The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in a reddish-brown color. It features a central figure of a seated man in a crown, surrounded by various symbols including a lion, a castle, and a cross. The text "UNIVERSITAS CAROLINA ACADEMIA COAGTEMALENSIS INTER ALTIORAS ORBIS CONSPICUA" is inscribed around the perimeter of the seal.

**INFECCION PELVICA Y PRONOSTICO
OBSTETRICO**

*Revisión de 200 casos reportados en el Departamento
de Ginecología del
Hospital Roosevelt*

JULIO RENE HERRERA SOSA

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

*Someto a Vuestra Consideración el presente
trabajo de Tesis Titulado:*

INFECCION PELVICA Y PRONOSTICO OBSTETRICO

*Hago público mi agradecimiento al Dr. Roberto Villatoro
y al Dr. Francisco Cerezo por su valiosa asesoría y revisión,
respectivamente, en el presente trabajo.*

*Y a vosotros Honorable Tribunal Examinador aceptad mis
destrazas de consideración y respeto.*

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION*
- II. REVISION DE LITERATURA*
- III. MATERIAL Y TECNICAS*
- IV. RESULTADOS Y DISCUSION*
- V. ANALISIS*
- VI. CONCLUSIONES*
- VII. RECOMENDACIONES*
- VIII. RESUMEN GENERAL*
- IX. REFERENCIAS*
- X. BIBLIOGRAFIA*

La infección pélvica o enfermedad inflamatoria pelviana es todo proceso que involucre una inflamación y/o infección de los órganos contenidos en la pelvis de la mujer, el tejido celular que le circunda y el peritoneo que le recubre. (7)

La infección pélvica puede ser aguda o crónica. Por lo regular es mixta, compuesta de grados diversos de participación tubárica, eventualmente con extensión a los ovarios y peritoneo pelviano. Tiene tendencia a principiar o comenzar con episodio bastante agudo, seguido de resolución completa o involución gradual hacia un proceso caracterizado por recidivas frecuentes agudas o subagudas. (18)

En la mayoría de los casos ataca a mujeres en edad sexual reproductiva, es más frecuente entre las mujeres de clase socioeconómico-cultural baja, que por ignorancia cuando solicitan atención médica, el proceso infeccioso, ya está muy avanzado. (7)

La infección pélvica suele ser secundaria a difusión hacia arriba de diversas bacterias introducidas en las vías genitales bajas. En la mayor parte de casos las trompas reciben el impacto primario del proceso infeccioso, aunque hay tendencia a la extensión a los ovarios y al peritoneo pelviano, por la proximidad de estas estructuras entre sí y por la estrecha relación del riesgo linfático y vascular de todos los órganos pélvicos. (18)

Para la realización del presente estudio se hizo una revisión de 200 casos clínicos de pacientes tratadas por infección pélvica en el departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt durante un período de 3 años. De éstas 200 pacientes un reducido número volvió a consultar nuevamente por problemas de infección pélvica, secuelas de la misma, embarazos normales o ectópicos, etc. De esta manera se buscaba evaluar el pronóstico obstétrico de estas mismas pacientes, el porcentaje de errores diagnósticos, efectividad del tratamiento y la

frecuencia de complicaciones y/o secuelas post-infección pélvica.

Habiendo obtenido el material de trabajo se procedió al análisis del mismo y verificación de las hipótesis planteadas las cuales dicen así:

1. El embarazo ectópico es la secuela más frecuente de infección pélvica.
2. Un alto porcentaje de pacientes que recibieron buen tratamiento médico o médico quirúrgico por infección pélvica pueden consultar nuevamente logrando un embarazo normal.
3. Un bajo porcentaje de pacientes consultan nuevamente por problemas de infertilidad.

Agregándose a las anteriores las variables siguientes:

1. Condición socioeconómica.
2. Estado civil.
3. Ocupación.
4. Edad.
5. Paridad.
6. Procedencia.
7. Complicaciones.

REVISION DE LITERATURA

La enfermedad inflamatoria pélvica se puede separar en 3 categorías básicas según el carácter, patogenia, patología y etiología diferentes:

- 1) Infecciones que ocurren después de dilatación y raspado, e infecciones post parto y post aborto que incluyen traumatismo intrauterino.
- 2) Infecciones post operatorias que suelen desarrollarse por gérmenes introducidos en el campo operatorio desde piel o vagina.
- 3) Infección bacteriana de la pelvis que suele presentarse en la mujer no embarazada sin cirugía previa abdominal ni de cavidad del endometrio. (16)

Desde el punto de vista etiológico y clínico se puede dividir en

- 1) **Gonorreica:** Por infección a diplococo gran negativo que comprende la proporción mayor; aproximadamente el 60o/o de los casos, aunque en estudios recientes de Lukasik, se encuentra el gonococo con menos frecuencia que los colibacilos en los cultivos de trompa. Esto no significa necesariamente disminución de la enfermedad gonorreica, pues el cultivo es frecuentemente negativo en casos de abscesos tuboováricos indudablemente gonocócico. (15,18) Diversos investigadores han obtenido *N. gonorrhoeae* del 33 al 51o/o de pacientes no tratados de infección pélvica aguda, al utilizar sistemáticamente cultivos endocervicales. Rendtorff y colaboradores señalaron la obtención de *N. gonorrhoeae* en 80o/o. (16) La obtención de *N. gonorrhoeae* del endocérvix de una paciente con salpingitis no prueba que también existe el gonococo en las vías genitales altas, ni que sea el único agente infeccioso a nivel de

las mismas. (19)

2) **Piógena:** Debida a un proceso infeccioso de toda una gama de germenés y los más frecuentemente culpados son especies de bacteroides, incluyendo *B. Fragilis* y peptoestreptococos; ~~pueden~~ ~~intervenir~~ algunas especies de Enterobacteraceae, estreptococos aerobios y anaerobios, micoplasmas y clamidias. (2,6,17,18)

3) **Tuberculosa:** Debida a la infección por bacilo tuberculoso, que comprende aproximadamente el 50/o de todos los casos de infección pélvica. Es de naturaleza crónica. (7,18)

Entre los factores predisponentes de infección pélvica están los siguientes:

1. Partos sépticos.
2. Falta de asepsia y antisepsia en la atención de partos en los hospitales, falta de esterilización del equipo, falta de preparación de sala de parto y de operaciones.
3. Cesárea infectadas secundariamente a inciso 2.
4. Abortos sépticos.
5. Retención de restos embrionarios.
6. Parto prolongado, ruptura prematura de membranas.
7. Revisión de cavidad practicada en forma inadecuada.
8. Dispositivo intrauterino.
9. Infección pélvica anterior. (7)

1. TIPO GONORREICO:

El período de incubación de la gonorrea es entre 1 día y varios meses, con un promedio de 3 a 6 días. Generalmente los síntomas comienzan varios días después del inicio del período menstrual. Alrededor del 90/o de pacientes infectadas no tienen síntomas. El foco inmediato en la mayor parte de casos de infección de las vías genitales altas es la participación gonorreica del cuello (cervicitis manifiesta por leucorrea), uretra, recto, o de cualquier mucosa. La difusión a otros órganos pelvianos tiene lugar por vía del útero (endometritis) hasta las trompas (salpingitis) y ovarios (ooforitis) en aproximadamente el 10/o de los casos. La difusión suele ser silenciosa o manifestarse por signos variables, desde dolor abdominal bajo vago hasta señales de peritonitis con fiebre, escalofríos y, en raros casos choque bacteriémico. En muchos casos no puede ascender al útero y trompas por la barrera del moco cervical, hasta que ésta barrera desaparece durante la menstruación y el microorganismo asciende al tracto genital superior. En muchos casos la infección parece ceder espontáneamente y resolverse sola en plazo de dos semanas, aunque esto no significa curación y muchas de éstas mujeres pueden ser portadoras asintomáticas de la enfermedad. (9,10,18,19) Solamente cuando hay difusión a la trompa se presentan los síntomas característicos de infección inflamatoria pelviana. (18,30)

Una vez infectado el cuello del útero, el curso de la enfermedad es variable. La afección cervical puede mantenerse como una crónica, o desaparecer completamente, incluso sin tratamiento; en algunas ocasiones, probablemente en un número reducido de casos, la infección se extiende hacia arriba por encima del orificio cervical interno e interesa al endometrio. Esto es especialmente factible durante la menstruación, en que la sangre acumulada en la cavidad del útero constituye un excelente medio de cultivo para los gonococos. (30)

La endometritis tiene tendencia a resolverse espontáneamente ya que por lo regular hay buen drenaje a través del conducto uterino

y más que todo debido a la descamación menstrual que se produce atenuándose gradualmente con cada ciclo. (18)

La salpingitis aguda es una secuela inmediata o tardía de la infección gonorreica aguda de la porción inferior del aparato genital. Poco después de infectarse el endometrio no es raro que las trompas se vean involucradas también en el proceso, probablemente por propagación a lo largo de los linfáticos de la submucosa. La mucosa se edematiza y resuma un exudado, por lo general purulento que puede escapar por el extremo aún permeable del oviducto produciendo una peritonitis pélvica aguda, en ocasiones un absceso pélvico. Puede producirse oclusión del orificio fimbriado o de determinadas porciones del conducto, con aparición del consiguiente piosalpinx. (18,30,31)

La patogenia de la salpingitis gonocócica es poco conocida algunos casos se presentan cuando gérmenes genitales endógenos logran llegar a las trompas lesionadas por una salpingitis gonocócica previa. *N. gonorrhoeae* puede actuar iniciando la infección tubárica, pero que en ausencia de terapéutica, el gonococo muere rápidamente en el espacio tubárico cerrado y prosigue la infección por invasores secundarios. (21)

2. TIPO SEPTICO O PIOGENO:

Suele observarse después del parto o aborto, este último en particular de tipo criminal, pero puede ser secuela del tipo de cirugía pelviana, muchas veces de histerectomía vaginal. El germen infectante llega a las trompas por un camino distinto al gonococo, al igual que las modificaciones que se producen son distintas. Los gérmenes se propagan por lo general desde el cuello a través de las venas y linfáticos de los ligamentos anchos. Resultado frecuente de esto son las tromboflebitis, linfangitis que se acompañan de celulitis y, en ocasiones hasta abscesos de los ligamentos anchos. (18,32)

El endometrio con infecciones benignas se puede encontrar hiperémico y edematizado, pero en las infecciones virulentas se puede

encontrar extensa necrosis. Alguna infección ocasional después de aborto puede depender de *Clostridium Welchii*. (18)

Puede haber una fuerte induración y engrosamiento del parametrio de manera que la participación resultante de la trompa sea en esencia una perisalpingitis más bien que una endosalpingitis. La salpingitis resultante es de tipo intersticial y no interesa, o lo hace en un grado muy pequeño a la mucosa.

