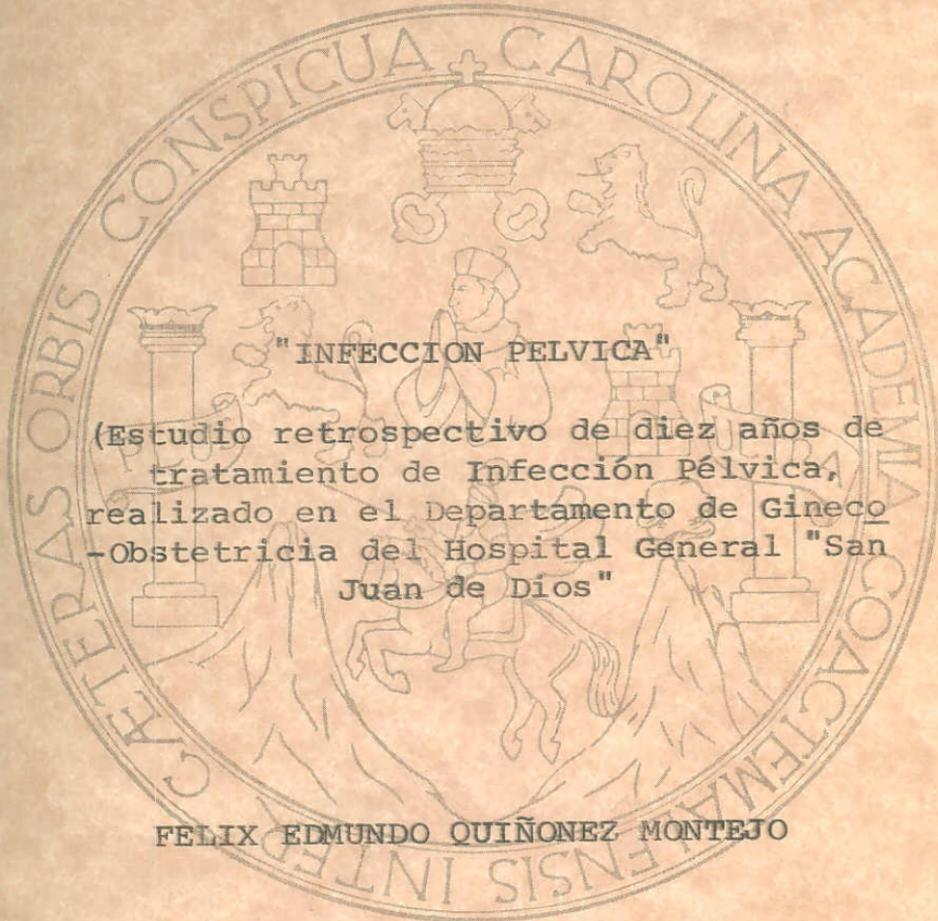


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a man in a crown and robes, possibly a saint or scholar, holding a book. Above him is a crown with a cross on top. To the left is a castle tower, and to the right is a lion rampant. Below the central figure is a horse. The entire scene is framed by two columns. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACIEMVA" is inscribed around the perimeter of the seal.

"INFECCION PELVICA"

(Estudio retrospectivo de diez años de
tratamiento de Infección Pélvica,
realizado en el Departamento de Gineco-
-Obstetricia del Hospital General "San
Juan de Dios"

FELIX EDMUNDO QUIÑONEZ MONTEJO

Guatemala, Agosto de 1981.

PLAN DE TESIS

- 1- INTRODUCCION
- 2- GENERALIDADES SOBRE INFECCION PELVICA
 - a- Definición de Infección Pélvica
 - b- Clasificación
 - c- Cuadro Clínico
 - d- Diagnóstico Diferencial
 - e- Métodos auxiliares diagnóstico
 - f- Tratamiento médico y quirúrgico
- 3- ANTECEDENTES
- 4- OBJETIVOS
- 5- MATERIAL Y METODOS
- 6- ANALISIS ESTADISTICO
- 7- CONCLUSIONES
- 8- RECOMENDACIONES
- 9- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La infección pélvica constituye al ginecólogo y médico general un problema difícil de resolver, cada día los casos son más frecuentes. Es un problema médico social, constituye causa importante en la morbilidad de la mujer en edad gestacional. (5,15,18,32)

La infección pélvica inflamatoria era una entidad temida por su alta incidencia de mortalidad y complicaciones; pero con el advenimiento de los antibióticos ya no representa enfermedad mortal, pero se teme de su capacidad potencial en producir esterilidad. (9,13)

Con el avance de la ciencia se ha podido llegar a la causa en su mayoría, de infección pélvica; sin embargo últimamente con el apareamiento de nuevas cepas de gérmenes patógenos resistentes a la mayoría de antibióticos disponibles, ha empezado a devorar víctimas, poniendo en problema a los científicos en la resolución de los mismos. (9,20,22)

Es sabido que la infección pélvica hasta el momento no se ha podido resolver, queda mucho por hacer al respecto, ya que en nuestro medio hay que luchar con diferentes factores tales como: grado de educación, de parientes, prejuicios, supersticiones, condición socio-

económica precaria, ausencia de equipo médico ideal, etc. (5,18)

Considerando la importancia de los nuevos acontecimientos bacteriológicos y la importancia del problema en la mujer guatemalteca; el objeto de dicho trabajo es dar a conocer los métodos clínicos sencillos y de fácil aplicación en el estudio de infección pélvica; como también el tratamiento médico y quirúrgico aplicado en los casos manejados en el hospital General durante los últimos diez años comprendido de 1971 a 1980; para contribuir en la lucha de los problemas de salud de nuestro país.

GENERALIDADES SOBRE INFECCION PELVICA:

La infección pélvica es producida por la disfunción ascendente de diversas bacterias - introducidas por las vías genitales bajas a través de la vía linfática y hematógena; cada caso depende de la cepa y virulencia del mismo, como la resistencia del organismo que recibe la bacteria.

Según la localización del proceso recibe diferentes nombres: endometritis en el endometrio, salpingitis en trompas, ooforitis en ovarios, anexitis en trompa y ovario, parametritis al estar tomando el tejido laxo de los ligamentos anchos y uterosacros, pelviperitonitis al estar afectado el peritoneo pélvico. (23,28)

La infección pélvica desde el punto de vista etiológico y clínico se diferencian - tres tipos: piógena, gonorreica y tuberculosa; y se clasifica como aguda y crónica. (23)

La infección pélvica es más frecuente en la edad reproductiva y los gérmenes más comunes encontrados en este tipo de infección son los anaerobios como bacteroides, peptococcus, peptoestreptococos y aerobios como el E. Coli, proteus mirabilis, enterobacter, estreptococo piógeno y estafilococo. (14,23,24,25,26)

Existen enfermedades raras que pueden producir infección pélvica, en vista de esto hacen una cuarta clasificación y entre ellos tenemos el Kala-azar, esquistosomiasis y paludismo. (23,27,28)

A- TIPO PIOGENA O SEPTICA:

Los factores que predisponen a este tipo de infección son: complicación post-parto (RPM, TP prolongado, hemorragia profusas, retención parcial o total de placenta), aborto séptico, LUI, DIU, cesárea, histerectomía vaginal, cirugía pélvica, deshidratación, contaminación por dedo, boca o nariz del médico o enfermera, por aguja contaminada o dehiscencia de episiotomía, por enfermedad inflamatoria del intestino y diverticulitis.

La puerta de entrada de las infecciones por lo general es de las partes bajas genitales, del cuello principalmente y se propaga a través de venas y linfáticos de los ligamentos anchos hacia las trompas, produciendo frecuentemente tromboflebitis, flebitis, linfangitis, perilinfagitis hasta absceso en los ligamentos anchos. (6,7,19,28,33)

Entre los agentes que causan infección piógena tenemos: (14,23,24,25,26)

Endógenos:

- 1- Anaerobio gram negativo: bacteroides fragilis y melanogénicos.
- 2- Anaerobio gram positivo: bacilo perfringens, peptococcus, peptoestreptococcus, estafilococo anaerobio, difteroides, fusobacterias, colibacilos, clostridium welchii, fusobacterium y corinebacterias vaginales llamado anteriormente haemophilus vaginales.
- 3- Aerobio gram negativo: E. Coli, enterobacter, proteus mirabilis, klebsiella y serratia.
- 4- Aerobios gram positivo: estreptococo viridans, enterococo y estafilococo epidermidis.

Exógenos:

- 1- Aerobio gram positivo: estreptococo piógeno del grupo A y B y estafilococo aureus.
- 2- Aerobio gram negativo: Seudomona aeruginosa.

Endometritis Aguda:

El endometrio puede encontrarse hiperhémico y edematizado, hasta presentar extensa necrosis. Si es benigna se limita a endometrio,

expulsando los tejidos necróticos superficiales alrededor de la primera semana de la enfermedad. En tal caso se encuentra flujo vaginal maloliente, abundante, purulento y sanguinolento. Si es de tipo grave, así como la producida por *Clostridium welchii* - en aborto séptico, puede llegar a producir sépsis general, shock e insuficiencia renal. (23)

La piometría que consiste de acúmulo de pus en útero, es producto de obstrucción del cuello por: Ca. de cuello o endometrio, por radioterapia, cauterización, estenosis cervical espontánea post-parto, pólipos, -- liomas y tuberculosis cervical.

Salpingitis Aguda:

Este tipo de infección se propaga desde el exterior, la pared tubárica está engrosada, la luz se encuentra afectada en la mayoría de los casos, casi siempre es bilateral. (6,7,23)

Ovaritis Aguda:

La proximidad con trompas hace que -- los ovarios participen del proceso inflamatorio pelviano, aunque no en la mayor parte de casos. La ooforitis aguda e incluso el

absceso ovárico son producto de infección pélviana.

