INFECCION PELVICA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA REVISION ESTADISTICA SOBRE 490 CASOS*

Dr. Aristarco Rodríguez, M.D.**
Dr. Jorge Enrique Zúñiga, M.D.**

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a la Sociedad Vallecaucana de Obstetricia y Ginecología, por la deferencia de habernos confiado este Relato.

Como el título del tema cobija el amplio campo de la patología inflamatoria tocoginecológica, bien conocido por la audiencia y del cual prácticamente poco o nada nuevo se puede decir, nos limitaremos a hacer una revisión sintética de la Infección Pélvica, con el aporte estadístico de 480 casos, manejados en el Servicio de Sépticas del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario del Valle que dirige el doctor Jorge Escobar Soto.

Si echamos una mirada hacia atrás, vemos que las inflamaciones han sido más viejas que la historia y que el progreso en el conocimiento de las mismas figura en la literatura de muchas civilizaciones (23), pero que por espacio de más de 35 siglos no se sabía absolutamente nada sobre etiología, clínica, profilaxis y tratamiento. Sólo ya en los siglos XVII y XVIII se demuestra el carácter contagioso y epidémico de la fiebre puerperal. En el siglo XIX se progresa mucho en el terreno de la infección pélvica con los trabajos de Noeggerath, Holmes, Lister, Pasteur, Neisser y las demostraciones quirúrgicas de Lawson Tait que marcaron una época en el tratamiento. En general han existido dos tendencias en el tratamiento de los procesos inflamatorios pélvicos: la Conservadora y la Agresiva.

Recamier fué el primero en practicar la colpotomía posterior por un absceso pélvico en 1831. A Lawson Tait en 1882 se le consideró como un agresor porque ejecutaba salpingectomías en procesos inflamatorios anexiales, procedimientos que fueron violentamente atacados hasta 1890 cuando Culling Worth logró obtener aceptación en su trabajo, "El valor de la Laparotomía, en ciertos casos de peritonitis pélvica". Después de Simpson vino una decadencia en la cirugía radical y se hicieron tratamientos conservadores. En 1932 Warren y Wilson recomendaron la pireoterapia, pero el tratamiento conservador se acentuó con la aparición de

^{*} Trabajo presentado al VII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, reunido en Cúcuta, Diciembre 4-7 - 1967. Este trabajo fué realizado gracias al aporte económico de los Laboratorios Armour, Sanicol y Pfizer.

^{**} Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina, Universidad del Valle. Cali, Colombia, S. A.

las sulfamidas de Domagk en 1935 y de la penicilina descubierta por Fleming en 1929, usada como antibiótico por Chain-Florey y colaboradores en 1940 (11). Con la sucesiva aparición de nuevos antibióticos se creyó que hasta allí habían llegado los problemas inflamatorios. Pero la resistencia antimicrobiana a estas drogas, por su uso y abuso, nos marcan el tiempo actual del cual pareciera que tuviéramos que retroceder en parte a la época quirúrgica de Lawson Tait para poder salvar a muchas de nuestras pacientes.

Definición

Entendemos por infección pélvica a todo proceso inflamatorio que comprometa las estructuras genitales alojadas en la pelvis de la mujer.

Material y Métodos

Se tomó una muestra por "conveniencia" de 490 pacientes tratadas en el Servicio de Sépticas del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario del Valle, donde se atienden pacientes con problemas inflamatorios pélvicos.

COEFICIENTE DE INCIDENCIA POR AÑO Y DIAGNÓS-TICO.-

		AÑOS						
DIAGNOSTICOS	1964	1965	1966	1967	TOTAL			
ABCESO PÉLVICO ANÉXITIS PIOSALPINX ABORTO SÉPTICO ENDOMETRITIS PELVIPERITONITIS TOTAL CASOS	84.7 22.7 10.8 106.3 87.0 12.7 324.2	76.9 18.1 14.0 101.7 75.8 22.6 309.3	46.0 12.9 10.4 101.1 59.2 25.8 255.5	43.8 8.2 4.6 121.6 64.9 25.2 268.6	42.7 10.6 6.9 71.3 48.1 14.4 1940			

CUADRO Nº 1

Como esta muestra se tomó por selección de las historias correspondientes a los años de 1964 hasta Agosto de 1967, y además las pacientes pertenecen a condiciones socioeconómicas bajas de la ciudad de Cali, no estamos autorizados por lo tanto a inferir conclusiones generales, ya que la muestra no es representativa del universo; pero sí podemos ver algunas tendencias respecto a ciertas características de la infección pélvica.