El pronóstico en cuanto a fertilidad después de infección piógena de las trompas es mucho mejor que después de infección de tipo gonorreico. (18)

Es raro observar ooforitis aislada de salpingitis. El ovario puede permanecer indemne aún en presencia de una inflamación tubárica intensa, aguda o crónica. A menudo los abscesos pélvicos son tuboováricos, y no representan más que la fusión de las cavidades tubáricas y ováricas. Se observan a veces abscesos ováricos con trompas normales como secuela de infección después de histerectomía, que parece difundirse a lo largo de las vías linfáticas. (18,20)

En ambas salpingitis agudas, gonocócicas y no gonocócicas se produce inflamación del peritoneo, porque la serosa se inflama a consecuencia de la extensión subepitelial desde el endosalpinx o porque la infección se difunde directamente al peritoneo siguiendo los extremos fimbriados de las trompas. Ovario e intestino pueden estar afectados por la respuesta inflamatoria. Se producirán hinchazones iniciales palpables, que representan inflamación de los anexos y edema o absceso ovárico, en aproximadamente 25o/o de las pacientes con enfermedad inflamatoria pelviana aguda. (13,15,18)

3. FORMA TUBERCULOSA:

El ciclo de la tuberculosis pelviana se explica en la mejor forma como una diseminación hematógena de una infección primaria localizada en los pulmones en el 90o/o de los casos, y en el tracto

urinario y otros órganos. Las trompas son el órgano pelviano más comunmente afectado; las razones para ello no son evidentes, pero podrían tener relación con una dual provisión sanguínea. En general, el ovario es relativamente resistente a la infección tuberculosa, pero puede quedar comprometido y ser incluido en una masa inflamatoria tuboovárica por propagación directa del proceso. El endometrio puede quedar afectado por extensión directa del proceso desde el endosalpinx a la cavidad endometrial. El cérvix y la vagina pueden ser afectados por extensión directa o por diseminación hematogena desde un foco lejano, pero éstas lesiones son poco frecuentes y solo rara vez son aquellos órganos la primera localización de la infección pelviana. (12,30)

SINTOMAS Y SIGNOS

1. Forma Gonorreica:

En muchos casos (alrededor del 66o/o), los síntomas agudos aparecen durante el período menstrual o inmediatamente después, debido a la mayor vulnerabilidad que tiene la cavidad uterina a la invasión gonorreica en la época de la descamación menstrual. No se han definido los mecanismos defensivos específicos que intervienen durante la fase intermenstrual del ciclo. Los síntomas habituales lo constituyen el dolor intenso de la región pelviana y abdominal inferior, la rigidez muscular y la sensibilidad, la distensión abdominal, náuseas, vómitos, fiebre que puede llegar a 39.5° centígrados o más, leucocitosis, pulso rápido y postración intensa en los casos graves. (18,30,31)

En infección pelviana gonocócica el comienzo del dolor generalmente había sido en etapa temprana del ciclo menstrual, mientras que el comienzo del dolor se había distribuido por todo el ciclo en la salpingitis no gonocócica. (21)

El examen de la pelvis puede resultar difícil y poco satisfactorio, a causa del dolor, la sensibilidad y la rigidez que presenta la paciente. Si se delimita el útero lo más probable el cuello o el fondo para moverlo provocan dolor. Ambos lados de la pelvis presentan una

sensibilidad exquisita. Cuando la fiebre y el dolor pelviano persisten y se acompaña de presión y dolor rectal, el examen puede poner de manifiesto un absceso pélvico. (18)

2. Tipos post-parto y post-aborto:

En éstos casos la paciente se encuentra con lo general muy débil y en condiciones sépticas, con señales de traumatismo local a nivel del perineo y vagina. Es posible que el cuello haya sufrido desgarramiento y se encuentre infectado especialmente si la infección pelviana sigue a un parto a término. En tales casos el útero está aumentado de tamaño y no ha involucionado, mientras que en casos de abortos provocados solo se halla ligeramente aumentado de tamaño. Debe tenerse presente la posibilidad de que haya perforación uterina después de aborto provocado. La tromboflebitis es complicación frecuente. (18)

Si la infección invade los ligamentos anchos, éstos se encuentran enormemente engrosados e infiltrados. En algunos casos, sin embargo dichos ligamentos están poco afectados y los anexos aumentados de tamaño e inflamados pueden palparse a manera de masas irregulares y sensibles a los lados de la pelvis.

El fuerte engrosamiento, infiltración y sensibilidad de los ligamentos anchos y úterosacros constituyen una manifestación frecuente de la parametritis, que siempre se haya presente. (18)

Infección después de DIU:

La inserción de un DIU probablemente puede producir inflamación pelviana, sobre todo cuando hay cervicitis intensa de manera que es posible la contaminación bacteriana de la cavidad uterina al insertar el aparato. Sin embargo, Mishell y Mayer señalan que cuando la enfermedad inflamatoria se presenta más de un mes después de insertar un DIU es poco probable que la culpa la tenga el dispositivo. Parece haber una reacción inflamatoria continua del endometrio de pacientes que tengan DIU. (18)

En mujeres que llevan menos de 1 año de haber dado a luz, Wright y Laemmle calcularon que la frecuencia de los episodios primeros de enfermedad inflamatoria pelviana era doble en mujeres que utilizaban un dispositivo intrauterino que en quienes utilizaron otros métodos anticoncepcionales, y casi 5 veces mayor que la proporción de crisis para mujeres que utilizaban anticoncepcionales por vía bucal. (31)

Algunas infecciones graves se han presentado después que el dispositivo intrauterino llevaba colocado largo tiempo sugiriendo que la presión prolongada de un cuerpo extraño en el útero puede intervenir en la producción de infección pélvica. (4)

3. Forma Tuberculosa:

La tuberculosis pelviana puede sobrevenir a una edad temprana, pero la mayor incidencia se observa entre las edades de 20 y 40 años. En una amplia variedad de casos de la clínica Hopkins, los tres síntomas más frecuentes de esta dolencia, consistieron en trastornos menstruales, dolor pelviano y disminución de la fecundidad. Los trastornos menstruales más frecuentes son menorragia, polimenorrea y metrorragia intermenstrual. (30)

La fiebre reviste ordinariamente el carácter de febrícula, oscilando entre 37.2 y 37.8°C., pero puede en ocasiones adoptar un fulminante cuadro séptico, en particular cuando sobrevienen una peritonitis tuberculosa o la formación de un absceso. Un rasgo clínico de este tipo de fiebre de la tuberculosis pelviana lo constituye el hecho de no ceder a la administración de altas dosis de antibióticos de amplio espectro. (30)

El hallazgo de ascitis en una mujer joven, sin historia de trastornos cardiorrenales o hepáticos, debe hacernos sospechar de peritonitis tuberculosa. Cuando hay envolvimiento del endometrio se puede notar un flujo serosanguinolento entre los períodos menstruales. (7)

DIAGNOSTICO:

Infección Gonorreica:

El antecedente de gonorrea en la enferma o en el esposo tiene gran valor diagnóstico. La presencia de un intenso dolor en el bajo vientre, bilateral, por lo común, durante la menstruación o inmediatamente después de ésta, con sensibilidad y rigidez al mismo nivel, timpanismo moderado, fiebre, náuseas, vómitos, leucitosis, sensibilidad pelviana, etc. bastarán la mayoría de las veces para hacer un diagnóstico seguro. Cuando hay cervicitis o uretritis aguda es fácil encontrar los gonococos en las secreciones correspondientes. (18)

Aunque la identificación de una *Neisseria Gonorrhoeae*, so resulta nunca fácil, los métodos por cultivos siguen siendo muy superiores a la coloración de Gram. (30)

Los resultados de las pruebas de laboratorio deberán interpretarse conjuntamente con los antecedentes y los signos proporcionados por el examen clínico. La eritrosedimentación es muy importante en el diagnóstico y seguimiento de las pacientes. En algunas ocasiones, particularmente en los casos menos agudos, el diagnóstico habrá de establecerse o descartarse únicamente sobre la base de los hallazgos de la clínica, ya que los cultivos o los frotis negativos no constituyen una prueba decisiva de que la paciente se halle libre de infección gonorreica. Resulta importante averiguar si existió o no alguna actividad sexual directa reciente. (30)

El número de glóbulos blancos en sangre periférica estaba aumentado en menos de la mitad de los casos de enfermedad inflamatoria pelviana. Jacobson y Westrom encontraron una velocidad de sedimentación normal en el 24% de las pacientes con salpingitis confirmada por laparoscopia, mientras que el 53% del grupo visualmente normal tenía elevada la velocidad de sedimentación. Viberg comprobó que la velocidad aumentaba cuando aumentaba la duración de los síntomas de 7 a 14 días. Se ha comprobado que la velocidad

puede seguir elevada hasta por 13 meses después del tratamiento de una salpingitis aguda con buen resultado. (8)

Infección Piógena:

La historia del inicio de la enfermedad, la continuidad del parto o del aborto tiene, como es de suponer, importancia decisiva. La sintomatología es similar a la de tipo gonorreico, excepción hecha que en los casos más virulentos de tipo estreptocócico, por lo regular la reacción general es más aguda. Los síntomas se pueden manifestar a las 6 u 8 horas o no hacerlo durante varios días después del parto u aborto. El proceso tiende a localizarse en la pelvis. Puede producirse tromboflebitis con emlos sépticos. La fiebre es persistente prolongándose semanas hasta meses. (18)

Infección Tuberculosa:

Aunque los síntomas clínicos y los signos de esta enfermedad debieran conducir al clínico al diagnóstico de tuberculosis pelviana, es un hecho que más de los dos tercios de los casos son diagnosticados en el momento de una laparotomía practicada por alguna otra indicación. (30)

El diagnóstico se confirma bacteriológica e histológicamente o de ambas maneras. Para la investigación bacteriológica hay que enviar: 1) Sangre menstrual 2) Líquido extraído por punción del espacio de douglas o de los tumores anexiales y 3) Material procedente de legrado. (23)

Una dilatación y curetaje o una biopsia del endometrio, del cervix o de la vagina, llevadas a cabo como métodos auxiliares en ocasión del examen de la paciente, permitirán confirmar el diagnóstico en más de los 2 tercios de los casos. El legrado uterino debere hacerse después del 21 día del ciclo menstrual, recalando en uno de los cuernos, por ser éste el de comunicación más inmediata con la trompa. (24,25,30) El simple cultivo acidoresistente de la sangre menstrual es

positivo en un 10o/o de las tuberculosis ginecológicas, según Overbeck. La comprobación clínica de ascitis es la prueba más concluyente que puede obtenerse en favor de la tuberculosis pelviana. Con todo es preciso tener en cuenta otras posibles causas de ascitis, entre ellas el carcinoma de ovario y la cirrosis hepática. En la diferenciación entre salpingitis tuberculosa e infecciones neisserianas el hallazgo de un introito vaginal en presencia de una inflamación tubaria evidente debe dar mayor fundamento al diagnóstico de tuberculosis. Por otra parte, la falta de respuesta clínica a la administración de antibióticos de amplio espectro constituye una prueba indirecta que inclina fuertemente hacia la tuberculosis. (30)