Peritonitis Pélvica Aguda:

Es salida de material purulento de trompas u ovario infectado, produciendo pelviperitonitis. Se caracteriza por exudado seroso o fibrinoso que produce adherencias entre órganos pélvicos y el intestino delgado sigmoideo o recto. Según la virulencia del agente puede producir absceso pelviano que puede localizarse en trompas, ovarios, fondo de saco de douglas o en cavidad pelviana. Casi nunca se encuentra gérmenes en exudado al afectar frote o cultivo. (23)

SINTOMATOLOGIA Y SIGNOS:

Los síntomas aparecen tardíamente de 9-12 días post-parto y aborto, salvo caso de infección estreptococcica que se manifiesta a las 6-8 horas, es más agudo y con frecuencia forma absceso.

En condiciones sépticas paciente débil, -- inicia con cefalea, anorexia, calofríos, con ascenso de la temperatura, taquicardia y dolor -- para-uterino.

Al examen físico el tacto vaginal sumamente doloroso, el útero aumentado de tamaño, salvo en abortos ligeramente aumentado. A la palpación bimanual hay engrosamiento doloroso en fosa ilíaca de anexo afectado, hiperestesia cutánea; la tromboflebitis es complicación frecuente. (6,7,23,28)

El engrosamiento, infiltración y sensibilidad de los ligamentos anchos y uterosacros, constituye manifestación frecuente de parametritis el cual casi siempre se halla presente.

B- TIPO GONORREICO:

Es debido a neisseria gonorrea, comprende el 60% de todos los casos. El foco en la mayor parte de casos constituye el cuello, la uretra o glándulas vulvo-vaginales. (2,6,23)

Endometritis Aguda:

Tiene tendencia a la resolución espontánea por el drenaje natural que posee el útero, por medio de la evacuación de la descamación menstrual del endometrio.

Microscopicamente se caracteriza por edema, inflamación e hiperhemia de mucosa. Mi-

croscópicamente hiperhemia e infiltración de leucocitos polimorfonucleares. (6,23)

Salpingitis Aguda:

Secuela inmediata o tardía de infección gonorreica, llega a las trompas através de mucosa tamando asiento en la misma; produce inflamación y exudado purulento, produciendo frecuentemente oclusión y distensión de trompas y como consecuencia esterilidad.

El proceso raras veces se limita a endosalpins, puede producir oclusión del orificio fimbriado con aparición de piosalpins o evacuación de exudado purulento en cavidad pélvica, produciendo peritonitis pélvica aguda o absceso pélvico. (6)

Microscopicamente constituye infiltración de leucocitos polimorfonucleares, hiperhemia y edema. La característica importante es la desaparición de gérmenes infectantes a los 10 días aproximadamente de la enfermedad, teniendo consecuencia principal en la conducta a seguir en el tratamiento. (7,23)

SINTOMATOLOGIA Y SIGNOS:

Los síntomas agudos aparecen durante la menstruación o inmediatamente después, debido a la vulnerabilidad de la cavidad uterina durante este período. Los síntomas son dolor intenso en la región pelviana, rigidez, sensibilidad y distensión abdominal, náusea, vómitos, fiebre alta, pulso rápido y postación.

El examen pélvico es difícil de evaluar poco satisfactorio y sumamente doloroso. Al tacto vaginal el útero es fijo, doloroso, en ambos lados de pelvis hay sensibilidad exquisita, el laboratorio reporta leucocitosis. Al persistir fiebre, dolor acompañado de presión y dolor rectal se evidencia de absceso pélvico, principalmente a nivel del fondo de saco de douglas. (6,23)

METODO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO:

1- En la infección piógena la historia de parto o aborto es de importancia decisiva; es indispensablemente el recuento y fórmula leucocitaria, cultivos y hemocultivos. El Rx de abdomen es ayuda en los casos que se sospeche obstrucción intestinal.

2- En la infección gonorreica tomar en cuenta focos de contagio de enfermedad venérea, promiscuidad o antecedente de blenorrea.

rragia. Es útil la técnica del anticuerpo fluorescente, que por el cual se descubre un número considerable de gonococo en mujeres asintomáticas. (6,7,23)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- a- Apendicitis Aguda.
- b- Pielitis Aguda
- d- Infección urinaria aguda.

TRATAMIENTO:

1- Medida General:

Reposo, líquido PO-IV si no tolera, dieta blanda, analgésicos y sedantes están indicados; SNG en presencia de ileo paralítico.

2- Antibioterapia:

Depende del resultado de cultivo cervical y prueba de sensibilidad. En espera de resultados es conveniente iniciar tratamiento con penicilina y cloranfenicol a dosis alta. La duración del tratamiento debe extenderse de 3 a 7 días después de curación clínica o de haber desaparecido síntomas. La infección ligera a estreptococo, el tratamiento mínimo debe ser de 10 días. (7,23,33)

Las bacteremias a estafilococo el tratamiento es de cuatro semanas; se recomienda el

uso de la oxacilina y la cefalotina. (31,33)

Los agentes más peligrosos que producen sépsis y shock son los aerobios gram negativos; se recomienda utilizar combinación de penicilina o ampicilina con gentamicina y clindamicina. El tratamiento es de 5 a 10 días dependiendo de la gravedad del caso. (24,25,26, 29)

La clindamicina en el tratamiento de la infección pélvica se recomienda por la susceptibilidad del medicamento a los anaerobios que son los más frecuentes en dicha infección. La administración intravenosa debe ser diluída en 250 cc de solución salina, durante un lapso de 30 minutos. (11,24,25,26)

Mead y Gump (21) han elaborado el siguiente cuadro para la elección de la antibioterapia según el agente causal en gineco-obs-tétrica.

Infección no severa:

- a- Penicilina o Ampicilina: no cubre bacteroides frágiles, enterobacterias gram negativo (algunos), E. Coli, estafilococo negativo.
- b- Tetraciclina: no cubre bacteroides frágilis, anaerobios gram negativo, gérmenes entéricos y estafilococo. (algunos)

Infección Severa:

- a- Penicilina o Ampicilina + Gentamicina: no cubre bacteroides fragilis.
- b- Penicilina o Ampicilina + Cloranfenicol: no cubre pseudomonas.
- c- Clindamicina + Gentamicina: no cubre pseudomonas.
- c- Clindamicina + Gentamicina: no cubre enterococcus.
- d- Ampicilina + Gentamicina + Clindamicina: cubre todos los gérmenes.

Algunos autores están de acuerdo otros no, en el uso de antimicrobianos como profilaxis pre-operatorio; tales como la cefalotina, clindamicina y metronidazol; justifican este hecho por la alta incidencia de infección post-operatoria, especialmente la histerectomía vaginal reportada con 25-40%, comprobando que el uso de antibiótico se reduce la infección a un 66% (20,23).

3- Cirugía:

Generalmente en solo etapas agudas de la cirugía se debe evitar y reservar para la fase crónica. En caso de absceso tubo-ovárico roto con brusco empeoramiento de cuadro clínico, shock, junto con desaparición de masa anexial previamente detectada, está indicando la cirugía inmediata, con limpieza pelvia

na completa y con preferencia de extirpación unilateral de anexos. La colpotomía posterior con drenaje es útil para resolver abscesos de fondo de saco. (7,10,23,24,25,26)

Se recomienda laparatomía exploradora para absceso tubo-ovárico que no responde a tratamiento conservador, para evitar rotura ulterior de absceso y complicación posterior.

El LUI está indicado en presencia de hemorragia profusa, y hay que realizarlo con sumo cuidado para evitar perforación de útero que se encuentra reblandecido. En absceso de los ligamentos anchos puede indicarse drenaje extraperitoneal.

En general el tratamiento de infección pélvica aguda preferentemente es conservadora con antibiótico, y la cirugía está indicada para casos que no responden al tratamiento antimicrobiano.

C- INFECCION PELVICA CRONICA:

Generalmente un sólo ataque agudo de infección pélvica deja como secuela un proceso crónico; con la ayuda de nuevos antibióticos se ha logrado disminuir la complicación más frecuente de trompas cerradas y co

mo consecuencia esterilidad. (6,21,29)

Endometritis Crónica:

Infección relativamente común a pesar de haber descamación mensual que sufre el endometrio. En presencia de anexitis crónica el endometrio puede permanecer normal.

La característica microscópica consiste en infiltración celular plasmática y de forma redonda; es más frecuente en post-abortos y acompañado de restos placentarios. La infección procede de vagina y cuello que ocurre por DIU, miomas submucosos, etc. (23,29)

Sub-involución:

Estado del útero que indica que después de parto o aborto no llega a involucionar totalmente, mostrando aumento de tamaño y congestión persistente. Microscópicamente hay aumento de tejido elástico y neoformación de vasos sanguíneos. (23)

Salpingitis Crónica:

Inflamación crónica difusa de pared tubárica, se caracteriza por distensión de trompas con hidrosalpins o masas quísticas. La salpingitis ístmica nudosa es un tipo espe-

cial; se observan nodulaciones grandes del -
itismo tubárico. Microscópicamente se obser-
van gran cantidad de luces en trompas. (6,7,
28)

Hidrosalpíns y Ooforitis:

La infección gonocócica produce regular-
mente obstrucción de trompa a nivel de los -
cuernos uterino y de fimbria, produciendo --
formación de piosalpíns, al absorberse el --
pus da por consiguiente hidrosalpíns. --
Hay dos tipos de hidrosalpíns: el simple, --
formado por una sola cavidad de paredes delg-
gadas, y el folicular, dividido por trabé-
las.