Por otra parte se tomó una muestra bacteriológica sobre 100 pacientes al azar. Esta muestra se tomó de cavidad endouterina con escobillón

estéril, previo lavado de periné, antisepsia local y colocación de espéculo. Se usó el medio de transporte de Stuart (38) y se siguieron los métodos de rutina en investigación bacteriológica. El tipo de antibiograma usado fue el de difusión o disco.

Incidencia

Es difícil dar una incidencia real de la infección pélvica, ya que en los últimos años la mayoría de las pacientes son tratadas en forma ambulatoria. Se hospitalizan solamente en la exacerbación aguda o para intervención quirúrgica y por lo tanto los

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL POR AÑOS DE ABOR-TOS.

DIAGNÓSTICOS		TOTAL			
DIAGNOSTICOS	1964	1965	1966	1967	TOTAL
TOTAL ABORTOS ABORTO SÉPTICO %	1988 276 13.9	1867 275 14.7	2126 290 13.6	1359 236 17.4	7340 1077 14.7

CUADRO Nº 2

PROPORCIÓN E INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS DISTRIBUCION
POST-PARTO Y CESAREAS.- DE EDAD DE

DIAGNOSTICOS (ENDOMETRITIS)	N ₂	%	INCIDEN-
POST-PARTO	53	89.8	108.2
CESAREA	6	10.2	12.2
TOTAL	59	100.0	

CUADRO Nº 2-A

datos solo pueden ser aproximados (31).

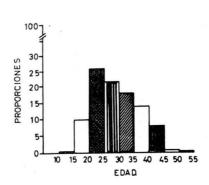
En los Cuadros 1 y 2, mostramos la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica, por años y diagnóstico, en los cuales se destaca que la mayor incidencia la ocupa el aborto séptico con el 71,3 por mil.

Etiología

Sabemos que en clínica tocoginecológica se distinguen tres tipos de infección: la tuberculosa, la gonocócica y la piógena (16).

En nuestro medio, según Amaya y colaboradores (5), la incidencia de

DISTRIBUCION PROPORCIONAL POR GRUPOS
DE EDAD DE 490 MUJERES

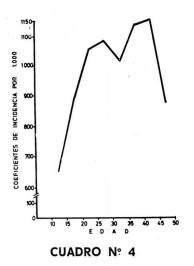


CUADRO Nº 3

tuberculosis genital es del 20% como causa de enfermedad inflamatoria pélvica. En este trabajo no incluímos el estudio de tuberculosis genital.

Las infecciones derivadas del aborto séptico son entre nosotros las más graves y frecuentes, siguiéndole en su orden las causas por partos mal atendidos en medios inapropiados y por personas poco idóneas. (Cuadro 2-A). No tenemos datos porcentuales de las infecciones que se reagudizan después de procedimientos especiales como histerosalpingografía (24), persuflaciones tubarias, curetajes, dispositivos intrauterinos, tactos sépticos, histerometrías, cauterizaciones,

PÉLVICA .-



incidencia por 1000 de edad por infección etc. Son poco frecuentes las secundarias a enfermedades infecciosas como la tifoidea (10), actinomicosis (25), etc.

Edad

Evaluando la edad con el tipo de diagnóstico, encontramos que entre los grupos de 20 a 35 años, el diagnóstico más frecuente fue el aborto séptico. (Cuadro 5).

Estado civil

Según el estado civil, encontramos que el número de abortos es más frecuente en las solteras, el 39,2%. (Cuadro 6). En la relación encontrada entre el estado civil y el número de embarazos, el mayor porcentaje correspondió a las casadas, un 40,4% (Cuadro 7).

RELACIÓN DE GRUPOS DE EDADES CON DIAGNÓSTICO-SE TUVO EN CUENTA EL Dx, MÁS IMPORTANTE.