La obstrucción de ambas trompas en una nuligesta sin antecedentes gonocócicos en un alto porcentaje de casos resulta ser causada por inflamación tuberculosa. (24)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

1. Apendicitis Aguda:

En ésta el dolor difuso pronto tiende a localizarse en la región de Mcburney. La fiebre es ligera con leucocitosis que en proporción a la fiebre, es mucha que en la inflamación pélvica. El problema es más difícil en caso de apendicitis perforada con peritonitis. En tales condiciones el dolor abdominal, la sensibilidad y la rigidez al igual que la infección pélvica aguda, interesan toda la zona del bajo vientres. Aunque el examen de la pelvis puede descubrir cierta hipersensibilidad en caso de peritonitis apendicular, raramente es tan neta o intensa como en los caso graves de inflamación pelviana aguda, mientras en ocasiones de esta última puede palpase un agrandamiento definido de los anexos, quizá incluso un absceso pelviano. (6,18)

2. Pielitis Aguda:

Esta puede producir un cuadro similar al de la inflamación pélvica aguda. El dolor de la pielitis se localiza por lo regular en la zona

abdominal superior, aunque en ocasiones se generaliza a todo el abdomen. La palpación de la zona renal pone de manifiesto sensibilidad aumentada, por lo común muy intensa a nivel del ángulo costovertebral. Por regla general el dolor abdominal de la pielitis va precedido o acompañado de dolor de la región lumbar que se irradia a los flancos, con tendencia al aumento de frecuencia de las micciones, disuria y tenesmo, aunque en un número sorprendente de casos no es posible comprobar estos síntomas. El examen de orina obtenido por cateterismo es de importancia evidente, aunque éste suele ser negativo durante largo tiempo debido al edema y bloqueo de los uréteres y al drenaje insuficiente. (6,18)

3. Embarazo Ectópico Roto:

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

En el embarazo ectópico el dolor suele ser de tipo cólico, intenso y unilateral, y no es raro que se asocie a náuseas y desmayos. El examen de la pelvis en los casos de embarazo tubárico revela una masa unilateral y sensible que falta en el lado opuesto. El examen culdoscópico suele ser decisivo. (6,18)

TRATAMIENTO:

El reposo en cama, líquidos, analgésicos, etc. son de necesidad evidente en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda. El calor en cualquier forma alivia las molestias y facilita la resolución del proceso inflamatorio. Los lavados vaginales o de asiento, se utilizan excepto en pacientes graves. (18,30)

El tratamiento diatérmico con onda corta aplicado diariamente constituye un método más efectivo de administrar calor que el de las irrigaciones, pero resulta un tanto incómodo en el tratamiento de la

peritonitis pélvica aguda. Se le atribuye un valor particular en los casos en que no hay respuesta pronta a los antibióticos o en aquellos en que se aprecia la persistencia de induraciones o masas voluminosas intrapélvicas. (30)

La elección del antibiótico se efectúa después de establecer si la paciente debe o no debe hospitalizarse. Indicaciones para ingresar en el hospital deben incluir:

- 1) Diagnóstico poco claro con posible urgencia quirúrgica.
- 2) Peritonitis intensa que impide la terapéutica antibiótica bucal.
- 3) Fracaso del tratamiento en pacientes externas. (22)

Enfermedad Inflamatoria gonocócica:

La terapéutica óptima depende del resultado del cultivo cervical y de las pruebas de sensibilidad, que nunca deben omitirse. (18)

Como al tiempo del primer examen no es posible excluir con seguridad la infección gonocócica, la terapéutica inicial contra la salpingitis aguda ha de ser eficaz cuando menos para la infección gonocócica. (22)

Hay 2 regímenes para pacientes hospitalizadas que se han comprobado eficaces para salpingitis gonocócica:

- 1) Penicilina G cristalina acuosa, 20 millones de unidades al día por vía intravenosa hasta que la paciente quede afebril y empiezan a resolverse la peritonitis, la hipersensibilidad abdominal y las masas anexiales. Luego la paciente toma 2 gramos de Ampicilina al día por vía bucal para lograr una duración total del tratamiento de 10 días.
- 2) Ampicilina 2.0 gramos 4 veces al día por vía intravenosa, cam-

biando a 2.0 gramos al día por vía bucal después que se ha ogrado la mejoría, completando 10 días de terapéutica.

En pacientes alérgicas a la penicilina se recomienda la terapéutica con Tetraciclina. Si no hay tolerancia bucal se puede iniciar Clorhidrato de Tetraciclina 1.0 gr. al día por vía intravenosa pasando a 2.0 gr. por la boca después de lograda mejoría. (éste régimen no se utiliza en embarazadas).

Los regímenes para pacientes externas son los siguientes:

- 1) Ampicilina 3.5 gr. como dosis bucal única de carga, junto con 1 gramo de de probenecid por la boca, seguido de 2.0 gr. de ampicilina por la boca diariamente durante 10 días.
- 2) Clorhidrato de tetraciclina 1.5 gr. inicialmente como dosis de carga bucal, seguido por 2.0 gr. al día durante 10 días.

Las recomendaciones para terapéutica de gonorrea anogenital no complicada han sido revisadas recientemente. La droga de elección sigue siendo Penicilina G Procaínica acuosa a dosis de 4.8 millones en una visita, con 1 gr. de Probenecid por vía bucal inmediatamente antes.

Hay otros esquemas con Ampicilina 3.5 gr. y 1 gr. de Probenecid simultáneamente; Espectinomicina 2.0 gr. intramuscular o bien 1.5 gr. de Tetraciclina dosis inicial y 500 mgs. 4 veces al día por 4 días.

El inconveniente del tratamiento con ampicilina, espectinomicina y tetraciclina es que no se conoce su eficacia contra la sífilis en fase de incubación. (22,28)

En presencia de distensión abdominal a consecuencia de íleo paralítico, tiene importancia el empleo cuidadoso de una sonda nasogástrica. Están indicados los estudios radiológicos repetidos, y hay que recordar que puede producirse una verdadera obstrucción mecánica.

Será mejor evitar la cirugía durante la fase aguda de la enfermedad inflamatoria, debe reservarse básicamente para la enfermedad recurrente crónica o cuando exista respuesta inadecuada al tratamiento. Cuando se sospeche un absceso pelviano se puede drenar con una colpotomía posterior.

Siempre debe pensarse en un absceso tuboovárico roto si hay un brusco empeoramiento del estado general con aparición de choque, taquicardia e hiperpirexia. La desaparición de una masa anexial previamente conocida tiene gran importancia diagnóstica. Un absceso tuboovárico roto justifica rápida exploración quirúrgica.

Kaplan y colaboradores recomiendan la laparotomía para el absceso tuboovárico que no responde rápidamente a un buen tratamiento conservador. (18)

Infección Piógena:

El tratamiento ha de ser conservador utilizando grandes dosis de antibióticos adecuados, después de hacer cultivos y pruebas de sensibilidad. Se utilizarán transfusiones de sangre según las necesidades, y se utilizarán determinaciones de fibrinógeno. Se administran oxióticos cuando hay hemorragia. Si se sospecha tromboflebitis pelviana hay que pensar en la terapéutica anticoagulante.

Si la hemorragia es profusa, debe efectuarse raspado con todo cuidado para evitar perforar el útero reblandecido y edematizado. Lo mejor es posponerlo hasta observar señales de respuesta favorables a la terapéutica antibiótica.

En casos de pacientes que no respondan al tratamiento conservador y que continúan con fiebre alta en agujas, tiene importancia realizar hemocultivos repetidos por la posibilidad de una bacteriemia incipiente gramnegativa y un choque endotóxico grave. En tales circunstancias la laparotomía con una limpieza completa y un buen drenaje puede salvar la vida de la paciente junto con transfusiones,

cantidades masivas de antibióticos y vasopresores adecuados. (18)

Las pacientes con salpingitis no gonocócica muestran una respuesta temprana mejor con tratamiento de Tetraciclina que con Penicilina y Ampicilina.

Administrar ampicilina o penicilina junto con un aminoglucósido (combinación utilizada tradicionalmente para infecciones pelvianas) no es una elección lógica para la salpingitis no gonocócica, dada la falta de actividad de los aminoglucósidos contra *B. fragilis*, estreptococos anaerobios y aerobios, y clamidios.

La combinación usada frecuentemente de una cefalosporina con un aminoglucósido puede ser inadecuada en la salpingitis no gonocócica, ya que ninguno de estos productos es eficaz contra *B. fragilis*. Esta más justificado el empleo de Clindamicina con Ampicilina, pero procede estudiar mejor todavía la toxicidad y la eficacia de ésta combinación.

El cloranfenicol es activo contra *B. fragilis*, la mayor parte de enterobactereaceas y otros gérmenes que hasta aquí se han culpado de salpingitis no gonocócica. Por su toxicidad hematopoyética, el cloranfenicol debiera reservarse para las pocas pacientes que no mejoraron con terapéutica inicial de otros antibióticos.

La mayor parte de pacientes con salpingitis que se tratan con los antibióticos anteriores manifiestan rápido alivio del dolor abdominal y normalización de la temperatura y de los leucocitos. La hipersensibilidad y las masas en los anexos desaparecen más lentamente. Los pacientes que no mejoran, o que presentan dolor abdominal creciente, necesitan estudiarse de nuevo con cuidado, repitiendo el examen pelviano para descubrir la presencia de hipersensibilidad creciente, o el desarrollo de un absceso. Se debe revisar la terapéutica antibiótica y los datos de cultivos. (29)

La laparotomía debe evitarse en tanto mantenga su actividad la

inflamación de las trompas. Ello se funda en que:

1. Puede resultar innecesaria ya que la mayoría de las enfermas pueden aliviarse mediante tratamiento conservador sin que se requiera la cirugía.
2. En un elevado porcentaje de casos puede llegarse todavía al embarazo después de la infección aguda de las trompas siempre que se haya instituido un tratamiento adecuado de tipo conservador. La probabilidad se ve aumentada con la realización de un tratamiento conservador intensivo a base de antibióticos. En el estudio llevado a cabo en Suecia (Falk) pudo comprobarse una incidencia del 84o/o de embarazos intrauterinos en las pacientes clínicamente curadas después de haber sufrido una salpingitis gonorreica, proporción mucho más alta que la encontrada en la mayoría de las estadísticas de años precedentes, en las que el índice de fertilidad lograda oscilaba alrededor del 50o/o. Dicha mejoría en los resultados se atribuyó a factores tales como el establecimiento de un diagnóstico precoz, la temprana hospitalización y una adecuada terapéutica antibiótica.
3. Las pacientes operadas durante la fase aguda o subaguda del proceso presentan una mortalidad y cantidad de complicaciones superiores a las mujeres intervenidas para tratar únicamente las secuelas inflamatorias.
4. Si la intervención se practica durante la fase aguda o subaguda, podrá optarse por realizar una operación mucho más radical sobre los ovarios, ya que el aspecto de dichos órganos inflamados y hasta supurados es tal que podría inducirlos a extirparlos, con mayor frecuencia que si aquél realizará la laparotomía una vez que la inflamación hubiere cedido. (30)

Indicaciones de la cirugía durante la fase aguda de la salpingitis:

1. Un absceso fluctuante del fondo de saco, o una gran colección supurada tuboovárica que no responden a la terapia conservadora y que sean accesibles al drenaje por la bóveda posterior de la vagina.
2. En raras ocasiones, está indicado el drenaje abdominal de un gran absceso tuboovárico cuando el proceso no responde al tratamiento conservador y se encuentre demasiado alto como para poder abordarlo sin peligro desde la vagina. Este tipo de abscesos voluminosos y de gruesas paredes, pueden no colapsarse ni curar hasta haberse establecido un drenaje adecuado de los mismos.
3. Muy raramente un asa de intestino delgado puede quedar adherida a la masa inflamatoria, determinando la consiguiente obstrucción y obligando a una intervención quirúrgica.
4. Puede ser necesario extirpar el apéndice como medida precautoria, en los casos en que los síntomas y signos sugieran fundamentalmente la existencia de una apendicitis y no justifiquen la adopción de una política de expectación vigilante.(30)

Infeción Tuberculosa:

La terapéutica actualmente reconocida de la tuberculosis pelviana consiste en la quimioterapia antituberculosa prolongada.