La infección de los ovarios es poco fre-
cuente y sucede por vecindad del piosalpíns
y puede dar a formación de absceso tubo-ová-
rico. Es más frecuente la peri-ooforitis en
la cual está inflamada la sustancia del ova-
rio, pero el propio ovario está normal. (7,
23)

SINTOMATOLOGIA Y SIGNOS:

Los síntomas se desarrollan gradualment-
te, el dolor se presenta como sensación de
gravidez o molestia en cuadrante inferiores
abdominal y regiones pélvicas. Es típico -

que el dolor se acentúa antes o durante la -
menstruación.

La dismenorrea síntoma más común, puede --
presentarse como menorragias y perturbaciones-
menstruales. La dolsalgia y molesta rectal --
también irritabilidad vesical con disuria o te-
nesmo. (6,7,23)

METODO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO:

Además de síntomas crónicos e historia, -
el hallazgo ginecológico de tumoraciones gran-
des o pequeñas, más o menos fijas a nivel de -
ambos lados de pelvis o fondo de saco; el úte-
ro en retroversión o retroflexión con movili-
dad disminuída y dolor a la palpación, es bas-
tante subjetivo de infección pélvica crónica.
(6,7,23)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- a- Embarazo ectópico organizado.
- b- Endometriosis pelviana.
- c- Fibrosis retroperitoneal indiópática.

TRATAMIENTO:

La cirugía está indicada en presencia de
grandes masas tubo-ováricas con adherencias a

útero y recto. El tipo de operación depende del grado de participación de los diferentes órganos pélvicos. Si se trata de mujer joven con obliteración de trompas está justificado el tratamiento quirúrgico, ya que de cualquier manera el embarazo no es posible. Recientemente se ha utilizado cirugía plástica para permeabilizar trompas ocluidas, en algunos casos ha sido favorable tal procedimiento.

Después del tratamiento conservador de reposo, antibióticos, plan educacional y en ocasiones uso de esteroides sin resultado satisfactorio, está indicado la cirugía. (6,7,23)

D--TUBERCULOSIS PELVIANA:

La incidencia varía de la localización geográfica y la mayoría se encuentra en la edad reproductiva. (7,19). La incidencia mundial oscila entre el 5-10%, el más bajo es menor del 1% reportado en Australia y E.E.U.U. y el más alto reportado en la India de 19%, fue demostrado por biopsia o curetaje endometrial; de los cuales el 51% de pacientes estériles presenta tuberculosis genital. (30)

La lesión proviene de tuberculosis extragenital, TBP, TB miliar, TB abdominal; aunque casi siempre se encuentra foco de

infección inactivo. La vía de transmisión es hematogena y a veces por vía linfática. (7,21,30)

Existe dos tipos de tuberculosis pélvica: la húmeda que forma tubérculos en peritoneo visceral y parietal a nivel pélvico, el epiplón presenta nodulaciones y se encuentra endurecido y engrosado, generalmente hay ascitis tipo enquistado. La forma seca es forma tardía de la húmeda, hay presencia de poco líquido ascítico, se forman grandes inducciones y adherencias de forma fibroblástica, aparece calcificación, necrosis y formación de fístulas. (10,19,23)

Al examen físico no se encuentra patología o a veces indicios vagos. Cuando ataca peritoneo se desarrolla pelviperitonitis tuberculosa, generalmente en presencia de salpingitis extensa y se acompaña de ascitis.

Es de gran utilidad el estudio bacteriológico de secreción vaginal y uterina, para considerar positivo debe encontrarse en cultivo no menor de 100,000 mycobacterias. El estudio de curetaje endometrial en fase premenstrual es más eficaz que la biopsia endometrial; algunos autores no recomiendan estos procedimientos por el riesgo de reactivar TB antigua o promover diseminación hematogena; en ocasiones es necesario endoscopia

o laparoscopia para visualizar trompas y verificar o establecer diagnóstico de TB genital. (19)

TRATAMIENTO:

Antiguamente el tratamiento era exclusivamente quirúrgico y no era favorable; actualmente con la antibioterapia es efectivo y de bajo costo. La terapéutica médica usa los siguientes esquemas. (11)

- 1- INH: 300 mg. PO diario durante dos años
- 2- PAS: 12 gr. PO diario durante un año, repartidos entre la comida para evitar irritación gástrica.
- 3- Estreptomina: 1 gr. im diario por dos meses, luego lunes y viernes durante 10 meses.

- 1- Diabeten (INH- Tiacetazona): 1 tableta por 2 meses
- 2- INH: 300 mg. PO diario por 18-24 meses después del Diabeten.
- 3- Estreptomina: 1 gr. im diario por dos meses, luego lunes y viernes durante 10 meses.

- 1- Ethambutol: 1 gr. PO diario durante 6-12 meses

- 2- Rifampicina: 600 mg. PO diario durante 6 meses.

Indicación quirúrgica:

- 1- Dolor abdominal constante durante el tratamiento médico o recidivante
- 2- Persistencia o desarrollo de masa anexial después del tratamiento médico.
- 3- Recidivas de infección endometrial o hemorragia excesiva después de tratamiento médico.
- 4- El tratamiento eficaz es cirugía más droga anti-Th, y reservase únicamente tratamiento médico a pacientes con trompas permeables y deseoso de embarazo. (23,30)

ANTECEDENTES

El problema de infección pélvica data desde tiempos remotos, con el advenimiento de la antibioterapia ha disminuido la mortalidad, pero continúa la morbilidad con el apareamiento de nuevas cepas resistentes al mismo.

Chuy Woc (5) demuestra que el 91% de los pacientes se dedican a oficios domésticos, el síntoma principal es dolor abdominal y leucorrea respectivamente.

La literatura internacional (7,16,17, 23,31) reporta que la infección pélvica es más frecuente en la edad reproductiva y los gérmenes encontrados son el E. Coli, Estafilococo coagulasa positivo, Proteus mirabilis, Estreptococo, Enterobacter, Bacteroides, Peptococos y peptoestreptococos. Burgoy en cultivo de culdocentésis encontró Neisseria gonorrea en 38% de los casos estudiados, cocos anaerobios 32.6% y estreptococos fecalis 18.4%.

Estudios realizados por Chocoj (4), Aragón San Juan (1), Aragón Soto (2), Luna Trocolli (20), en los hospitales de Huehuetenango, San Juan de Dios, San Marcos y Antigua Guatemala respectivamente,

demuestran que el estado gravídico puerperal, el antecedente de aborto séptico, fue causa principal de infección y la causa menos frecuente es la tuberculosis y gonorrea. La combinación de antibióticos utilizados es la Penicilina y Cloranfenicol, obteniéndose un índice terapéutico de 91%.

OBJETIVOS

General:

- 1- Aportar conocimientos respecto al estudio de la infección pélvica.

Específico:

- 1- Dar a conocer los métodos clínicos sencillos y de fácil aplicación en el estudio de infección pélvica.
- 2- Conocer los factores ambientales, físicos, mecánicos, socio-económicos y bacterianos que contribuyen en la causa de infección pélvica.
- 3- Conocer el tratamiento médico y quirúrgico de infección pélvica, su efectividad, aplicados en el hospital General "San Juan de Dios".

MATERIAL Y METODOS

Material:

"Estudio retrospectivo de diez años de tratamiento de infección pélvica realizado en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General."

Método:

El método utilizado es el inductivo y analítico procediendo de la manera siguiente:

- 1- Se utilizaron los registros médicos y libro de intervenciones quirúrgicas de los pacientes que consultaron durante el período comprendido de 1971 a 1980, en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General. Se investigan todos los casos con diagnóstico de infección pélvica y se descartan los casos con otro diagnóstico.
- 2- Se elabora ficha de investigación para la recolección de datos conteniendo los parámetros siguientes:

Ficha de Investigación:

No. de ficha

Fecha.

- I- Datos Generales:
 - II Motivo de Consulta:
 - III Historia
 - IV Antecedentes Personales
 - V Antecedentes Gineco-obstétricos
 - VI Perfil Social
 - VII Examen Físico General
 - VIII Hallazgos Ginecológicos
 - IX Diagnóstico Ingreso Emergencia
 - X Resultados de Laboratorio
 - XI Complicación Intrahospitalaria
 - XII Procedimientos
 - XIII Antibioterapia
 - XIV Estancia Hospitalaria
 - VX Diagnóstico de Egreso
- 3- Habiendo obtenido todos los datos se procedió a la tabulación estadística de porcentaje tomando de base el 100% de 250 -

casos de infección pélvica encontrados - durante el período comprendido de 1971 a 1980 y graficación de los mismos.

ANALISIS ESTADISTICO

Edad de pacientes en Años		
años:	casos:	porcentaje
15-20	66	26.4%
21-25	71	28.4%
26-30	55	22.0%
31-35	33	13.2%
36-40	19	7.6%
41-48	6	2.4%
total	250	100.0%

Grupo Etnico

grupo	casos	porcentaje
Indígena	17	6.8%
Ladino	233	93.2%
total	250	100.0%

Comentario:

En este estudio se demuestra que la infección pélvica es más frecuente en la edad reproductiva temprana, el cual corresponde al 76.8% entre la edad de 15 a 30 años, la mayor edad encontrada es de 48 años, y la menor es de 15 años.

El 93% de las pacientes que consultaron fue ladino, tomando de criterio el departamento de estadística como indígena o

ladino si viste traje indígena o no.