	EDAD EN AÑOS									
DIAGNÓSTICOS	15	16 19	20 24	25 29	30 34	35 39	40 44	45 y +	TOTAL	
ABORTO SÉPTICO	1	16	52	54	35	30	13	1	202	
ABSESO PELVICO	-	14	35	27	29	30	14	4	153	
ENDOMETRITIS	-	11	23	14	12	7	4	1	72	
ANEXITIS	-	-	15	13	7	. 4	3	1	43	
PELVIPERITONITIS	-	-	5	4	1	4	3	-	17	
PERITONITIS	1	2	1	5	2	3	- 1	-	15	
SHOCK SÉPTICO		-	3	1	1	2	. 1	-	8	
AMNIONITIS	-	-	1	1	-	1=	-	-	2	
LINEGRANULOMA	-	-	_	-	1	-	-	-	1	
TOTAL POBLACIÓN	3	48	128	110	86	70	37	8	490	
TOTAL CASOS	2	43	135	119	88	80	39	7	513	
INCIDENCIA POR 1000	6667	895.8	10547	1081.8	1023.2	11428	1054.0	875.0	-	

CUADRO Nº 5

En el estudio de los casos el mayor porcentaje de infecciones pélvicas se encontró en los grupos de pacientes de 20 a 40 años de edad. (Cuadros 3 y 4).

Bacteriología

En infección pélvica la gama de gérmenes es considerable. En 100 pacientes tomadas al azar encontramos

DISTRIBUCION PROPORCIONAL Y PROMEDIOS DEL ESTADO
CIVIL POR EL NUMERO DE ABORTOS

NUMERO		E	STAD	O CI	/IL			
DE ABORTOS	SOL	CASA DAS			UNION LIBRE		TOTAL	%
1	70	74	4	-	49	7	204	41.7
2	20	23	3	-	14	2	62	12.7
3	12	6	1	-	7	2	28	5.7
4	5	2	1	-	1	-	9	1.8
5	2	3	-	-	2	-	7	1.4
6	-	1	-	-	-	-	1	0.2
7	-	3	-	-	-	-	3	0.6
9	-	-	-	-	1	-	1	0.2
10	-	-	-	-	1	-	1	0.2
19	-	1		-		-	1	0.2
SIN-DATO	83	45	5	- 1	31	9	173	35.3
TOTAL	192	158	14	-	106	20	490	-
•/•	39.2	322	29	-	21.6	41		100.0
x	1.6	1.8	-	-	1.7	-	1.8	-

CUADRO Nº 6

que el germen más frecuentemente aislado fue el estreptococo, en 31,4% de casos. La sensibilidad mayor correspondió a la estreptomicina, tetraciclina, penicilina y eritromicina en su orden. Le siguió en frecuencia la E. Coli con el 26,6% y una sensibilidad mayor a la colisticina, estreptomicina, cloranfenicol y kanamicina respectivamente. El estafilococo y Alkalígenes Faecalis, tuvieron una frecuencia de 9,6%; el Proteus R. se encontró en el 6%; Afnía 8,4%; Enterobacterias Tetrágena 3,6%; Cocos Gram Positivos 4,6%, (Cuadro 8).

La mayor incidencia por mil mujeres de tipo de germen aislado correspondió a la E. Coli. (Cuadro 9).

En 490 mujeres estudiadas la distribución proporcional de los gérmenes, según el grado de infección, correspondió a Estreptococo con 74,2%; la E. Coli y la Klebsiella estuvieron en mayor proporción para los grados II y III de infección. El Enterococo y el Estafilococo tuvieron la

DISTRIBUCION PROPORCIONAL DE EMBARAZOS POR ESTADO CIVIL

	EMBARAZOS							
ESTADO CI- VIL	Nacidos Vivos	Nacidos Muertos	Abor - tos	Ectopi- cos ce- sareas	Total Emb.	%		
SOLTERAS	528	5	176	10	719	31.6		
CASADAS	692	12	207	9	920	404		
VIUDAS	66	-	17	1	84	38		
UNION-LIBRE	303	5	131	14	453	19.9		
SIN - DATO	81	-	17	-	98	4.3		
TOTAL	1.670	22	548	34	2 274	-		
%	734	1.0	24.1	1.5	-	100.0		

CUADRO Nº 7

mayor incidencia para los grados IV y V. (Cuadro 10).