Con el tradicional régimen de quimioterapia triple con

isoniacida, estreptomycin y PAS durante 1 año como mínimo llegó a convertirse en axioma que las pacientes que perseveraban en esta larga cura, podían recuperarse y de lo contrario, no cabía esperanza de curación.

Por la larga duración de este tratamiento, los efectos colaterales de las drogas, la gran aversión a la aguja de inyecciones, lo incómodo de tomar 12 comprimidos con olor desagradable de PAS y 3 de INH diariamente, etc., eran muchas las probabilidades de que se suspendiera el régimen. Afortunadamente desde el año de 1973 en diferentes países se han hecho estudios sobre nuevos regímenes antituberculosos (no hay estudios sobre tb. pélvica en particular). Así, respecto a la rifampicina se ha demostrado que produce resultados beneficiosos en menor tiempo que las otras drogas, sin peligro de recaídas y usándola 2 veces por semana es equivalente a su uso diario.

También hay estudios sobre regímenes intermitentes y cortos con ethambutol.

La unión internacional contra la tuberculosis recomienda iniciar el tratamiento de todo paciente con tb. con 3 medicamentos tuberculostáticos simultáneamente. Se prefiere el tratamiento con estreptomycin, isoniacida y PAS o bien: estreptomycin, ethambutol y PAS por un año y luego mantener la medicación oral (sin estreptomycin) por otros 6 meses.

Otras organizaciones sugieren que con el ethambutol y la rifampicina ya no son indispensables los regímenes terapéuticos con 3 medicamentos para el tratamiento inicial o de mantenimiento cuando ninguna de éstas drogas ha sido usada

previamente, ellos proponen el tratamiento inicial con la combinación rifampicina-isoniacida durante los primeros cuatro meses y que luego la combinación INH-ethambutol sustituya a la anterior el resto de duración del tratamiento. Cuando no se use rifampicina sugieren el uso de estreptomycin.

Todos los demás tratamientos para la tb. implican riesgos mayores por lo que se aconseja su uso solamente cuando hay una contraindicación para el uso de los medicamentos anteriores o bien cuando se ha tenido un fracaso terapéutico con los mismos.

En lo que si están de acuerdo todas las instituciones es en que se debe mantener todo el tratamiento inicial por lo menos 12 semanas y luego hacer los cambios que se consideren pertinentes, y que antes de comenzar el tratamiento se hagan pruebas de sensibilidad de los bacilos tuberculosos hacia los medicamentos principales.

El tratamiento con drogas antituberculosas ha mejorado el pronóstico de la enfermedad tan considerablemente que otras clases de tratamiento han caído prácticamente en desuso. Entre estos cabe considerar el tratamiento con glucocorticoides con pobres resultados y muchos efectos colaterales, aunque algunos los usan todavía pero por pocos días en la tb. de localización meníngea.

Las dosis de los medicamentos son las siguientes:

Ethambutol: 15 mgs. por Kg. al día por vía oral.

Rifampicina: 600 mgs. por vía oral o 10-20 mgs. por Kg. de peso al día sin exceder de 600 mgs.

Isoniacida: 300 mgs. al día por vía oral o 5-8 mgs. por Kg. de peso al día por vía oral.

Estreptomycin: 1 gramo intramuscular al día (27)

Los esquemas de tratamiento recomendados en nuestro país por la Dirección General de Servicios de Salud son los siguientes:

1. Fase diaria por 2 meses (60 dosis)
Estreptomycin 1 gr. diaria IM
Isoniacida 300 mgs. diarios por vía oral
Tioacetazona 150 mgs. diarios por vía oral.

Fase Alterna, dos veces por semana, por meses:
Estreptomycin mgs. 2 veces por semana
Isoniacida 800 mgs. 2 veces por semana.

Las indicaciones quirúrgicas para la Tuberculosis pélvica comprenden:

1. Persistencia o agrandamiento de una masa anexial después de 3 a 6 meses de quimioterapia anti tb. Tener en cuenta la rara posibilidad de una neoplasia ovárica aún en presencia de tuberculosis pelvianas.
2. Persistencia del dolor pélvico o recidiva de la infección pelviana mientras la paciente se halla sometida a tratamiento médico. Toda enferma debe periódicamente ser controlada con una biopsia del endometrio para descubrir una posible infección recidivante.
3. Falta de respuesta primaria de la infección tuberculosa a la quimioterapia, evidencia de persistencia de una fiebre enérgica, leucocitosis y acelerada velocidad de sedimentación. La penetración del antibiótico en cantidades suficientemente elevadas en la cavidad de un absceso tuberculoso puede a veces resultar imposible. Estos casos deben ser tratados sin dilación por medios quirúrgicos.

4. Hemorragia excesiva después del tratamiento. (14, 29)

Para evaluar los progresos terapéuticos efectuar:

1. Legrado uterino cada 3 meses.
2. Examen completo de sangre menstrual o del líquido obtenido por aspiración de la cavidad endometrial.
3. Histerosalpingograma cada 6 meses.
4. Laparoscopia siempre que sea posible. (27)

MATERIAL Y TECNICAS

Para la realización del presente estudio se hizo una revisión en el libro de ingresos del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt en el cual están registrados datos generales e impresión clínica de las pacientes habiendo abarcado un período de 3 años.

Se ingresaron durante este período un total de 258 pacientes con impresión clínica de Infección pélvica u otros diagnósticos asociado al mismo, por ejemplo: absceso pélvico, absceso tuboovárico, etc.

Del total de 258 pacientes revisadas a través de las Historias clínicas, 58 tenían diagnóstico diferente al del libro de ingresos en unos casos, en otros el número de registro médico era el equivocado.

El presente trabajo se realizó sobre 200 casos que si correspondieron a Infección Pélvica. El estudio se basó sobre los métodos retrospectivo, inductivo y deductivo.

RESULTADOS Y DISCUSION

A continuación se presentan los resultados de la investigación, y para los efectos de la misma se exponen en gráficas. Debido a lo extenso de los datos obtenidos y para un mejor análisis se informa cada gráfica con su respectivo comentario. Se realizará al final del trabajo un análisis comparativo de los resultados conjuntamente con las hipótesis y variables ya presentadas con anterioridad.

TABLA No 1

Edad de las pacientes dx. de
Infección Pélvica

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
Menor de 21 años	39	19.5
21 - 25 años	52	26.0
26 - 30 años	41	20.5
31 - 35 años	35	17.5
36 - 40 años	23	11.5
Mayor de 40 años	10	5.0
TOTAL	200	100.0

Comentario: La mayor incidencia de pacientes con infección pélvica fue entre las edades de 21 a 25 años con el 26.0o/o, de donde empieza a descender paulatinamente. Con los anteriores resultados se comprueba lo reportado en la literatura, al respecto de que la mayor incidencia de pacientes con infección pélvica esta entre pacientes en edad sexualmente reproductiva (7), ya que el 83.5o/o comprende pacientes menores de 36 años.

Tabla No. 2

Estado Civil de las pacientes en relación con Infección Pélvica

ESTADO CIVIL	CASOS	PORCENTAJE
Soltera	70	35.0
Casada	44	22.0
Unida	83	41.5
Divorciada	3	1.5
TOTAL	200	100.0

Comentario:

Podemos observar que la unión de hecho predomina en las pacientes tratadas por infección pélvica, ya que comprende el 41.5%. Las mujeres solteras ocupan el 2o. lugar con 35%, siguen las mujeres casadas con el 22% y por último las divorciadas con 1.5%. Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio hecho por Rodríguez (23) quien reporta el 32.3% para mujeres casadas y el 27.9% para mujeres solteras.

Table No 3.

Ocupación de las pacientes en relación a Infección Pélvica

OCUPACION	CASOS	PORCENTAJE
Oficios domésticos	192	96.0
Estudiante	3	1.5
Otros	5	2.5
TOTAL	200	100.0

Comentario:

La ocupación a la que se dedicaban las pacientes correspondió el 96.0% a amas de casa, el 1.5% a estudiantes y el 2.5% a otras ocupaciones, entre las cuales estaban la de decoradora, costurera, etc. No se encontró ninguna paciente que reportara como oficio la prostitución.

Tabla No. 4

Motivo de Consulta

MOTIVO DE CONSULTA	CASOS	PORCENTAJE
<i>Dolor abdominal</i>	188	94.0
<i>Fiebre</i>	134	67.0
<i>Hemorragia</i>	46	23.0
<i>Leucorrea</i>	34	17.0
<i>Sensación de masa en la pelvis</i>	9	4.0
<i>Referida</i>	27	13.5

Comentario:

La mayoría de pacientes han consultado por varios síntomas asociados, el dolor abdominal y la fiebre son los síntomas referidos con más frecuencia. El 13.5o/o corresponde a pacientes que fueron referidas por otras instituciones y algunas trasladadas de otros departamentos del hospital donde habían sido evaluadas previo a su traslado al Departamento de Ginecología. La anterior sintomatología es la de esperarse en este tipo de infección, ya que es la que esta reportada en la literatura al respecto. (6,13,18)

Tabla No. 5

Tiempo de evolución de los síntomas en relación al día de consulta

TIEMPO DE EVOLUCION	CASOS	PORCENTAJE
<i>Menor de 6 días</i>	77	38.5
<i>6 - 10 días</i>	56	28.0
<i>11 - 15 días</i>	29	14.5
<i>16 - 20 días</i>	5	2.5
<i>Más de 20 días</i>	33	16.5
<i>Total</i>	200	100.0

Comentario:

El 38.5o/o de pacientes han consultado en un período menor de 6 días y el 66.5o/o de pacientes han consultado en un período menor de 10 días desde el inicio de la sintomatología. Esto nos da idea de que las pacientes le han dado importancia a su estado de salud, ya que la mayoría consultó en un tiempo relativamente corto o bien podría ser un dato falso por el temor de las pacientes de ser reprendidas por el médico por no consultar antes.