Estado Civil

estado c.	casos	porcentaje
divorciada	2	0.8%
viuda	5	2.0%
casada	14	5.6%
soltera	58	23.2%
unida	171	68.4%
total	250	100.0%

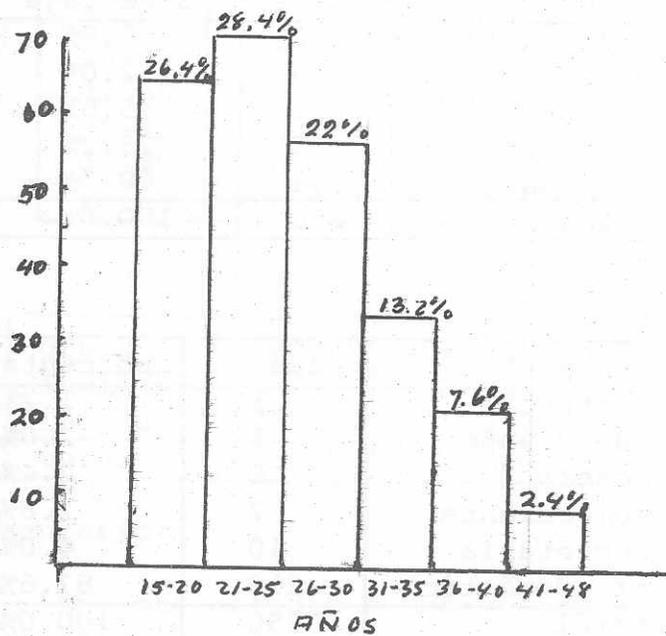
Ocupación

ocupación	casos	porcentaje
costurera	3	1.2%
estudiante	5	2.0%
mesera	6	2.4%
comerciante	7	2.8%
secretaria	10	4.0%
of. doméstico	219	87.6%
total	250	100.0%

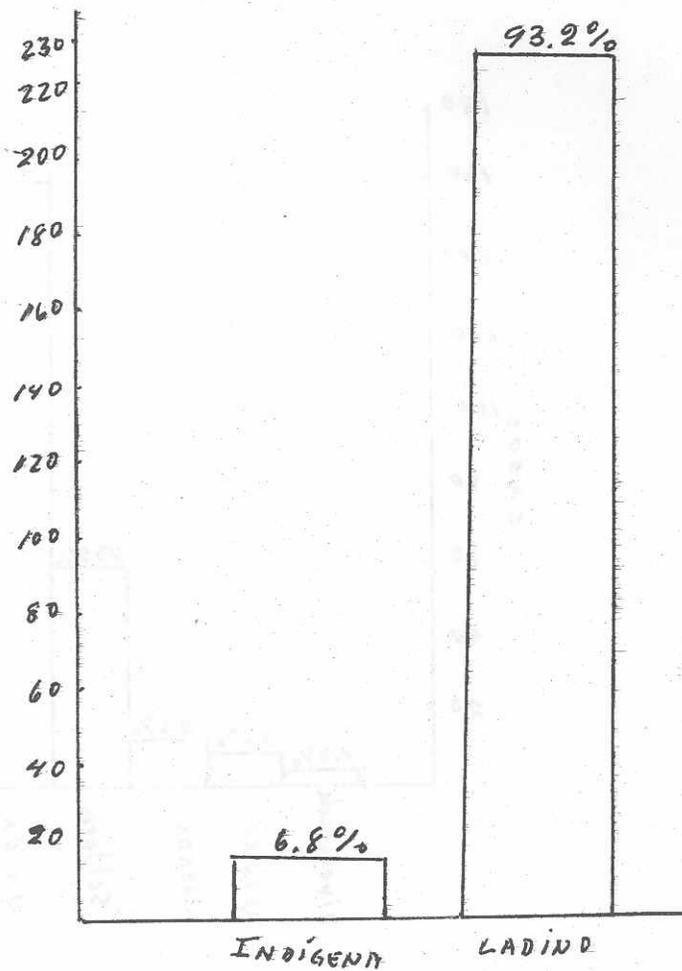
Comentario:

La incidencia de unión de hecho es la más frecuente, seguido de mujeres solteras correspondiendo al 68.4% y 23.2% respectivamente.- El 87.6% se dedican a oficios domésticos que pertenecen a bajo nivel socio-económico.

EDAD DE PACIENTE EN AÑOS Gráfica No. I

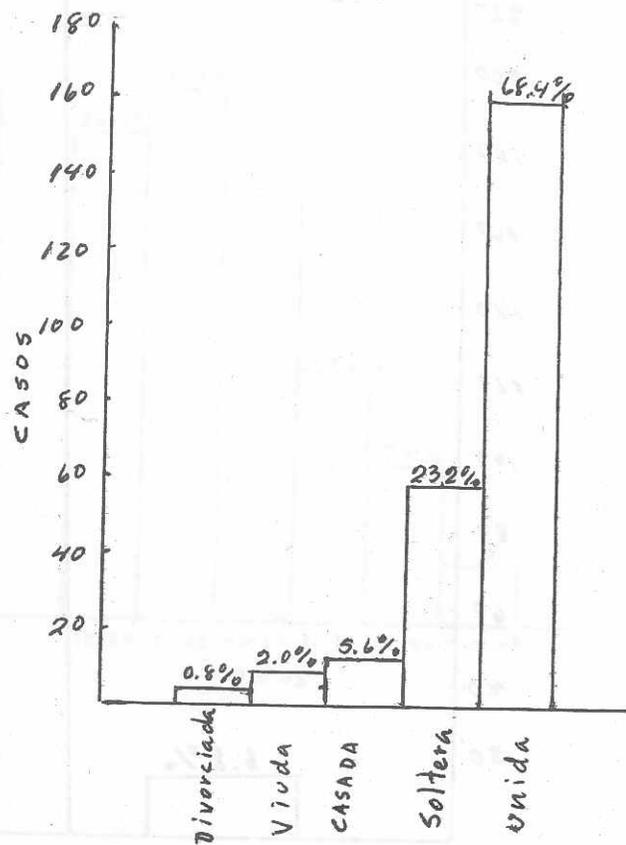


GRUPO ETNICO Gráfica No. II



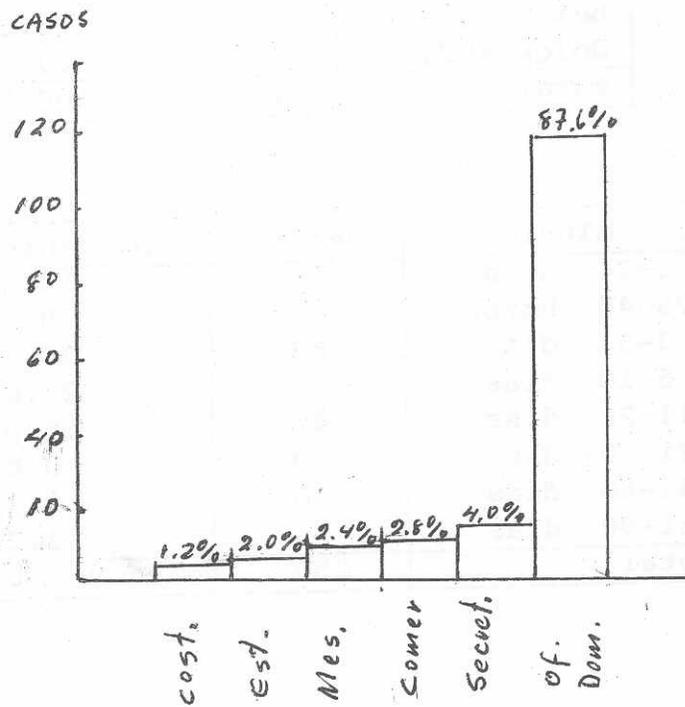
ESTADO CIVIL

Gráfica NO. III



OCUPACION

Gráfica No. IV



Motivo de Consulta

mc.	casos	porcentaje
cefalea	2	0.8%
flujo v.	3	1.2%
fiebre	18	7.2%
hemorragia v.	59	23.6%
dolor abd.	168	67.2%
total	250	100.0%

Tiempo de Evolución

t. evolución	casos	porcentaje
1-24 horas	47	18.8%
25-48 horas	23	9.2%
3-5 días	68	27.2%
6-10 días	52	20.8%
11-20 días	40	16.0%
21-30 días	9	3.6%
31-60 días	8	3.2%
61-90 días	3	1.2%
total	250	100.0%

Síntomas

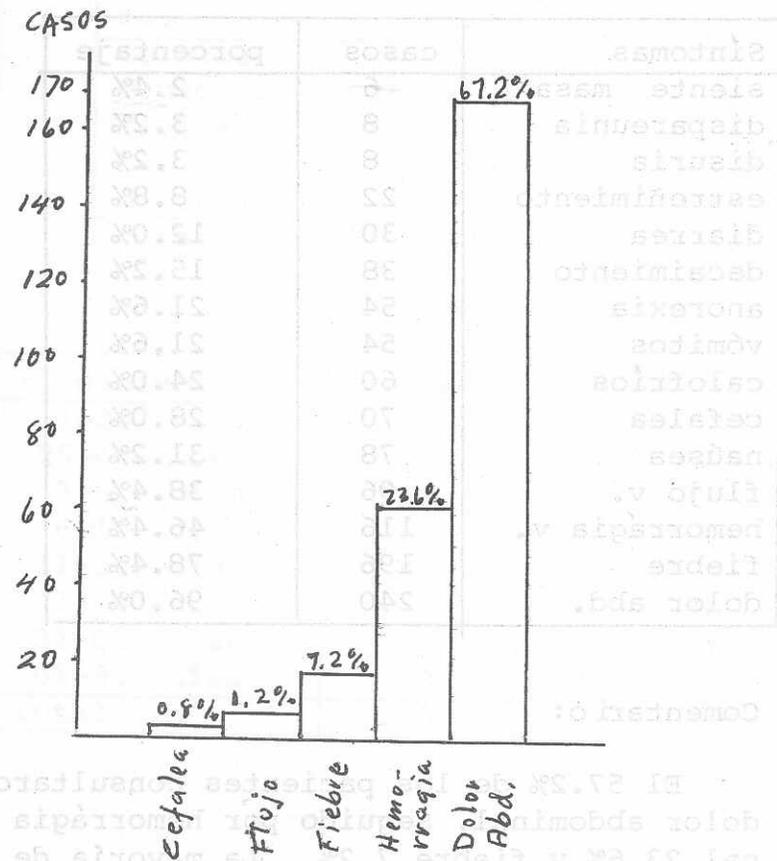
Síntomas	casos	porcentaje
siente masa	6	2.4%
dispareunia	8	3.2%
disuria	8	3.2%
estreñimiento	22	8.8%
diarrea	30	12.0%
decaimiento	38	15.2%
anorexia	54	21.6%
vómitos	54	21.6%
calofríos	60	24.0%
cefalea	70	28.0%
náusea	78	31.2%
flujo v.	96	38.4%
hemorragia v.	116	46.4%
fiebre	196	78.4%
dolor abd.	240	96.0%

Comentario:

El 57.2% de los pacientes consultaron por dolor abdominal, seguido por hemorragia vaginal 23.6% y fiebre 7.2%. La mayoría de pacientes tuvieron tiempo de evolución respecto al inicio de síntomas y día de consulta, fue de 3 a 5 días. El dolor abdominal siguió -- siendo el más frecuente con respecto a síntomas con 96.0%, luego la fiebre con 78.4% y -- hemorragia vaginal con 46.4%.

