA SINTOMATOLOGIA EN RELACION
AL DIA DE CONSULTA

TIEMPO DE EVOLUCION	No. de Casos	%
0 — 24 hrs.	22	44
25 — 48 hrs.	14	28
49 — 72 hrs.	6	12
6 días	2	4
10 días	2	4
20 días	2	4
1 mes	2	4
TOTAL	50	100

Mayor: 1 mes de evolución.

Menor: 4 horas de evolución.

Comentario:

El 84% de las pacientes consultaron en un período de tiempo menor de 72 horas, lo cual nos indica lo agudo del motivo de consulta, y como veremos más adelante (cuadro No. 8), corresponden a procesos pélvicos infecciosos agudos en su mayoría con un antecedente quirúrgico u obstétrico previo (cuadro No. 9).

De lo anterior notamos que la infección pélvica crónica es una causa poco frecuente de consulta.

CUADRO No. 7

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO

PARIDAD DE LAS PACIENTES

PARIDAD	No. de Casos	%
Nulípara	4	8
Primípara	9	18
Múltipara	20	40
Gran múltipara	10	20
No reportadas	7	14
TOTAL	50	100

Primípara: 1 parto.

Múltipara: 2 a 4 partos.

Gran múltipara: De 5 partos en adelante.

Nulípara: 0 partos.

Comentario:

La mayor incidencia de infecciones pélvicas fue en pacientes con paridad elevada, siendo el grupo más afectado el de las múltiparas.

CUADRO No. 8

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO

ANTECEDENTES IMPORTANTES EN RELACION
A INFECCION PELVICA

ANTECEDENTES	No. de Casos	%
Parto extrahospitalario	12	24
Legrados instrumentales	8	16
Abortos	6	12
Infección pélvica anterior	6	12
Ce-áreas	2	4
Leucorreas	2	4
Gonorreas	1	2
DIU Colocado	1	2
Traumáticos	1	2
Infertilidad	1	2
Sin antecedentes	10	20
TOTAL	50	100

Comentario:

En el 76% de las pacientes existía un antecedente quirúrgico o gineco-obstétrico previo, lo cual indica que ésta es la causa etiológica principal de la infección pélvica en el Hospital Nacional de Huehuetenango.

Los partos extrahospitalarios fueron el antecedente más frecuente (24%). La atención del parto en la casa por comadrona es una práctica frecuente, pero se evidencia aquí las malas condiciones en que se realiza.

En ninguna de las pacientes que tenían antecedentes de aborto, se comprobó manipuleo.

Las pacientes que tienen antecedentes de infección pélvica anterior (12%), corresponden en su totalidad a pacientes en quienes se había diagnosticado en problema extrahospitalariamente, pero por el tratamiento inadecuado o la falta de respuesta al mismo, ameritaron su ingreso al hospital.

En sólo dos casos hubo un ingreso anterior con este problema pero no se trata de recidivas sino de problemas diferentes.

El DIU como causa predisponente no tiene relación en su muestra.

La infertilidad fue el motivo de consulta en la paciente en la cual se comprobó una infección pélvica crónica (anexitis tumoral) como causa de la misma.

En las pacientes (20%) no se encontraron o no estaban descritos antecedentes de importancia relacionados con este problema.

CUADRO No. 9

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO

DIAGNOSTICO DE INGRESO POR EMERGENCIA

DIAGNOSTICOS	No. de Casos	%
Infección pélvica	26	52
Endometritis	8	16
Parametritis	3	6
Masas anexiales	3	6
Retención de placenta	1	2
Infección urinaria	3	6
Pelviperitonitis	1	2
Infertilidad	1	2
Ab-Incompleto séptico	4	8
TOTAL	50	100

Comentario:

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

CUADRO No. 10

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO

EXAMEN GINECOLOGICO

	No. de Casos	%
Dolor al tacto	46	92
Leucorrea purulenta	26	52
Utero aumentado de tamaño	14	28
Anexo izquierdo empastado	12	24
Hemorragia vaginal	11	22
Anexo derecho empastado	8	16
Masa anexial derecha	7	14
Ambos anexos empastados	6	12
Masa anexial izquierda	5	10
Masa pélvica	3	6

Comentario:

Los hallazgos más frecuentes al examen ginecológico fueron, tacto doloroso (92%), leucorreas purulentas (52%), y útero aumentado de tamaño (28%), pero la principal patología es a nivel anexial.

CUADRO No. 11

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO

VALORES DE ERITROSEDIMENTACION (mm/hr.)

	No. de Casos	%
0 — 20	3	6
21 — 40	3	6
41 — 60	3	6
61 — 80	9	18
81 — 100	6	12
101 — 120	8	16
121 —	6	12
No se hizo	12	24
TOTAL	50	100

Mayor: 145 mm/hr.