Tabla No. 6

Embarazos previos a Infección Pélvica

NUMERO DE EMBARAZOS	CASOS	PORCENTAJE
0	24	12.0
1 - 2	82	41.0
3 - 4	47	23.5
5 - 6	24	12.0
Más de 6	23	11.5
TOTAL	200	100.0

Tabla No. 7

Tabla No. 7

Partos previos a Infección Pélvica

NUMERO DE PARTOS	CASOS	PORCENTAJE
0	32	16.0
1	52	26.0
2	42	21.0
3	30	15.0
4	15	7.5
Más de 4	29	14.5
TOTAL	200	100.0

Tabla No. 9

Embarazos posteriores a Infección Pélvica

NUMERO DE EMBARAZOS	CASOS	PORCENTAJE
0	191	95.5
1 - 2	9	4.5
3 - 4	0	0.0
5 - 6	0	0.0
Más de 6	0	0.0
TOTAL	200	100.0

Tabla No. 10

Partos posteriores a Infección Pélvica

NUMERO DE PARTOS	CASOS	PORCENTAJES
0	192	96.0
1	7	3.5
2	1	0.5
3	0	0.0
4	0	0.0
Más de 4	0	0.0
TOTAL	200	100.0

Tabla No. 8

Abortos previos a Infección Pélvica

NUMERO DE ABORTOS	CASOS	PORCENTAJE
0	126	63.0
1	52	26.0
2	16	8.0
3	4	2.0
4 o más abortos	2	1.0
TOTAL	200	100.0

Comentario:

Se han presentado los antecedentes obstétricos de embarazos, partos y abortos previos a infección pélvica, habiéndose encontrado que el 88o/o de pacientes habían estado 1 o más veces embarazada. El 84o/o habían tenido 1 o varios partos y el 63o/o nunca habían tenido abortos. Consideramos los anteriores resultados sin relación directa con infección pélvica, excepto en casos de abortos que hayan sido recientes y que hayan sido causa directa de infección pélvica. Entre estos se encontró que 15 pacientes habían tenido aborto reciente lo que corresponde al 7.5o/o.

Tabla No. 11

Embarazos Ectópicos posteriores a Infección Pélvica

NUMERO	CASOS	PORCENTAJE
0	199	99.5
1	1	0.5
2	0	0.0
3	0	0.0
4 o más	0	0.0
TOTAL	200	100.0

Comentario:

Se considera que los anteriores resultados de embarazos partos y embarazos ectópicos son de mucha importancia para los fines del presente estudio, en que se trata de evaluar el pronóstico obstétrico de una paciente después de sufrir infección pélvica. En cuanto a los resultados podemos observar que únicamente el 4.5o/o de pacientes volvió a consultar por 1 o 2 embarazos, el 4o/o por partos y el 0.5o/o por embarazo ectópico posterior. De las 9 pacientes que consultaron por embarazos, 8 o sea el 4o/o fueron embarazos normales y la paciente o sea el 0.5o/o fue por embarazo ectópico. Hubo un caso de una paciente que presentó 2 embarazos posteriores.

Se considera que el 4.5o/o de embarazos posteriores es demasiado bajo para pacientes en edad sexual reproductiva y por lo tanto no representativo. Esto da que pensar acerca de la causa, ya que o la infección pélvica dejó secuelas que imposibilitan el embarazo, o las pacientes al quedar embarazadas ya no acudieron

al Hospital para la atención de su parto por motivos ignorados.

Tabla No. 12

Otros antecedentes en relación a
Infección Pélvica

ANTECEDENTES	CASOS	PORCENTAJE
Uso de DIU	23	11.5
Infección pélvica anterior	16	8.0
Legrado séptico	15	7.5
Legrado no séptico	19	9.5
Gonorrea esposo	2	1.0
Cesárea más infección herida operatoria	6	3.0
Embarazo ectópico	5	2.5

Comentario:

Los anteriores resultados han sido mencionados en el presente estudio al referirnos a factores predisponentes de infección pélvica. El mayor porcentaje de éstos correspondió al antecedente del uso del DIU, con 11.5o/o, en segundo lugar pacientes con antecedentes de legrado no séptico y en tercer lugar pacientes con infección pélvica anterior. De las 34 pacientes con antecedente de legrado, solo 15 tenían antecedente de aborto reciente y con probable relación en el problema actual.

Con los anteriores resultados podemos observar que existe una importante relación entre uso del DIU e infección pélvica.

Grafenberg considera que los dispositivos forman un puente

entre la cavidad del útero y la vagina, y por ello podía aumentar el peligro de infección ascendente. (7)

Oppenheim introdujo 1500 DIU y no observó un solo caso de infección a causa de ello. Insistía que parte de su éxito dependía de la asepsia completa al introducir el dispositivo. (7) De todas maneras los cambios que sobre la estructura endometrial determinan la presencia a largo plazo, los DIU continúan siendo motivo de preocupación para el investigador clínico y para la paciente ansiosa de obtener un resultado efectivo y de poco riesgo con un buen método anticonceptivo. (25)

Tabla No. 13

Signos vitales detectados a las pacientes
a su ingreso

13-a) Pulso Radial

PULSO	CASOS	PORCENTAJE
60 - 70	6	3.0
71 - 80	38	19.0
81 - 90	37	18.5
91 -110	65	32.5
Más de 110	44	22.0
Sin pulso notificado	10	5.0
TOTAL	200	100.0

13-b) Presión Arterial

PRESION	CASOS	PORCENTAJE
Menos de 70/50	1	05
70/50 - 90/60	11	5.5
100/70 - 120/80	161	80.5
Más de 130/90	5	2.5
Sin P/A reportada	22	11.0
TOTAL	200	100.0

13-c) Temperatura oral en °C

TEMPERATURA	CASOS	PORCENTAJE
Menos de 36.1	1	0.5
36.1 - 37.5	58	29.0
37.6 - 38.5	85	42.5
Más de 38.6	44	22.0
Sin temperatura reportada	12	6.0
TOTAL	200	100.0

Comentario:

En cuanto a los signos vitales tomados a las pacientes a su ingreso al hospital, podemos observar que un 78.0o/o de pacientes tenían pulso arriba de 80 por minuto, el 80.5o/o una presión dentro de límites normales y el 70.5o/o presentaban una temperatura por arriba de 37.5° centígrados. Los anteriores

resultados nos demuestran que la mayor parte de pacientes consultaron con un proceso infeccioso agudo inicial o bien reactivación de un proceso crónico.

Tabla No. 14

Examen ginecológico en las pacientes
con Infección Pélvica

HALLAZGOS	CASOS	PORCENTAJE
<i>Utero doloroso a la movilización</i>	110	55.0
<i>Masa anexial dolorosa</i>	109	54.5
<i>Fondo de saco doloroso</i>	73	36.5
<i>Parametrios empastados y dolorosos</i>	71	35.5
<i>Anexos dolorosos sin masa</i>	52	26.0
<i>Masa en saco posterior (fondo de saco de Douglas)</i>	51	25.5
<i>Utero aumentado de tamaño</i>	38	19.0
<i>Secreción de cervix</i>	38	19.0
<i>Secreción uretral</i>	30	15.0
<i>Secreción glándulas Skeene</i>	19	9.5
<i>Hemorragia vaginal</i>	9	4.5
<i>Orificios cervix abiertos</i>	7	3.5
<i>Secreción glándulas de Bartholin</i>	5	2.5
<i>Pelvis congelada</i>	2	1.0
<i>Chancros</i>	1	0.5

Comentarios:

Los anteriores resultados son los hallazgos encontrados en las pacientes al examen ginecológico. En su gran mayoría cada paciente tenía más de un hallazgo, por lo cual aparentemente el total y porcentajes no coinciden. Se puede observar que la mayor parte de los hallazgos fueron encontrados en los anexos ya que el 80.50/o presentaban problemas en los mismos. Estos resultados son similares encontrados por otros autores. (2,6,13,18)

Tabla No. 15

Impresión clínica de ingreso

IMPRESION CLINICA	CASOS	PORCENTAJE
<i>Infección pélvica aguda</i>	153	76.5
<i>Absceso pélvico</i>	75	37.5
<i>Absceso tuboovárico</i>	46	23.0
<i>Masa anexial de etiología?</i>	26	13.0
<i>Pelvipерitonitis</i>	24	12.0
<i>Embarazo ectópico</i>	22	11.0
<i>Uretritis</i>	18	9.0
<i>Infección urinaria</i>	10	5.0
<i>Quiste de ovario</i>	6	3.0
<i>Secuelas de infección pélvica</i>	5	2.5
<i>Apendicitis aguda</i>	5	2.5
<i>Aborto incompleto séptico</i>	5	2.5
<i>Aborto incompleto no séptico</i>	2	1.0
<i>Infección pélvica crónica</i>	3	1.5
<i>Lúes</i>	2	1.0
<i>Perforación uterina</i>	2	1.0
<i>Fibromatosis</i>	2	1.0
<i>Apendicitis perforada</i>	1	0.5
<i>Metrorragia secundaria a DIU</i>	1	0.5

Comentario:

El total de casos no coinciden con el reportado en tablas anteriores ya que casi todas las pacientes tenían más de una impresión clínica a su ingreso.

Podemos observar con los anteriores resultados que la

infección pélvica aguda es la impresión clínica reportada con mayor frecuencia en el 76.50/o. Las demás impresiones clínicas corresponden a los diagnósticos diferenciales de infección pélvica, y en algunos casos las consecuencias de ésta, como abscesos pélvicos o tuboováricos, pelviperitonitis, etc.