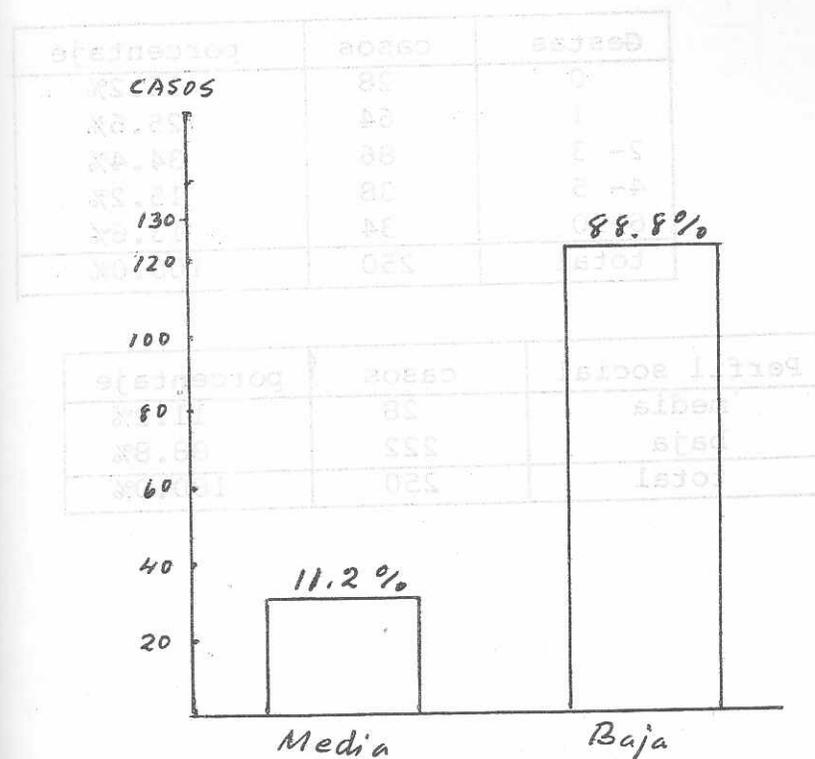
MOTIVO DE CONSULTA

Gráfica No. V



PERFIL SOCIAL

Gráfica No. VI



Antecedentes

Gestas	casos	porcentaje
0	28	11.2%
1	64	25.6%
2- 3	86	34.4%
4- 5	38	15.2%
6-10	34	13.6%
total	250	100.0%

Perfil social	casos	porcentaje
media	28	11.2%
baja	222	88.8%
total	250	100.0%

antecedentes	casos	porcentaje
partos	198	79.2%
cesárea	10	4.0%
aborto	112	44.8%
ab. séptico	10	4.0%
LUI	64	25.6%
DIU	34	13.6%
leucorrea	42	16.8%
gonorrea	6	2.4%
Lúes	4	1.6%
complicación post-parto	12	4.8%
infección pélvica anterior	28	11.2%
infección herida op.	4	1.6%
pomeroy	6	2.4%
moniliasis	10	4.0%
infertilidad	14	5.6%
cirugía abdominal	10	4.0%
infección urinaria	12	4.8%
anticonceptivo oral	8	3.2%
sin antecedente	78	31.2%

Comentario:

El 88.8% de las pacientes han tenido embarazo, el 79.2% con parto, obteniéndose el 29.6% con antecedente de aborto; confirmándose que la infección pélvica da como secuela infertilidad obteniéndose un 5.6%. El tipo de pacientes que consulta en las instituciones del estado, es de condición socio-económi

ca bajo y se obtuvo un 88.8% en las consultantes.

EXAMEN FISICO

Presión arterial	casos	porcentaje
menor de 70/50	6	2.4%
70/50 - 90/60	50	20.0%
90/61 - 100/70	96	38.4%
100/71 - 120/88	90	36.0%
120/90 + 130/90	8	3.2%
total	250	100.0%

Pulso	Casos	Porcentaje
menor 70	4	1.6%
70 - 80	86	34.4%
81 - 90	74	29.6%
91 - 100	46	18.4%
+ de 100	40	16.0%
total	250	100.0%

frecuencia R.	casos	porcentaje
15 - 20	156	62.4%
21 - 25	70	28.0%
26 - 30	20	8.0%
31 - 35	4	1.6%
total	250	100.0%

temperatura	casos	porcentaje
36.5 - 37	14	5.6%
37.1 - 38	138	55.2%
38.1 - 38.5	56	22.4%
38.6 - 39	38	15.2%
39.1 - 40	4	1.6%
total	250	100.0%

Hallazgos Ginecológicos

hallazgos	caso	porcentaje
leucorrea	178	71.2%
dolor al tacto	240	96.0%
hemorragia vaginal	90	36.0%
útero aumentado tamaño	108	43.2%
DIU visible	6	2.4%
anexo empastado d-i	50	20.0%
anexo empastado derecho	24	9.6%
anexo empastado izquierdo	30	12.0%
masa anexo d-i	4	1.6%
masa anexo derecho	42	16.8%
masa anexo izquierdo	38	15.2%
masa pélvica	24	9.6%
abombamiento de saco	34	13.6%
quiste de Bartolin	2	0.8%
DIU visible	4	1.6%

Comentario:

Los hallazgos ginecológicos concuerdan con la patología descrita por la mayoría de autores. (6,7,23,27)

DIAGNOSTICO DE INGRESO DE EMERGENCIA

Infección Pélvica	casos	porcentaje
piógena	107	42.8%
aguda	111	44.4%
total	218	87.2%

Gonorrea

crónica	casos	porcentaje
otros diagnósticos	2	0.8%
salpingitis	30	12.0%
miomatosis uterina	6	2.4%
embarazo ectópico	7	2.8%
GECA	10	4.0%
absceso tubo-ovárico	10	4.0%
apendicitis	10	4.0%
tumor retroperitoneal	15	6.0%
quiste ovárico	22	8.8%
infección pélvica tumoral	27	10.8%
aborto séptico	27	10.8%
masa anexial et	30	12.0%
infección urinaria	42	16.8%
hiperplasia endometrial	54	21.6%
metrorragia post-parto	1	0.4%
embarazo abdominal	1	0.4%
plastrón apendicular	2	0.8%
quiste retorcido ovario	3	1.2%
pelviperitonitis	3	1.2%
absceso pélvico	3	1.2%
fiebre etiología	3	1.2%
parametritis	3	1.2%
endometritis sec. DIU	5	2.0%
endometritis	5	2.0%

Comentario:

El diagnóstico de emergencia es elaborado de acuerdo a historia, signos y síntomas, -- examen físico y hallazgo ginecológico, laboratorio de recuento y fórmula, sedimento, frote vaginal o endocervical. Los errores diagnósticos fueron evaluados posteriormente en servicio, confirmando o descartando infección pélvica.

RESULTADOS DE LABORATORIO

Hemoglobina en gramos	casos	porcentaje
menor de 9	24	9.6%
9.1 --- 10	22	8.8%
10.1 - 11	30	12.0%
11.1 - 12	48	19.2%
12.1 - 14	98	39.2%
14.1 - 15	17	6.8%
15.1 - 17	8	3.2%
no se hizo	3	1.2%

Linfocitos	casos	porcentaje
0 - 5	15	6.0%
6 -10	32	12.8%
11--20	104	41.6%
21 -30	70	28.0%
31 -40	12	4.8%
41 -50	7	2.8%
51 -60	5	2.0%
no se hizo	5	2.0%

Sedimento mm/hr.

0 - 20	20	8.0%
21 - 40	65	26.0%
41 - 60	59	23.6%
61 - 90	37	14.8%
91 -100	15	6.0%
101 -120	40	16.0%
+ de-120	5	2.0%
no se hizo	9	3.6%

Cayados

cero	90	36.0%
1 - 2	73	29.2%
3 - 5	47	18.8%
6 -10	36	14.4%
11-18	4	1.6%

Leucocitos

3 - 4 mil	10	4.0%
5 - 10 mil	110	44.0%
11 - 15 mil	82	32.8%
16 - 20 mil	30	12.0%
21 - 30 mil	10	4.0%
no se hizo	8	3.2%

Monocitos

cero	141	56.4%
1 - 2	94	37.6%
3 - 5	15	6.0%

segmentados		
30 - 40	3	1.2%
41 - 50	5	2.0%
51 - 60	12	4.8%
61 - 70	60	24.0%
71 - 80	110	44.0%
81 - 90	50	20.0%
91 -100	5	2.0%
no se hizo	5	2.0%

eosinófilos		
cero	115	46.2%
1 - 2	78	31.2%
3 - 5	37	14.8%
6 -10	15	6.0%
11 -15	5	2.0%

basófilos		
cero	240	96.0%
1- 2	8	3.2%
3 -5	2	0.8%

cardiolipina		
positivo	17	6.8%
negativo	188	75.2%
no se hizo	45	18.0%

orina nl.	154	61.6%
patológico	63	25.2%
no se hizo	33	13.2%

Comentario:

El sedimento es una prueba inespecífica el cual se ha dejado de tomar muy en cuenta. Y el 6.8% de las pacientes que consultaron tuvieron cardiolipina positiva.