Menor: 4 mm/hr.

Comentario:

Ultimamente se ha hablado bastante sobre la utilidad de de la eritrosedimentación arguyendo que es una prueba bastante inespecífica, susceptible a muchos errores.

Los datos referidos en el cuadro anterior fueron los obtenidos al ingreso de las pacientes y podemos notar que estos no son concluyentes.

Pero en algunos en el seguimiento posterior el control de la eritrosedimentación influyó en el tratamiento adoptado.

ANALISIS DE LABORATORIO:

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.

Los exámenes realizados a las pacientes fueron básicamente hemoglobina, recuento leucocitario y velocidad de sedimentación.

El examen de hemoglobina evidenció valores menores de 10 gr.% en 32% de las pacientes, estando el 40% en valores por arriba de 12 gr.%. Estos valores están muy influenciados por el estado socioeconómico de la paciente; se encontró leucocitosis ($> 10\ 000/\text{mm}^3$) en 54% de las pacientes.

A pesar de que en el 52% de las pacientes se observó leucorrea purulenta sólo en 7 pacientes se realizaron frotis y cultivos de las mismas, pero estos datos no influyeron sobre el tratamiento.

CUADRO No. 12

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO

TRATAMIENTO DE INFECCION PELVICA

Tipo de tratamiento

Tipo de Tx	No. de Casos	%
Médico	36	72
Médico y Quirúrgico	14	28
TOTAL	50	100

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Procedimientos utilizados	No. de Casos
Laparotomía exploradora y drenaje de absceso	4
Legrado instrumental uterino	5
Histerectomía e S O B	2
Salpingooforectomía derecha	1
Histerectomía e S O D	1
Colpotomía posterior y drenaje de absceso	1

Comentario:

En el 72% de las pacientes sólo se dio tratamiento médico a base de antibióticos, reposo, hidratación, etc. La asociación

de antibióticos más utilizado fue penicilina cloranfenicol (56%) y aunque se ha hablado mucho al respecto en nuestro estudio dio buenos resultados.

Según la severidad del caso y el criterio del médico se utilizaron otras asociaciones principalmente con aminoglucósidos.

El uso de antibióticos como la lincomicina y la clindamicina estuvo relegado a casos muy severos (8%), debido a la poca disponibilidad de los mismos en el hospital.

La decisión del tratamiento quirúrgico, fue tomada en la mayoría de los casos por lo agudo del cuadro clínico y el mal estado de la paciente.

Los abscesos pélvicos fueron la causa de las intervenciones quirúrgicas abdominales y de una colpotomía posterior. Los legrados uterinos instrumentales se realizaron en casos de pelvi-peritonitis secundarios a abortos incompletos sépticos, el caso de la paciente ingresada por infertilidad se realizó un procedimiento electivo (laparoscopia), comprobándose en el mismo una infección pélvica crónica (salpingitis tumoral bilateral).

COMPLICACIONES:

Las complicaciones en nuestro estudio fueron secundarias a la diseminación hematógena de la infección pélvica y siendo éstos un shock séptico y un absceso cerebral secundario a embolias sépticas.

CUADRO No. 13

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO

CONDICION DE EGRESO

Condición de Egreso	No. de Casos	%
Mejoradas	36	72
Curadas	9	18
Igual	2	4
Mortalidad	3	6
TOTAL	50	100

DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA

13b.

Estancia	No. de Casos	%
1 — 5 días	20	40
6 — 10 días	12	24
11 — 20 días	11	22
21 — 31 días	5	10
Más de 1 mes	2	4
TOTAL	50	100

Menor: 2 días.

Mayor: 122 días.

Comentario:

Los resultados del tratamiento de la infección pélvica en el Hospital de Huehuetenango fueron satisfactorios.

Los 3 casos de mortalidad fueron una paciente que desarrolló shock séptico, otra que además presentaba una TB pulmonar y desarrolló una I.C.C. y la última presentó un paro cardio-respiratorio irreversible en el post-op. inmediato.

La paciente con el absceso cerebral fue trasladada a un hospital capitalino.