Tabla No. 16

Laboratorios practicados a las
pacientes a su ingreso

16-1) Hemoglobina

GRAMOS	CASOS	PORCENTAJE
Menos de 9 gr.	10	5.0
9.1 - 10.5	31	15.5
10.6 - 12.0	53	26.5
12.1 - 13.5	52	26.0
13.6 - 15.0	27	13.5
Más de 15 gr.	4	2.0
Hemoglobina no reportada	23	11.5
TOTAL	200	100.0

16.-b) Hematocrito

CANTIDAD EN o/o	CASOS	PORCENTAJE
Menos de 25o/o	10	5.0
26 - 30	29	14,5
31 - 35	57	28,5
36 - 40	74	37.0
41 - 45	26	13.0
46 y más	2	1.0
Hematocrito no reportado	2	1.0
TOTAL	200	100.0

16-c) Recuento Glóbulos Blancos

LEUCOCITOS POR MM ³	CASOS	PORCENTAJE
Menos de 4000	2	1.0
4001 - 6000	22	11.0
6001 - 8000	34	17.0
8001 - 10000	40	20.0
10001 - 12000	28	14.0
12001 - 14000	26	13.0
14001 - 16000	20	10.0
Más de 16000	28	14.0
TOTAL	200	100.0

16-d) Neutrófilos segmentados

CANTIDAD EN o/o	CASOS	PORCENTAJE
Menos de 60o/o	5	2.5
61 - 70	15	7.5
71 - 80	53	26.5
81 - 90	107	53.5
91 y más	20	10.0
TOTAL	200	100.0

¹6-e) Velocidad de sedimentación

MM EN 1 HORA	CASOS	PORCENTAJE
0 - 10	8	4.0
11- 20	8	4.0
21 - 30	18	9.0
31 - 40	22	11.0
41 y más	141	70.5
V.S. no anotada	3	1.5
TOTAL	200	100.0

Comentario:

Por los resultados de laboratorio anteriores podemos observar que la mayor parte de pacientes era de condición nutricional deficiente, lo que es lógico por la situación socio-económica de las pacientes que acuden a nuestros hospitales estatales. El 53o/o presentaba hemoglobina por debajo de lo

normal, el 48o/o hematocrito por debajo de lo normal. El 51o/o presentaban leucocitosis por arriba de 10000 por mm³. El 90o/o presentaban neutrófilos segmentados arriba de lo normal y el 92o/o velocidad de sedimentación por arriba de lo normal. Los anteriores datos confirman que las pacientes presentaban datos de laboratorio y signos clínicos compatibles con un proceso infeccioso o inflamatorio. Los anteriores resultados fueron comparados con la tabla de valores normales del Laboratorio Clínico del Hospital Roosevelt.

Tabla No. 17

Otros laboratorios de las pacientes
a su ingreso

17-a) Heces			17-b) Orina		
Resultado	No.	Porcentaje	Resultado	No.	Porcentaje
Normal	86	43.5	Normal	105	52.5
Patológico	65	32.0	Patológico	80	40.0
Sin examen	49	24.5	Sin examen	15	7.5
TOTAL	200	100.0	TOTAL	200	100.0

17-c) VDRL

Resultado	No.	Porcentaje
Negativo	156	78
Positivo	22	11
Sin examen	22	11
TOTAL	200	100

Comentario:

Los anteriores son los resultados de otros exámenes realizados a las pacientes a su ingreso. Podemos observar que el 32.5o/o de pacientes tenían examen de heces patológicos, el 40o/o examen de orina anormal y el 11o/o VDRL positivo. Los resultados patológicos se refieren, en el de heces a pacientes que presentaron algún tipo de parasitismo y en el de orina a

exámenes que presentaron alguna alteración sugestiva de infección urinaria.

No se sabe en que cantidad de pacientes había asociada sintomatología por parasitismo o infección urinaria. Se considera también que la presencia de leucocitos por arriba de lo normal en un gran porcentaje de los exámenes de orina se deba a contaminación por mala toma de la muestra.

Se ignora si alguna de las pacientes con VDRL positivo presentaba signos o síntomas de Lués, sin embargo los 22 casos recibieron tratamiento con penicilina.

Tabla No. 18

Bacteriología practicada a las pacientes por Infección Pélvica

18-a) Con o sin bacteriología

EXAMEN		CASOS	PORCENTAJE
Frote:	si	13	6.5
	no	187	93.5
Cultivo:	si	15	7.5
	no	185	92.5

18-b) Frote Vaginal

FROTE VAGINAL	CASOS	PORCENTAJE
Gram positivos	3	23.0
Gonococo	3	23.0
Gram negativos	2	15.4
Neg. gérmenes	2	15.4
No reportado	3	23.0
TOTAL	13	99.8

18.c) Cultivo de secreción vaginal o de absceso pélvico

RESULTADO	CASOS	PORCENTAJE
Negativos	8	53.3
<i>Escherichia coli</i>	3	20.0
Sin informar	2	13.3
Gonococo	1	6.6
<i>Enterobacter aerógenes</i>	1	6.6
TOTAL	15	99.8

Comentario:

Es de lamentar que de todas las pacientes estudiadas únicamente el 6.5o/o haya tenido frote y el 7.5o/o cultivo, lo cual nos demuestra que en su gran mayoría no se comprobó la verdadera etiología del proceso infeccioso.

En cuanto a los cultivos reportados podemos observar que la mayor parte de éstos (53.3o/o) fueron reportados como negativos. El microorganismo más frecuentemente encontrado ha sido la *escherichia coli* con el 20o/o, seguido del gonococo y el *enterobacter aerógenes* con el 6.6o/o cada uno.

De Alvarez (7) en 11 casos de infección pélvica, encontró *E. coli* 55.6o/o, *Estafilococo* 33o/o, *Estreptococo* 29.6o/o, *Gonococo* 21.3o/o, *Clostridium Welchii* 1.83o/o y *Pseudomonas* 1.83o/o.

Tabla No. 19

Tratamiento de la Infección Pélvica

19-a) Tratamiento efectuado

TRATAMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
Médico	60	30.0
Médico-quirúrgico	140	70.0
TOTAL	200	100.0

19-b) Principales antibióticos utilizados en el tratamiento

ANTIBIOTICO	CASOS	PORCENTAJE
Penicilina	99	49.5
Tetraciclina	14	7.0
Ampicilina	6	3.0
Clindamicina	3	1.5
Penicilina-cloranfenicol	58	29.0
Penicilina-tetraciclina	7	3.5
Penicilina-estreptomina	6	3.0
Clindamicina-gentamicina	3	1.5
Penicilina-cloranfenicol-gentamicina	3	1.5
Penicilina-clindamicina	1	0.5
TOTAL	200	100.0

Comentario:

En el tratamiento administrado a las pacientes se puede

observar que el 30o/o fue tratamiento médico únicamente y en el 70o/o combinado médico-quirúrgico.

Entre los antibióticos utilizados, fue la penicilina el más usado, ya que fue administrado a 174 pacientes lo que representa el 87o/o. En el 49.5o/o la penicilina fue administrada sola y en el 37.5o/o en combinación con otro medicamento.

En 61o/o se utilizó 1 sólo medicamento y en el 39o/o asociación de 2 ó 3 antibióticos, siendo la penicilina y cloranfenicol la combinación más usada en el 29o/o.

Estas asociaciones por lo regular se hacían cuando las pacientes no mejoraban con 1 sólo medicamento y había necesidad de agregar otro, fueron pocos los casos en los cuales se iniciaba desde el principio con 2 medicamentos.

19-c) Procedimiento quirúrgico realizado

PROCEDIMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
Anexectomía derecha	29	20.7
Salpingectomía bilateral	29	18.6
Histerectomía abdominal total	24	17.1
Colpotomía post. + drenaje de absceso	23	16.4
Drenaje abdominal de absceso pélvico	21	15.0
Salpingectomía derecha	20	14.2
Salpingectomía izquierda	19	13.6
Insuflación de trompas	18	12.8
Anexectomía bilateral	10	7.1
Legrado uterino	10	7.1
Cistooforectomía parcial	5	3.6
Resección en cuña de 1 ó 2 ovarios	5	3.6
Ooforectomía parcial	4	2.8
Resección quiste ovario	3	2.1
Cistosalingooforectomía	3	2.1
Salpingoplastia derecha	2	1.4
Salpingostomía	2	1.4
Ooforectomía total	2	1.4
Miomectomía	2	1.4
Anexectomía izquierda	18	12.8

Comentario:

Los anteriores resultados aparentemente no coinciden con los presentados en tablas anteriores ya que muchas de las pacientes durante la intervención quirúrgica fueron sometidas a varios procedimientos. Los porcentajes se refieren únicamente a las pacientes que tuvieron tratamiento médico quirúrgico, es decir fueron sacados sobre un total de 140 casos.

Tabla No. 20

Anatomía Patológica

REPORTE	CASOS	PORCENTAJE
Absceso tuboovárico	42	34.1
Salpingitis aguda y crónica	24	19.5
Salpingitis aguda	21	17.0
Cuerpo amarillo hemorrágico	16	13.0
Salpingitis crónica no específica	17	13.8
Piosalpinx	10	8.1
Ovarios con folículos quísticos	7	5.6
Embarazo ectópico tubario	7	5.6
Leiomioma	5	4.0
Quiste dérmico del ovario	3	2.4
Hidrosalpinx	2	1.6
Hematosalpinx	2	1.6
Endometritis aguda	2	1.6
Absceso ovárico	2	1.6
Perforación uterina	1	0.8
Fenómeno de Arias Stella	1	0.8
Sin reporte	5	4.0

Comentario:

Aquí se presentan los reportes de Anatomía Patológica de las piezas quirúrgicas enviadas al Departamento de Patología del Hospital Roosevelt. Fueron 140 pacientes las que tuvieron tratamiento médico quirúrgico, pero solo de 123 se mandaron piezas quirúrgicas a patología, ya que el resto de pacientes fué a las que se les efectuó procedimientos como colpotomía más drenaje de absceso, drenaje abdominal de absceso pélvico,

liberación de adherencias, etc. donde no hubo resección de órganos pélvicos. Hubo 5 casos en los que no se encontró el reporte de patología, ignorando la causa por la que no estaban en la papeleta.

El total de casos y porcentajes no coinciden con los presentados anteriormente, ya que una sola paciente traía el informe de cada una de las piezas reseçadas. Los porcentajes se sacaron de 123, número de pacientes de las que se envió muestra a patología.

Tabla No. 21

Complicaciones del tratamiento

COMPLICACIONES	No.	PORCENTAJE
Infección de herida Op.	21	10.5
Fistula uretero sigmoidea	3	1.5
Embolia pulmonar	2	1.0
Infección urinaria	2	1.0
Fístula entero cutanea	2	1.0
Absceso pélvico+peritonitis	1	0.5
Shock séptico	1	0.5
TOTAL	32	16.0

Comentario:

32 pacientes fueron las que presentaron complicaciones durante el tratamiento, esto corresponde al 16o/o del total de 200 casos. La complicación más frecuente fue infección de herida operatoria, en el 10.5o/o de pacientes, en algunos de éstos casos se presentó dehiscencia de la herida.

De esta serie de 200 casos hubo 2 casos de mortalidad, lo que equivale al 0.5o/o. Una de éstas pacientes presento shock séptico y la otra neumonía necrotizante y bronconeumonía.

Tabla No. 22
Errores diagnósticos

DIAGNOSTICOS VERDADEROS	CASOS	PORCENTAJE
Embarazo ectópico	6	33.3
Metrorragia de et?	3	16.6
Apendicitis aguda	2	11.1
Quiste ovárico+embarazo intrauterino	2	11.1
Sífilis+embarazo	1	5.5
Fiebre tifoidea perforada	1	5.5
Paludismo+infección urinaria	1	5.5
Plastrón apendicular	1	5.5
Fibromatosis uterina+cistoadenoma		
Ovarios	1	5.5
TOTAL	18	99.6

Comentarios:

Fueron un total de 18 errores diagnósticos de pacientes que habían ingresado por infección pélvica, lo que corresponde al 9o/o del total. La mayoría de pacientes ingresaron con un diagnóstico o varios además de infección pélvica. Los errores diagnósticos en su mayoría fueron hallazgos del procedimiento quirúrgico, y que fueron confirmados posteriormente por anatomía patológica.