EXAMENES ESPECIALES

Hemocultivo	casos	porcentaje
coli bacilo	4	1.6%
E. coli	2	0.8%
seudomona	1	0.4%
negativo	14	5.6%
no se hizo	229	91.6%

Urocultivo		
proteus	2	0.8%
enterobacter	8	3.2%
E. coli	10	4.0%
negativo	30	12.0%
no se hizo	200	80.0%

Frote vaginal

frote hemorrágico	2	0.8%
diplococo gram negativo intracelular	6	2.4%
diplococo gram neg.	6	2.4%
diplococo gram +	18	7.2%
cocos gram neg.	6	2.4%
cocos gram +	8	3.2%
bacilo doderheim	4	4.8%
bacilo gram neg.	12	4.8%
bacilo gram +	18	7.2%
tricomoniiasis	22	8.8%
moniliiasis	6	2.4%
leucocitos	10	4.0%
no se hizo	226	90.4%
Cultivo secreción V.		
frote hemorrágico	2	0.8%
negativo	6	2.4%
colibacilo	4	1.6%
E. coli	2	0.8%
aerobacter aerógenes	2	0.8%
neisseria gonorrea	8	3.2%
estafilococo coagulasa	2	0.8%
no se hizo	230	92.0%

frote endocervical	casos	porcentaje
negativo	4	1.6%
hemorrágico	2	0.8%
diplo gram neg. intracelular	2	0.8%
cocos gram +	4	1.6%
b. gram neg.	4	1.6%
b. gram+	2	0.8%
polimorfos nuc.	3	1.2%
Cultivo		
negativo	8	3.2%
hemorrágico	2	0.8%
bacteroides	2	0.8%
peptococcus	2	0.8%
colibacilos	4	1.6%
neisseria gonoc.	2	0.8%
hemófilus sp.	2	0.8%
E. coli	2	0.8%
estafilococcus a.	2	0.8%
Frote absceso		
diplo gram neg. intracelular	2	0.8%
diplo gram neg.	4	1.6%
diplo gram +	2	0.8%
cocos gram +	6	2.4%
bacilo gram neg.	10	4.0%
polimorfos nc.	4	1.6%

Cultivo absceso		
negativo	8	3.2%
E. intermedium	4	1.6%
E. coli	2	0.8%
bacteroides	2	0.8%
difteroides	2	0.8%

Patología		
útero	casos	porcentaje
fase sec. proliferativa	8	3.2%
hiperplasia	2	0.8%
proceso inflamatorio cr.	4	1.6%
inflamación ag. y cr.	8	3.2%
decidua organizada	2	0.8%
decidua necrótica	10	4.0%
vellosidades coriales	2	0.8%
inflamación tuberculosa		
granulomatosa	1	0.4%

Comentario:

La mayoría de las infecciones pélvicas encontradas son causadas por gérmenes endógenos provenientes de la flora natural de vagina; pero desafortunadamente no se pudieron efectuar estudios completos con la mayoría de pacientes, por la falta de recursos económicos, equipo y personal adiestrado, debido a ésto, el seguimiento bacteriológico es deficiente, habiéndose efectuado únicamente estudios en 14.4% de pa-

cientes consultantes, en algunos únicamente frote se les realizó, en otros cultivos y no frote, mínimo frote y cultivo; y debido a la dificultad de aislar gonococo en infección pélvica únicamente se obtuvo el 4%, - que no refleja la realidad del problema.

complicación Intra-hospitalaria		
complicación	casos	porcentaje
embolia pulmonar post-op.	3	1.2%
dehiscencia herida op.	3	1.2%
shock séptico	5	2.0%
septicemia	5	2.0%
infección urinaria	10	4.0%
GECA	5	2.0%
neumonía	3	1.2%
flebitis miembro s.	3	1.2%
pelviperitonitis	30	12.0%

Comentario:

Las complicaciones dependen del agente etiológico. Los anaerobios producen abscesos post-operatorios tardíos y regularmente no causa septicemia ni shock. Los aerobios gram negativos frecuentemente causan septicemia y shock, son mucho más peligrosos. La aplicación de catéter vesical causó infección urinaria; y la anemia y DCA influyeron en la incidencia de complicaciones.

Procedimientos	casos	porcentaje
histerectomía vaginal	4	1.6%
histerectomía abdominal	16	6.4%
salpingo-oforectomía		
ambos	6	2.4%
derecho	6	2.4%
izquierdo	2	0.8%
resección hidrosalpings D.	2	0.8%
laparatomía exploradora	22	8.8%
colpotomía	62	24.8%
legrado Dx	50	20.0%
drenaje de absceso	18	7.2%
endoscopia	20	8.0%
corrección cistole	4	1.6%
pomeroy	2	0.8%
apendicectomía	10	4.0%
rehusaron tx.	6	2.4%

Comentario:

Se efectuó tratamiento quirúrgico en presencia de masas anexiales o pélvicas refractarias al tratamiento médico, según tiempo de evolución o tendencia a aumentar de tamaño. El mejor procedimiento utilizado para diagnóstico de infección pélvica fue la colpotomía a través del fondo posterior del saco de Douglas, y el legrado uterino como diagnóstico y tratamiento.

Antibioterapia	dosis	c/hrs.	via	días
medicamento				
1 - p. cristalina	1 - millones	3-4	iv	1-5
2 - p. procaina	800,000 UI.	12-24	im	5-14
3-- claranfenicol	500 mg.	6	iv	1-5
		6	PO	5-14
4 - gentamicina	60-80 mg.	8	im	5-12
5 - ampicilina	500 mg.	6	iv	1-3
		6	PO	10-12
6 - lincomicina	600 mg.	6	iv	1-3
		6	PO	7-12
7 - clinda micina	600 mg.	6	iv	1-3
		6	PO	7-12
8 - estreptomina	500 mg.	12	im	5-12
9 - eritromicina	250-500 mg.	6	PO	7-10
10- tetraciclina	250-500 mg.	6	PO	5-10
11- bactrim	2 tab (960 mg)	12	PO	7-14

Antibióterapia

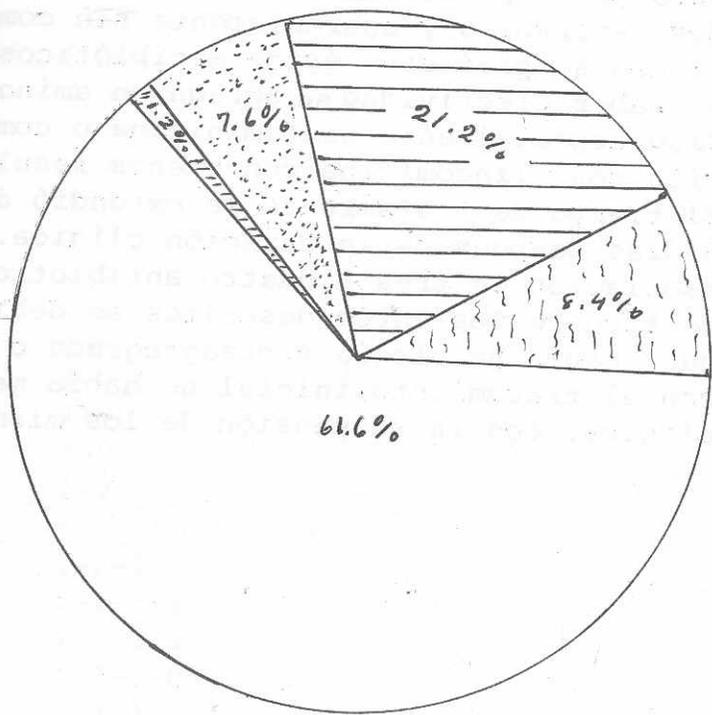
un sólo antibiótico	casos	porcentaje
5	4	1.6%
11	3	1.2%
10	5	2.0%
1-2	9	3.6%
dos antibióticos		
1-2-5	3	1.2%
1-2-11	1	0.4%
1-2-4	5	2.0%
1-2-7	4	1.6%
1-2-8	5	2.0%
3-6	3	1.2%
3-7	2	0.8%
4-6	9	3.6%
4-7	14	5.6%
4-9	2	0.8%
7-9	5	2.0%
1-2-3	154	61.6%
tres antibióticos		
1-2-5-8	3	1.2%
1-2-5-4	1	0.4%
1-2-3-4	4	1.6%
1-2-3-8	4	1.6%
1-2-3-11	5	2.0%
1-2-3-5	1	0.4%
1-2-8-11	1	0.4%
cuatro antibióticos		
1-2-3-5-11	2	0.8%
1-2-3-8-11	1	0.4%

Comentario:

La asociación de penicilina y cloranfenicol fue la más utilizada con 61.6%, en vista de no disponer de estudios bacteriológicos, pero por experiencias anteriores con resultados favorables y aparentemente sin complicaciones se prefieren éstos antibióticos. Al no haber efectividad se agrega un aminoglucósido, especialmente gentamicina o combinación con lincomicina con buenos resultados. El tiempo de tratamiento se extendió de 3 a 8 días después de la curación clínica. La asociación de tres a cuatro antibióticos no de tipo de los antes descritos se debió a que había patología sobreagregada o porque con el tratamiento inicial no había mejoría clínica, con la suspensión de los mismos.