No siempre un germen fué aislado y encontramos que las asociaciones bacterianas más comunes fueron de E. Coli con enterococo, Klebsiella, estreptococo, estafilococo y salmonellas respectivamente.

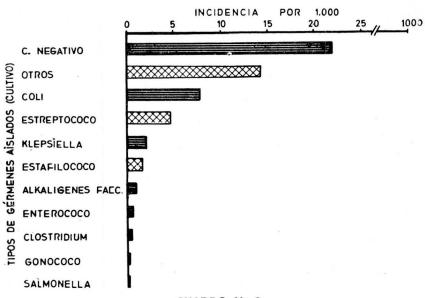
El clostridium con el bacilo piociánico, proteus, enterobacterias, estreptococo y klebsiella. (Cuadro 11).

DISTRIBUCION PROPORCIONAL DE ANTIBIOTICOS SEGUN SENSIBILIDAD A GERMENES

EN 100 MUJERES ANTIBIOTICOS (SENSIBILIDAD) COLISTICI-NA GERMENES TOTAL % ESTREPTOCO- 4 5 4 2 31.4 COLI 6 26.6 ESTAFILOCOCO 9.6 ALKALIGENES 96 FAECALIS 8 PROTEUS R. 1 5 60 HAFNIA TE-1 1 7 84 TRAGENA ENTEROBAC-3 3.6 TERIACEAS COCOS GRAN 1 4 POSITIVOS TOTAL 10 17 83 12.0 | 20.6 | 10.8 | 16.9 | 10.8 | 13.3

CUADRO Nº 8

- INCIDENCIA SEGÚN TIPO DE GERMEN AISLADO, X 1000-



CUADRO Nº 9

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DEL GRADO DE INFECCIÓN SEGÚN TIPO DE GERMEN POR NÚMERO DE PERSONAS EXPUESTAS-

GÉRMENE S	UTERO	ANEXOS	PELVIS	PERİTONITIS	SEPTICEMIA	DESCONOCIDO	TOTAL: PERSONAS
				%			
COLI	68.3	50.0	20.0	23,3	13.3	-	60
KLEBSIELA	62.2	48.6	18.9	18,9	13,5	2.7	37
ESTREPTOCOCO	74.2	29.0	9.7	9.7	-		31
ENTEROCOCOS	64.5	35:5	12.9	29.0	16,1	-	31
OTROS	82,6	21.7	8.7	4.3	4.3	-	23
ESTAFILOCOCO	63.1	42,1	15,8	26.3	21.0	5.3	19
PSEUDOMONAS	100,0	-	-	-	-	-	1
SALMONELLA	100,0	-	-	-	-	_	1
NEGATIVO	61.5	52.3	11.0	12.8	8.2	1.8	109
SIN DATO	50.2	75.3	7.0	4.0	2.2	3.1	227

CUADRO Nº 10

infección pélvica encuentra E. Coli Es de anotar que tuvimos el 24,4%

De Alvarez (16) en 111 casos de dium 1,83%, Pseudomonas 1,83%. 55,6%, Estafilococo 33%, Estreptocode cultivos negativos y que el gonoco 29,6%, Gonococo 21,3%, Clostricoco estuvo presente solo en el 5,4%.

Localización de la infección

Para el manejo de la infección pélvica hemos seguido la clasificación de Jones y colaboradores (19), la cual modificamos así:

- 1) Confinada a útero exclusivamente.
- 2) La que se extiende hasta parametrios y anexos.

- 3) El absceso pélvico.
- 4) Se extiende fuera de la pelvis comprometiendo la cavidad peritoneal (peritonitis).
 - 5) Complicaciones.

La frecuencia de la localización del proceso está en relación inversa al grado de infección. (Cuadro 13).