Tabla No. 23

Duración estancia hospitalaria

DIAS	CASOS	PORCENTAJE
1 - 10	87	43.5
11 - 20	89	44.5
21 - 30	14	7.0
31 - 40	5	2.5
41 - 50	3	1.5
más de 50 días	2	1.0
TOTAL	200	100.0

Comentario:

Podemos observar que el 88o/o de pacientes estuvieron menos de 20 días hospitalizadas, el 9.5o/o estuvo entre 20 y 40 días y el 2.5o/o estuvieron hospitalizadas más de 40 días.

Consideramos que en general el tiempo de hospitalización esta adecuado, ya que la mayor parte de pacientes estuvieron menos de 20 días, y casi la mitad del total permanecieron menos de 10 días. Hay que tomar en cuenta además que el 70o/o de pacientes se les dió tratamiento médico quirúrgico, razón por la cual la estancia hospitalaria tiene que prolongarse.

Tabla No. 24

Respuesta al tratamiento

TRATAMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
Buena respuesta	174	87
Mala respuesta	26	13
TOTAL	200	100

Comentario:

Aquí se presenta la efectividad del tratamiento administrado a las pacientes por infección pélvica. Tuvieron buena respuesta al tratamiento el 87o/o del total y mala respuesta al mismo el 13o/o.

Para evaluar la efectividad del tratamiento se ha tomado en cuenta el tiempo de hospitalización de las pacientes, la respuesta al tratamiento administrado y las complicaciones presentadas.

Las pacientes con mala respuesta al tratamiento se refiere exclusivamente a pacientes que tuvieron tratamiento médico quirúrgico, las cuales estuvieron bastante tiempo hospitalizadas por haber presentado complicaciones como infección y dehiscencia de herida operatoria, fistulas, etc.

Posiblemente el tratamiento fue bueno en el 100o/o de los casos ya que las complicaciones post operatorias no implican que el tratamiento sea malo o inadecuado sino mala respuesta de las pacientes al mismo.

Es importante tomar en cuenta que para poder hablar de efectividad o de éxito en tratamiento quirúrgico, se necesita que las pacientes hayan presentado un embarazo después del mismo, cosa que no sucede en nuestro estudio, pero hay que tomar en cuenta que a un gran porcentaje de éstas pacientes fue necesario realizarles procedimientos quirúrgicos radicales.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Seguidamente de la presentación de los resultados de la investigación se procede al análisis de los mismos conjuntamente con las hipótesis y variables presentadas con anterioridad.

La primera hipótesis planteada se refería a que el embarazo ectópico es la secuela más frecuente de infección pélvica. Para hacer esa evaluación teníamos que ver la incidencia con que las pacientes consultaban por secuelas de infección pélvica, como lo son problemas de infertilidad, embarazos ectópicos, etc. Del total de 200 casos revisados podemos observar que una sola paciente consultó por secuelas de infección pélvica y fue por embarazo ectópico, con lo cual nuestra hipótesis es aceptada, pero hay que tener en cuenta que una paciente con problemas de infertilidad no consulta con la rapidez que lo hace una paciente con embarazo ectópico donde se presenta un cuadro agudo.

Nuestra segunda hipótesis se refiere a que un alto porcentaje de pacientes que recibieron buen tratamiento por infección pélvica pueden consultar nuevamente por lograr un embarazo normal; podemos observar que en nuestra serie de 200 casos fueron únicamente 8 pacientes o sea el 40/o el que consultó por presentar embarazo normal, siendo un porcentaje bajo todo lo contrario de lo planteado en la hipótesis, pero hay que tomar en cuenta que el 70/o de pacientes tuvieron tratamiento médico quirúrgico y de éstas a una gran parte se les efectuó procedimientos que no les permitiría quedar nunca más embarazadas (histerectomías, anexectomía y salpingectomías bilaterales) y otros procedimientos que les restaban posibilidades de embarazo como son anexectomías o salpingectomías unilaterales.

La última hipótesis se refería a que un bajo porcentaje de pacientes consultan nuevamente por problemas de infertilidad, en nuestra serie no hubo consultas de este tipo.

Las hipótesis estuvieron sujetas a variables. La condición socioeconómica por lo regular es baja en el tipo de pacientes que consulta a nuestros hospitales estatales, en las cuales la infección pélvica es más frecuente. En este tipo de pacientes también predomina la unión de hecho, las mujeres solteras ocuparon una alta incidencia en este estudio. La ocupación es muy importante ya que las pacientes por la clase de trabajo que desempeñen pueden tener una alta promiscuidad sexual y por lo tanto mayor incidencia de infección pélvica. La edad también es factor que interviene, ya que en este como en otros estudios al respecto se ha visto que hay mayor incidencia en pacientes en edad sexual reproductiva. En cuanto a la paridad se supone que la infección pélvica debería ser más frecuente en pacientes grandes multíparas, ya que es más probable que presenten factores predisponentes como partos prolongados o retención de restos embrionarios por inercia o atonía uterina; en nuestro estudio hubo mayor incidencia de pacientes con 1 ó 2 embarazos.

Las complicaciones que las pacientes pudieron haber presentado son de importancia para el pronóstico obstétrico de las mismas, ya que la formación de absceso pélvico, peritonitis, shock séptico, etc., pudieron haber obligado a realizar procedimientos quirúrgicos más radicales o bien provocar inflamación y adherencias de los órganos pélvicos; y como es bien sabido el factor tubárico es una de las causas más frecuentes de esterilidad femenina, y su frecuencia varía del 35.00/o al 57.40/o y quizá su alta incidencia de aparición y su bajo porcentaje de curación hacen que el pronóstico de la fertilidad femenina sea siempre dudoso, pronóstico este que se obscurece más en aquellos casos

que deben ser tratados quirúrgicamente donde sólo se puede hablar de éxito operatorio cuando se logra un embarazo (1) Sin embargo el hecho de salvar la vida de las pacientes debe considerarse por lo tanto como un éxito operatorio.

CONCLUSIONES

Después de haber presentado y analizado los resultados se llegó a las siguientes conclusiones:

La infección pélvica tiene mayor incidencia entre pacientes de condición socioeconómica baja.

En la unión de hecho ha habido mayor incidencia de infección pélvica.

La infección pélvica es más frecuente en pacientes en edad sexual reproductiva.

La falta de cultura y educación es un factor de importancia por el cual las pacientes no acuden con prontitud a consultar con el médico.

Hay una alta incidencia de infección pélvica atribuible al DIU.

El 7.50% de pacientes tenían aborto reciente, causa probable de la infección pélvica.

El aborto inducido (por lo regular no comprobado) es de importancia entre los factores predisponentes a infección pélvica.

El 70% de pacientes tuvieron tratamiento médico quirúrgico.

A un alto porcentaje de pacientes se les efectuó procedimientos quirúrgicos que no les daban posibilidad de

un nuevo embarazo.

10. El 40/o de pacientes consultó nuevamente por embarazos normales.
11. Se considera que una gran parte de pacientes consultaron por reactivación de un proceso ya crónico.
12. Ninguna paciente consultó por problema de infertilidad, aunque muchas de ellas han de presentar el problema.
13. Podemos observar en la serie de 200 casos estudiados que el pronóstico obstétrico de las pacientes no es evaluable ya que únicamente el 40/o de estas consultó por embarazo normal.
14. Encontramos que el 0.50/o de pacientes presentó embarazo ectópico posterior a infección pélvica, lo que demuestra que ésta no es la secuela más frecuente, ya que pacientes con problemas de infertilidad no consultan rápidamente como lo hace una paciente con un cuadro agudo por embarazo ectópico.
15. A un bajo porcentaje de pacientes se les realizó frote y cultivo diagnóstico.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario que se haga de rutina frote, cultivo y antibiograma de secreción endocervical o absceso pélvico a toda paciente con impresión clínica de infección pélvica.
2. Es necesario mejorar la planificación familiar en nuestro país para que no se recurra al aborto inducido como método de control.
3. Es necesario capacitar en mejor forma a las comadronas sobre técnicas de asepsia y antisepsia, para que se atiendan en mejor forma los partos y se eviten tactos ginecológicos inadecuados.
4. Es conveniente dar mayor orientación a la población femenina, principalmente a las mujeres en edad sexual reproductiva acerca de los problemas que ocasiona este tipo de infección.
5. En vista de que aproximadamente el 100/o de mujeres conciben a continuación del tratamiento de la tuberculosis genital es necesario evaluar los progresos terapéuticos, para ésto se recomienda efectuar legrado uterino, examen de sangre menstrual o de líquido obtenido por aspiración del endometrio, histerosalpingograma y laparoscopia con la periodicidad conveniente.

RESUMEN

Se ha realizado el presente estudio sobre infección pélvica en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, de pacientes tratadas durante un período de 3 años. Fueron revisadas un total de 258 papeletas de las cuales fueron descartadas 58 por tener unas el registro médico equivocado y otras por tener impresión clínica no acorde al tema, por lo cual el estudio se realizó sobre un total de 200 papeletas.

Con este estudio se pensaba evaluar el pronóstico obstétrico de estas mismas pacientes, el porcentaje de errores diagnósticos, efectividad del tratamiento y la frecuencia de complicaciones y/o secuelas.

Se hizo una revisión de la literatura al respecto del tema, acerca de lo que es la etiología, patogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento de la infección pélvica.

Los resultados de la investigación se han presentado en tablas con un comentario de cada una de ellas para mejor comprensión. Se ha tratado de establecer la relación entre los diferentes datos investigados y la infección pélvica. Así fué que se encontró que el 83.50/o de pacientes son menores de 36 años, comprobándose lo reportado en la literatura de que la mayor parte de mujeres son de edad sexual reproductiva.

La unión de hecho es el estado civil que más predomina en las pacientes -41.50/o- siendo lo esperado ya que este tipo de unión es el más frecuente en personas de condición socioeconómica baja.

El 96o/o de pacientes tenían como ocupación oficios domésticos, siendo muy poco el porcentaje de pacientes con otras ocupaciones.

Los motivos de consulta mayormente referidos fueron dolor abdominal, fiebre y hemorragia vaginal, siendo lo esperado para este tipo de infección.

En cuanto al tiempo de evolución de los síntomas en relación al día de consulta, se encontró que el 66.5o/o de pacientes consultaron en menos de 10 días.

Se trató de establecer la relación entre el número de embarazos partos y abortos previos a infección pélvica, encontrándose que la mayor incidencia fue entre 1 a 2 embarazos, 1 a 2 partos y 0 a 1 aborto. Entre las pacientes con aborto anterior, se encontró un total de 15 pacientes que presentaron aborto reciente, causa directa probable de la infección.