ANTIBIOTERAPIA

Gráfica No. VII



-  Un solo Antibiótico = 8.4%
-  Dos Antibióticos = 21.2%
-  Tres Antibióticos = 7.6%
-  Cuatro Antibióticos = 1.2%
-  Penicilina y Cloranfenicol = 61.6%

año	Diagnóstico de Egreso					TB	otros
	piógena aguda	crónica	gonorrea	aguda	crónica		
1971	13	7					
1972	15	11					1
1973	14	8					1
1974	20	9					
1975	9	6	1	1			
1976	8	4					1
1977	17	10					1
1978	38	19	1	1			1
1979	57	25	2	2	2		
1980	44	25	6	4	2	1	

Diagnóstico ingreso	casos	porcentaje
piógena	218	87.2%
aguda	107	42.8%
crónica	111	44.4%
gonorrea	2	0.8%
crónica	2	0.8%
otro Dx	30	12.0%

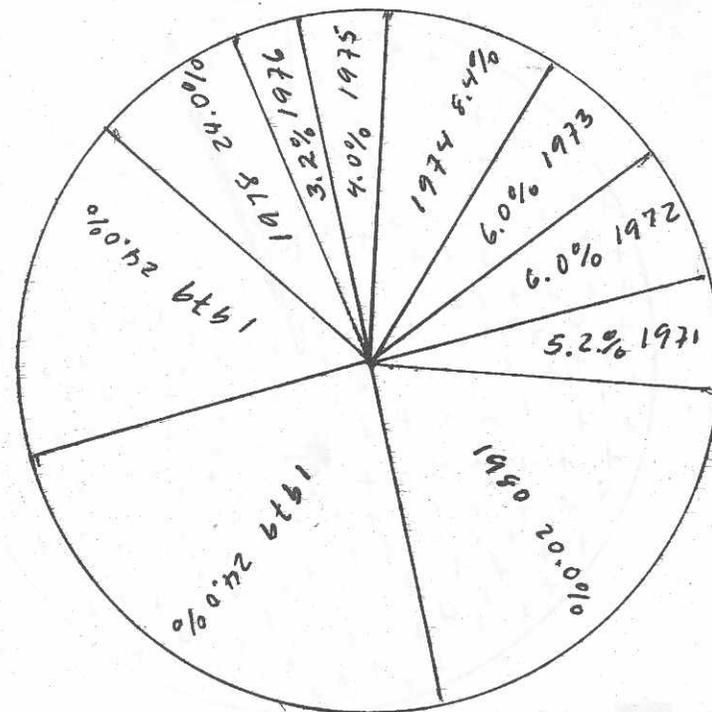
Diagnóstico Egreso	casos	porcentaje
piógena	234	93.6%
aguda	110	44.0%
crónica	124	49.6%
gonorrea	10	4.0%
aguda	8	3.2%
crónica	2	0.8%
TB crónica	1	0.4%
otro Dx	5	2.0%
infección	245	98.0%

Comentario:

El error de diagnóstico de infección - pélvica de ingreso con respecto a egreso - fue de 10.0%, el error de confusión del -- problema con otro diagnóstico también es - de 10.0%. El error de piógeno con gono- rreico y tuberculosis fue de 3.6%. La -- identificación de agudo y crónico hubo -- error de 1.2%. El índice de infección -- pélvica en los últimos cinco años con --- respecto a los anteriores es de 41.22%.

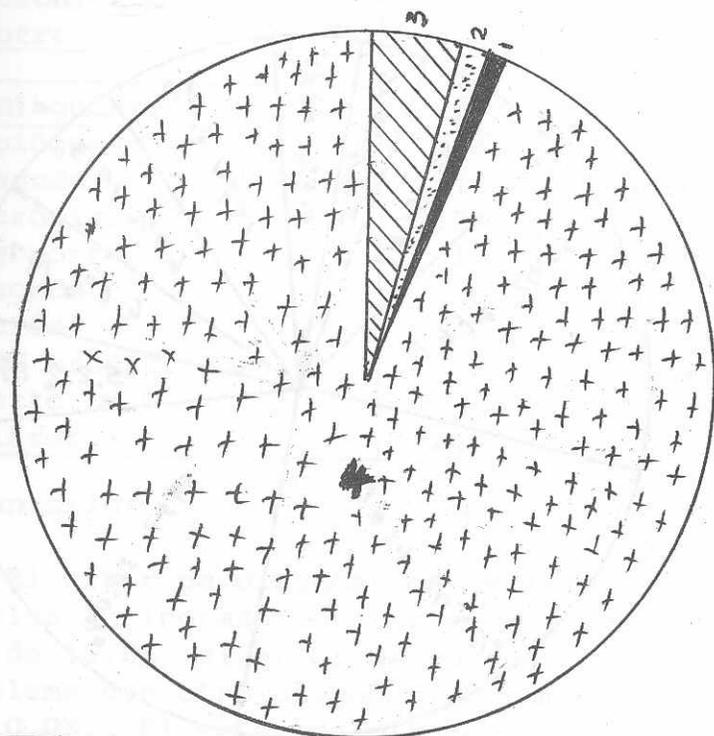
DIAGNOSTICO DE EGRESO POR AÑOS

Gráfica No. VIII



DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DE EGRESOS

Gráfica Nq. IX



- 1 - TB Crónica = 0.4%
- ▨ 2 - Otro Dx = 2.0%
- ▧ 3 - Gonorrea = 4.0%
- ▩ 4 - Piógena = 93.6%

Estancia Hospitalaria

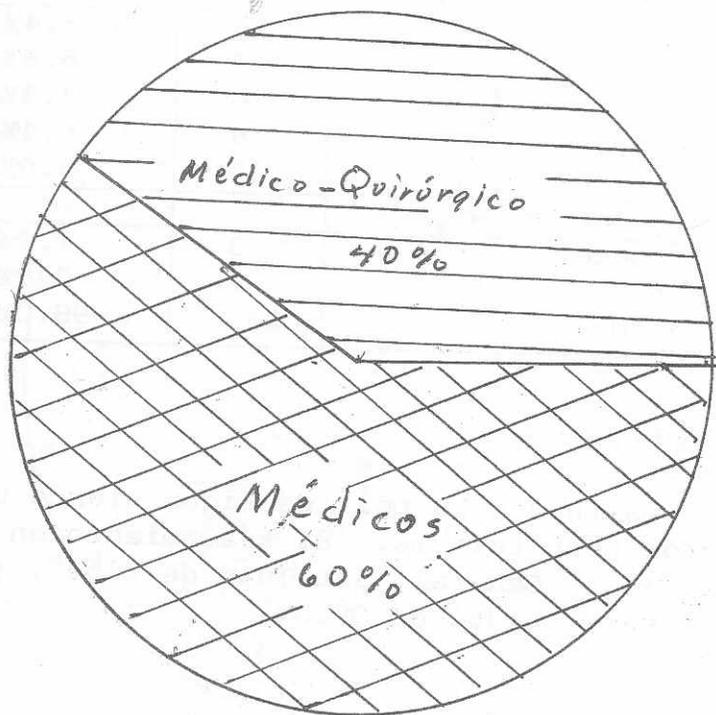
	casos	porcentaje
médico		
1 - 5 días	67	26.8%
6 -10 días	43	17.2%
11 -20 días	40	16.0%
médico quirúrgico		
1- 5 días	16	6.4%
6 -10 días	17	6.8%
11--20 días	36	14.4%
21 -30 días	16	6.4%
31 -50 días	15	6.0%
condición de egreso		
moribundo	3	1.2%
muerto	2	0.8%
mejorado	245	98.0%

Comentario:

La infección pélvica sigue siendo una -- carga hospitalaria. El tratamiento en el - Hospital General "San Juan de Dios", tiene una efectividad de 98.0%.

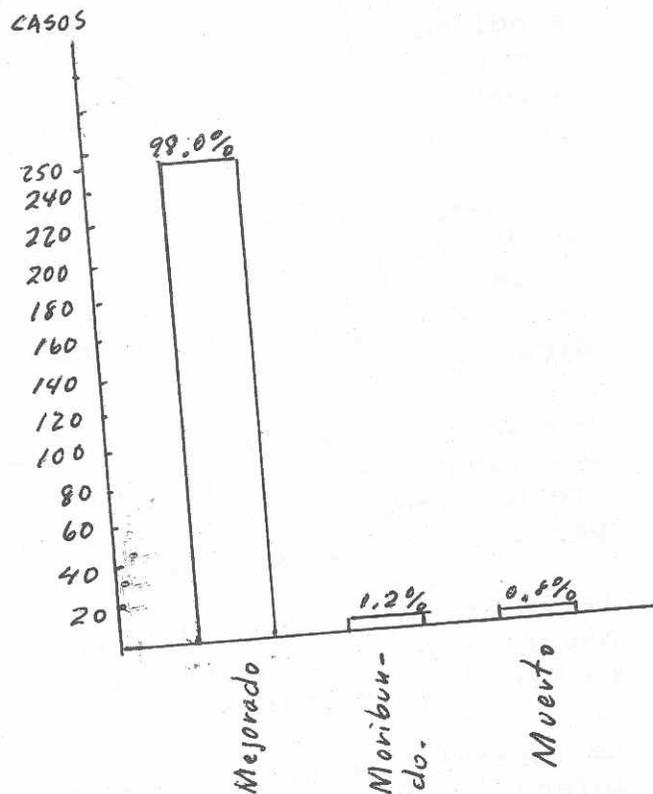
TRATAMIENTO

Gráfica No. X



CONDICION DE EGRESO

Gráfica No. XI



CONCLUSIONES

- 1- La mayor incidencia de infección pélvica se encuentra en la edad reproductiva entre los 15 a 30 años, correspondiendo al 76.8%; y es frecuente en condiciones socio-económica baja con 88.8%. El 87.6% es de ocupación oficios domésticos.
- 2- Las características de la enfermedad, epidemiología, historia, signos y síntomas, hallazgos clínicos, son similares a los reportes de literaturas médicas.
- 3- Los antecedentes médico-quirúrgicos predisponen a infección pélvica, correspondiendo únicamente al 31.2% de pacientes sin antecedentes.
- 4- La infección pélvica piógena es la más frecuente con 93.6%, la gonorreica 4.0% y tuberculosa 0.4%.
- 5- La infección pélvica da como secuela infertilidad, que puede ser causa de disolución de matrimonios.