VII. — CONCLUSIONES

1. La codificación (Archivo de Registros Clínicos) de la infección pélvica en el Hospital de Huehuetenango es inadecuada, debido al mal manejo de la hoja de anotaciones de diagnósticos por los médicos tratantes. Razón por la cual consideramos que escaparon algunos casos de nuestro estudio.
2. La edad reproductiva temprana fue la más afectada por este problema.
3. La promiscuidad no es un factor determinante de este problema en el Hospital de Huehuetenango.
4. La infección pélvica de causa obstétrica es la más frecuente en el Hospital de Huehuetenango.
5. La infección pélvica aguda es el principal motivo de consulta.
6. La mayor incidencia de infección pélvica fue con pacientes de paridad elevada.
7. La sedimentación en general no constituye en nuestro medio un parámetro específico en el seguimiento de este problema al igual que lo reportado.
8. El éxito del tratamiento estuvo en la pronta instauración de medidas de sostén antibióticoterapia y en los casos necesarios los procedimientos quirúrgicos indicados.
9. El resultado del tratamiento en el Hospital de Huehuetenango de la infección pélvica, fue satisfactorio por las razones antes expuestas.

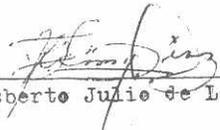
VIII. — RECOMENDACIONES

1. Promover a través de los Centros de Salud, cursillos a las comadronas para el mejoramiento de las condiciones del parto extrahospitalario.
2. Que sean utilizados todos los recursos diagnósticos a nuestro alcance, para establecer el diagnóstico preciso y evitar complicaciones.
3. Que se analicen las conclusiones dadas para un mejor estudio de la realidad de nuestra área.
4. Se debe hacer conciencia sobre los peligros fatales del aborto séptico, como causa principal de infección pélvica en nuestro medio.

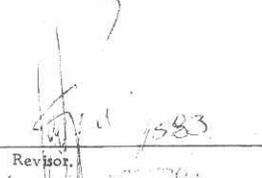
IX. - BIBLIOGRAFIA

1. Lascurian Obregón, Alejandro y Cols. La Clindamicina en el tratamiento de las Infecciones por Anaerobios en Ostetricia. Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 43, año XXXIII. No. 259, mayo de 1978. Págs. 349-356.
2. López Ortiz, Etilberto y Cols, Valor de la Amoxicilina y de la ampicilina en el tratamiento del Aborto Séptico (estudio doble ciego y al azar), Ginecología y Obstetricia de México, Vol., 43, año XXXIII, No. 256, febrero 1978. Págs. 349-356.
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. Págs. 726-738.
5. Moreno R. José, Gonococcia en Consulta Privada. Revista Ginecológica y Obstetricia de Venezuela, Vol. XXXVIII, No. 3. 1977. Págs. 419-421.
6. Kaser, Friedberg, Over, Thomson Zonder, Ginecología y Obstetricia III especial, Salvat Editores S. A. Mallorca. 1974.
7. Chuy Woe, Adolfo, Infecciones Pélvicas, Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala. 1973.
8. López Ortiz, Etilberto, Dr. y Colaboradores, El Aborto Séptico en el hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del IMSS Gineco-Obstetricia. México.
9. Soto Mora Fuentes Arturo Felipe: Tuberculosis Pélvica, revisión de 7 años en las salas de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios, Tesis 1976, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.
10. William Burrows. Cocos Patógenos Gram Negativos (Neisseria) Gonococo. Tratado de Microbiología, Capítulo 18, octava edición. 1974.

11. Mead, Philip Ban Grump, Dieter W. MD Antibiotic Therapy in Obstetrics and Gynecology, Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol. 19, No. 1, March. 1976.
12. Novak Jones. Jones. Tratado de Ginecología, Capítulo 19 y 20, Novena edición 1977 en inglés, Quinta edición en español.
13. Denis Aragón San Juan, Consideraciones sobre el Tratamiento de la infección Pélvica en el Hospital General San Juan de Dios, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Tesis. 1979.
14. Sánchez Contreras, Jesús Dr. Avances Recientes en el Tratamiento de la Tuberculosis Genital, Gineco-Obstetricia Mexicana, Vol. 38, año XXX, No. 227, Sep., 1975.
15. Hellman, Louis M. Pritchordy Jack A. y Wyn, Ralph M., Williams Obstetricia, México, Salvat Editores, 1977, Anormalidades del Puerperio. Cap. 34.
16. Schawarz, Richard H. MD. Management of Post-Operative Infections in Obstetrics and Gynecology, Vol., 19 No. 1, March 1976.

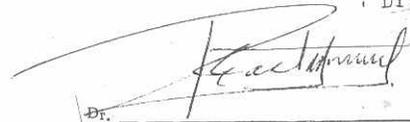
Br. 
 Osberto Julio de León Díaz

Dr. 
 Asesor, 2539

Dr. 
 Revisor, 1583

Dr. 
 Director de Fase III
 Dr. Hector Nuila

Dr. 
 Secretario
 Dr. Raúl A. Castillo Rodas

Vo. Bo. 
 Dr. Rolando Castillo Montalvo
 Decano