Para realizar uno de los objetivos del estudio se procedió a revisar cuantas pacientes presentaron embarazos, partos y abortos posteriores a infección pélvica. Los hallazgos fueron que el 4o/o embarazos normales, el 4o/o partos y el 0.5 embarazos ectópicos. Hubo un caso de una paciente que presentó 2 embarazos posteriores. Se considera que el pronóstico obstétrico de estas pacientes no es posible evaluarlo ya que no se sabe en realidad cuantas pacientes quedaron embarazadas y ya no consultaron al hospital.

Entre otros antecedentes investigados encontramos la importante relación que hay entre infección pélvica y el uso de DIU, encontrándose el antecedente en el 11.5o/o de pacientes.

Otros antecedentes importantes son el legrado séptico con el 7.5o/o, el no séptico con 9.5o/o y la infección pélvica anterior con 8.0o/o. Otros antecedentes de menor importancia fueron cesárea más infección de herida operatoria, embarazo ectópico y gonorrea del esposo.

Los signos vitales tomados a las pacientes a su ingreso nos demuestran que la mayor parte de pacientes consultaron con un proceso infeccioso agudo ya que el 68o/o de éstas tenían pulso radial arriba de lo normal, el 80.0o/o presión arterial normal y el 70.5o/o temperatura por arriba de 37.5°C.

Los datos del examen ginecológico nos revelan que los anexos fueron los más afectados ya que se encontraron hallazgos en el 80.5o/o de los mismos.

La impresión clínica de ingreso fue acertada en la mayor parte de pacientes, ya que hubo un total de 18 errores diagnósticos, lo que corresponde al 9o/o del total, siendo aceptable ya que se trata de un proceso infeccioso donde el diagnóstico diferencial es difícil. La impresión clínica más reportada fue infección pélvica aguda.

Los datos de laboratorio practicados a las pacientes nos demuestran que una buena parte de éstas presentaban una situación nutricional deficiente agregado a un proceso infeccioso. El 53o/o presentaba hemoglobina abajo de lo normal, el 48o/o hematocrito abajo de lo normal, el 51o/o leucocitos arriba de lo normal, el 90o/o de neutrófilos segmentados arriba de lo normal y el 92o/o velocidad de sedimentación acelerada. Otros laboratorios practicados reportan que el 32o/o de exámenes de heces fueron patológicos, el 40o/o de orina anormales y el 11o/o de VDRL positivos. En la bacteriología practicada se encontró

que el 6.5o/o de pacientes presentaban frote y el 7.5o/o cultivo. En el gram hubo predominio de gram positivos y gonococo, en el cultivo la mayor parte fueron negativos y el germen más frecuente fué escherichia coli en 3 casos. Consideramos que los anteriores resultados no son representativos por tratarse de muy pocas pacientes con bacteriología.

Al 70o/o de pacientes se les administró tratamiento médico-quirúrgico y al 30o/o tratamiento médico. A una gran parte de pacientes se les efectuó procedimientos tales como histerectomía anexectomía y salpingectomia bilaterales.

Los antibióticos más utilizados fueron la penicilina, tetraciclina y ampicilina, la combinación más usada fue la penicilina y cloranfenicol. En general hubo buena respuesta a los antibióticos. No se reportó algún caso de tuberculosis pélvica, sin embargo la estreptomina se utilizó en infección pélvica de otra etiología, tratamiento que no está incluido en los esquemas actuales.

A patología fueron enviadas un total de 123 muestras, de las cuales hubo el caso de 5 pacientes que no tenían el informe respectivo.

32 pacientes -16o/o- presentaron complicaciones, siendo la infección la herida operatoria la más frecuente, siendo lo esperado en este tipo de infecciones.

La duración de la estancia hospitalaria consideramos que fue la adecuada ya que el 88o/o estuvo menos de 20 días y el 43.5o/o menos de 10 días, tomando en consideración que la mayor parte de pacientes tuvieron algún tipo de intervención quirúrgica.

Y para finalizar se hizo una evaluación de la respuesta al tratamiento, encontrándose que el 87o/o tuvieron buena respuesta y en el 13o/o fue mala. No podemos hablar de mal tratamiento ya que la respuesta al mismo dependerá de cada paciente. Para realizar esta evaluación se tomó en cuenta el tiempo de hospitalización, la respuesta rápida o lenta al tratamiento administrado y las complicaciones presentadas.

REFERENCIAS

1. *Aure, Mercedes. Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Vol. XXXIV-No. 4 pp. 447-455, 1974.*
2. *Benson, Halph. Manual de Ginecología y Obstetricia. Traducido al español por Francisco Reyes. 2a. Ed. México, Ed. El Manual Moderno, 1969. pp 632-642.*
3. *Bodner SJ, Koenig Mg. Treanor LL, Goodman Js: Antibiotic Susceptibility testing of bacteroides. Antimicrob agents Chemother 2:57, 1972.*
4. *Buchman MI: A Study of the intrauterine contraceptive device with and without an extra cervical appendage or tail. Fertil Steril 21: 348, 1970.*
5. *Castillo Santos, César A. Tb Urogenital. Tesis USAC Guatemala, 1971.*
6. *Crossen, Robert James. Enfermedades de la mujer. 3a. Edición Editorial Unión Tipográfica Hispanoamericana. 1959.*
7. *Chuy Woc. Adolfo Infecciones Pélvicas. Tesis USAC Guatemala, 1973.*
8. *Falk V., Krook G: Do results of culture for gonococcy vary with simpling phase of menstrual cycle?. Acta Derm Venereal 47: 190, 1967.*
9. *Gisslen H, Hellgren L, Starck V: Incidence, age*

distribution and complications of gonorrhoea in Sweden.
Bull Who 24: 364-371, 1961.

10. Jacobson L, Westrom L: Objectivized diagnosis of acute Pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 105: 1088-1090, 1969.
11. James-Holmquest An, Swanson J., Buchanan TM, Wende RD, Williams RP: Differential attachment of pilated and nonpilated *Neisseria Gonorrhoeae* to human Sperm. *Infection Immunity* 9: 897, 1974.
12. Kaser O., Friedberg B., Ober K., Thomsen K., Zander J. *Ginecología y Obstetricia. Traducción por el Dr. José Ma. Carrera. Tomo III. Salvat Editores S.A. Mallorca 43. Barcelona España. 1974.*
13. Knorr K., Beller y Lauritzen. *Manual de Ginecología. Editorial Científico-Médica, Barcelona. 1975. pp 286-293.*
14. Kistner, RM. *Tratado de Ginecología. Versión española de E. Alfaro Gracia. Ediciones Toras, S.A. Barcelona 1973. pp. 307-321.*
15. Lukasik JA. *Comparative evolution of the bacteriological flora of the uterine cervix and the fallopian tubes incases of salpingitis. Amer J. Obstet. Gynec. 87: 1028, 1963.*
16. Nissen ED, Goldstein AL: *A prospective investigation of the etiology of febrile morbidity following abdominal hysterectomy. Am J. Obstet Gynecol* 103:111, 1972.
17. Nobles ER: *Anaerobic Infections. Ann Surg.* 177: 601, 1973.

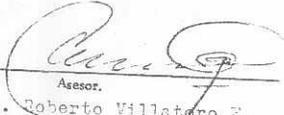
18. Novak, E.R. *Tratado de Ginecología. Traducido al español por la Dra. Alejandra Teran. 9a. Edición. México D.F. Editorial Interamericana, 1978. pp 385-410.*
19. Ostegard, Donald. *Manual de Ginecología. Impresora Galve S.A. México, 1975.*
20. Palmer, Raoul. *Las exploraciones funcionales ginecológicas. 2a edición. Toray-Masson, S.A. 1975.*
21. Rees E., Annels EH: *Gonococcal Salpingitis. Br. J. Vener Drs.* 45-205, 1969.
22. Rudolph AH: *Control of gonorrhea: Guildeme for antibiotics Treatment JAMA* 220: 1587-1589, 1972.
23. Rodríguez A. et al. *Infección pélvica en obstetricia y ginecología. Revisión estadística sobre 490 casos. Revista Colombiana Obstetricia y Ginecología.* 20: 159-80, Mayo-Junio, 1969.
24. Saavedra, Raul. *Las exploraciones funcionales ginecológicas. 2a edición. Toray-Masson, S.A. 1975.*
25. Somogyi, Liliane. *Obstetricia y Ginecología. Vol. XXX pp. 503-509. Noviembre de 1971.*
26. Sosa, Roberto. *Tb. genital. Tesis USAC Guatemala. 1969.*
27. Sotomora Fuentes, Arturo F. *Tb. Pélvica. Tesis USAC Guatemala. 1976.*
28. Sparling PF, Wiesner PJ, Holmes KK, Kass EH: *Treatment of gonorrhea. J Inf. Dis* 127: 578-580, 1973.

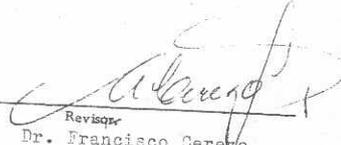
29. Sunden B: *The results of conservative treatment of salpingitis diagnosed at laparotomy and laparoscopy. Acta Obstet Gynecol Scand* 38: 286, 1969.
30. Te linde, Richard. *Ginecología y Obstetricia. Salvat Editores, S.A. pp* 30-45. 1974.
31. Wright NH, Laemmle P: *Acute Pelvic inflammatory disease in a indigent population. Am J. Obstet Gynecol* 101: 979, 1968.
32. Zander, J., et al. *Ginecología y Obstetricia. Salvat Editores S.A. 1974. pp* 30-45.

BIBLIOGRAFIA

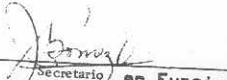
1. Hellman, Louis. *Obstetricia. 1a. edición, México. Salvat Editores, 1973. pp* 1076.
2. *Diccionario Médico Salvat Editores S.A. 2a. edición, Barcelona. 1974.*
3. Jawest, Melnick, Adelberg, *Manual de Microbiología Médica. 6a. Edición. Editorial "El Manual Moderno S.A." México, 1965.*
4. Robbins, Stanley L. *Patología Estructural y Funcional. 1a. edición en español. Editorial Interamericana México. 1975.*
5. Scharcs, Ricardo. *Obstetricia. 3a. edición, Buenos Aires. Editorial El Ateneo. 1977. pp.* 944.

Br. 
Dr. Julio H. Herrera Sosa

Dr. 
Asesor.
Dr. Roberto Villatero R.

Dr. 
Revisor.
Dr. Francisco Cerezo

Dr. 
Director de Fase III
Dr. Carlos A. Waldheim C.

Dr. 
Secretario
Dr. Jaime Gómez en Funciones

Vo. Bu.

Dr. 
Decano. en Funciones
Dr. Carlos A. Waldheim C.