- 6- El error diagnóstico de ingreso por emergencia fue de 10.0%.
- 7- El seguimiento bacteriológico deficiente por carecer de recursos económicos y equipo médico ideal.
- 8- El 60.0% tuvieron únicamente tratamiento con antibioterapia, y el 40.0% tratamiento médico-quirúrgico.
- 9- En el tratamiento quirúrgico se utilizó, - Histerectomía total en el 8.0% de los pacientes, 6.4% Salpingo-orectomía unilateral y bilateral, 7.2% drenaje de absceso y el Legrado en el 20.0% de los casos como diagnóstico y tratamiento.
- 10- Se utilizó la colpotomía posterior como la ayuda diagnóstica más certera en el 24.8% de casos, seguido de la endoscopia con 8.0%.
- 11- La combinación de Penicilina y Cloranfenicol fueron los antibióticos más utilizados correspondiendo al 61.6%.
- 12- La infección pélvica a ido en aumento últimamente, siendo 70.66% de 1976 a 1980, y 39% de 1971 a 1975.

- 13- La efectividad del tratamiento de infección pélvica es de 98.0%; y sigue siendo una carga hospitalaria.

RECOMENDACIONES

- 1- Indicar a las pacientes la importancia del control prenatal, vigilar el estado nutricional, anemia concomitante, la presencia de infecciones genitales, de las vías urinarias y digestivas, para prevenir infecciones pélvicas.
- 2- Durante el parto hacer el menor número de exploraciones vaginales, con la respectiva asepsia y antisepsia adecuada, y evitar el trabajo de parto prolongado.
- 3- Usar en sala de operaciones estrictamente ropa, gorra y mascarilla adecuada al mismo, y que esté el menor número posible de personal para evitar contaminación de sala.
- 4- Es necesario que el hospital cuente con laboratorio completo, para aumentar beneficio prestado.
- 5- Hacer conciencia a pacientes del peligro de aborto séptico, como causa principal de infección pélvica.
- 6- Recomendar a la APROFAM efectuar investigación de incidencia de infección pélvica, por uso de DIU.

- 7- Se recomienda el mejor manejo de las fichas clínicas y el seguimiento de casos.
- 8- Efectuar examen ginecológico y/o rectal a toda paciente en edad reproductiva - que consulte por otra sintomatología.
- 9- Efectuar cultivo con antibiograma en secreciones vaginales, endocervical y absceso pélvico.
- 10- Considerar colpotomía posterior como procedimiento de elección, antes de laparotomía exploradora en tratamiento de absceso pélvico.
- 11- Incluir cultivos y hemocultivos para anaerobios, como parte del examen de rutina de Dx de infección pélvica.
- 12- Pensar en trombo-embolia recurrente como complicación frecuente en este tipo de - infecciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Aragón San Juan, Denis Arturo; Consideraciones sobre el tratamiento de la infección pélvica en el Hospital General "San Juan de Dios"; (Estudio de 100 casos), -- 1979. 76 p.
- 2- Aragón Soto de Aguilar, Anabela Judith; - Infección Pélvica, Hospital nacional de - San Marcos, (revisión de casos reportados en cinco años 1974-1979). 1980. 76 p.
- 3- Cano Velázquez, Manuel y Col. Enfoque terapéutico del absceso pélvico. Ginecología y obstetricia de México. Vol 39, Año XXXI, No. 236, junio 1976, pags. 457-465.
- 4- Chocoj Mux, Juan; Infección Pélvica de causa obstétrica, (experiencia en el Hos

pital nacional de Huehuetenango en el -- año 1977). Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos . Facultad de ciencias Médicas. 1978. 46 p.
- 5- Chuy Woc, Adolfo; Infección Pélvica. Guatetemala, Universidad de San Carlos . Facultad de Ciencias Médicas. 1973, 40 p.

- 6- Eschenbach, David A. MD; Acute Pelvia inflamatory diasease etiology, risk factors and pathogenesis, clinical -- and Gynecology, Vol. 19 No. 1, march 1976.
- 7- Fister, Robert W. MD; Tratado de Ginecología, versión española ediciones Toray S.A. Mallorca, 1974.
- 8- Galask, Larsen, Ohm; Vaginal flora and its role in disease entities, clinical obstetrics and Gynecology, vol. 19, No 1, march 1976.
- 9- Gibbs, Rólands S; Puerperal Endometri- tris; A prespective microbiologic stu- dy Am, J. Obst. Gynecol. April, 1975. pags. 919-925.
- 10- Gibbs, Rólands S. MD; Evaluation of -- morbidity and mortality in hospital -- clinical. Obstet. and Gynec. Vol. 19 No. 1 march. 1976.
- 11- Goodman y Gilman; Bases farmacológicas de la terapéutica; México, quinta edi- ción, 1978.
- 12- Guatemal, Hospital General "San Juan - de Dios", archivos médicos, 1971 a 1980.

- 13- Hawkins, Et al; Management of septic -- chemical abortion wite Ranal Fallure. The new England of medical. April. 1975 pags. 625-722.
- 14- Jawetz, Melvick; Microbiología Médica; trece edición, México, 1979.
- 15- Kaser, Friedberg, Over, Thomson, Zender Ginecología y Obstetricia 3 especial, Salvat editores S.A. Mallorca, 1974.
- 16- Lascuráan Obregon, Alejandro y Col. La Clindamicina en el tratamiento de las infecciones por Anaerobios en obstetri- cia, Ginecología y Obstetricia de Méxi- co, Vol. 43, Año XXXIII, No. 259, mayo 1978. pags. 349-356.
- 17- Ledger, Williams MD; Relationship of pelvic infection to various types of contraception, clinical obstet, and 94 nac. Vol. 17, No, 1, march 1974.
- 18- León Diaz, Osberto Julio; Consideración sobre la infección pélvica en el Hospi- tal de Huehuetenango. (estudio de 50 ca- sos). 24-5-80. 63 p.

- 19- López Ortiz, Etelberto y Col; Valor de la Amoxicilina y Ampicilina en el tratamiento de aborto séptico. (estudio doble ciego y al azar), Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 43, Año XXXVIII, No. 256, febrero 1978. pags. 349-356.
- 20- Luna Trocolli, Juan Manuel; Infección pélvica, (estudio retrospectivo de 27 casos), en el Hospital nacional de la Antigua Guatemala, período de 12 de enero de 1976 al 31 de julio de 1979. 17-4-80. 46 p.
- 21- Mead, Philip Band Grump, Dieter W, MD; Antibiotic therapy in obstetrics and Gynecology, clinical obstetrics and Gynecology, Vol. 1 march 1976.
- 22- Moreno R. José; Gonococcia en consulta privada, revista Ginecología y Obstetricia de Venezuela. Vol. I
- 23- Novak, Jones; Tratado de Ginecología, novena edición, 12 febrero 1979. pags. 385-409.
- 24- Pitkin, Ray M, Scott, James R. MD; -- Year Book medical of Obstetrics and Gynecology, Chicago, 1976. pags. 321-330.

- 25- Pitkin, Ray M, Scott, James R. MD; Year Book medical of Obstetrics and Gynecology, Chicago, 1977. pags. 367-373.
- 26- Pitkin, Ray M, Zlatnik, J. MD; Year Book medical of Obstetrics and Gynecology, -- Chicago, 1979, pags. 257-266.
- 27- Sánchez, Luis y Col. Infección Puerperal, Ginecología y Obstetricia de México, Año XXXI, No. 242, Dic. 1976. pags. 407-416.
- 28- Sánchez Contreras, Jesús Dr. Avances recientes en el tratamiento de la tuberculosis genital, Ginecología y Obstetricia Mexicana, Vol. 38, Año XXX No. 227, septiembre 1975.
- 29- Schawarz, Richard H. MD; Management of post-operative infection in obstetrics and Gynecology, Vol. 19 No. 1, march 1976.
- 30- Shaefer, George, MD; Genital Tuberculosis clinical obstet Gynec, Vol. 19, No. 1, march 1976.
- 31- Soberon y Dominguez; Cefalexina en el tratamiento de la sépsis puerperal. Ginecología y Obstetricia México, Vol 1 1971.

- 32- Squimux, Julian Alejandro; Estudio - preliminar de la suceptibilidad de - la Neisseria Gonorreae a 4 antimicrobianos in vitro en la ciudad de Guatemala. Tesis. Universidad de San Carlos, -- septiembre 1978.
- 33- Williams; Obstetricia, Salvat, editores S.A. Mallorca, 43. 1973.

Br. *Rafael Quiñonez Montalvo*
Rafael Quiñonez Montalvo.

[Handwritten signature]

Aesor.

Dr. Haroldo López Villagrán.

Dr. *Raúl Montenegro*
Revisor.
Dr. Raul Montenegro.

[Handwritten signature]

Director de Fase III
Dr. Carlos Waldhiem.

Dr. *Jaime Gómez*
Secretario
Dr. Jaime Gómez.

Dr. *[Handwritten signature]*
Decano.
Dr. Carlos Waldhiem.