DISTRIBUCION PROPORCIONAL DE LAS ASOCIACIONES BACTERIANAS SEGUN TIPO DE GERMEN

		ASOCI	ACIONE	SBAC	TERIA	NAS				
GERMENES	ESTREPTOCOCO	ESTAFILOCOCO	ENTEROCOCO	1700	PSEUDOMONAS	KLEPSIELA	SALMONELLA	OTROS	TO- TAL	•/•
COLI	6	3	15	· -	-	9	1	-	34	61.9
CLOSTRIDIUM	1	-	-	-	-	1	-	3	5,	9.1
ENTEROCOCO	-	-	-	-	-	2		2	4	7.4
ESTROPTOCOCC	-	-	-	1	-	1,	-	1	3	54
ESTAFILOCOCO	-	-	2	-	-	1	- 1	-	3	54
N. GONORREA (OTROS)	-	2	1	-	-	-	-	-	3	54
KLEPSIELA	-	-	-	-	1	-	-	1	2	3-6
SALMONELLA	-	-	-	-	-	1	-	•	1	1.8
TOTAL	7	5	18	1	1	15	1	7	55	-
°/•	12.7	9.1	32.8	1.8	1.8	27.3	1.8	12,7	-	100.0

B PIOCIANICO PROTEUS. R. ENTEROBACTERIACEAS

CUADRO Nº 11

Encontramos que la infección disminuye en proporción con el aumento de las semanas de embarazo, siendo la proporción más alta entre las 6 y las 20 semanas en todas las localizaciones. Cuadros 14 y 15.

Diagnóstico

La anamnesis tiene vital importancia en el diagnóstico de infección pélvica, pero lamentablemente las pacientes ocultan frecuentemente la verdad al médico, sobre todo, cuando se refiere al aborto provocado.

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DEL GRADO DE INFEC-CIÓN POR SEMANAS DE EMBARAZO DE 223 MUJERES.

		GRADO I	DE INFE	cción.		
SEMANAS EMBARAZO	UTERO	ANEXOS	% PELVIPERITONIT.	PERITONITIS	SEPTICEMIA	TOTAL MUJERES
-	1000	4000			7	
<-6	100.0	100.0	-	-	-	2
6 - 11	91.9	47.8	11.0	8.8	11.8	136
12 - 17	89.1	43.7	7.8	6.2	94	64
18 - 24	66.7	50.0	-	16.7	-	6
25 - 40	86.7	26.7	-	6.7	6.7	15
TOTAL	201	10 2	20	18	23	223

CUADRO Nº 13

Los exámenes general y ginecológico nos dan una idea clara de la localización del proceso. Algunos síntomas y signos siguen marcando la pauta en la exploración de la enfermedad inflamatoria. Hemos encontrado que los más constantes son: dolor abdominal, fiebre, escalofrío y hemorragia vaginal, con una menor frecuencia de flujo y síntomas gastrointestinales. (Cuadro 16).

El criterio de diagnóstico de aborto séptico es variado. Algunos le dan la mayor importancia a la fiebre excluyendo todas las otras causas posibles de fiebre (32). Moritz R. y Thompson N. J. (30), consideran como infectadas:

- 1) Aquellas pacientes que tienen historia de maniobras abortivas aunque estén afebriles.
- 2) Las que tengan fiebre, flujo fétido, secreción sanguinolenta.

- Con signos y síntomas de peritonitis generalizada.
- 4) Leucograma mayor de 15.000 o leucopenia en algunos casos.

Otros autores agregan a los signos y síntomas, la confirmación bacteriológica (35).

En nuestra casuística observamos temperaturas por debajo de 37º C en el 8,5%, que en la mayoría corresponden a los casos de shock séptico, (Cuadro 17).

Son exámenes complementarios: tacto vaginal bajo anestesia, culdocentesis (9), exploraciones de cavidad endometrial, exámenes radiográficos, isótopos radioactivos, sonogramas (41).

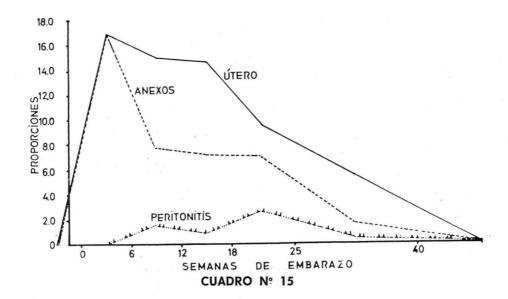
La eritrosedimentación parece que ha caído en desuso porque está supeditada a muchos errores y es solo una cruda aproximación (13). El leucograma en general parece que nos

DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE INFECCIÓN POR SE-MANAS DE EMBARAZO.-

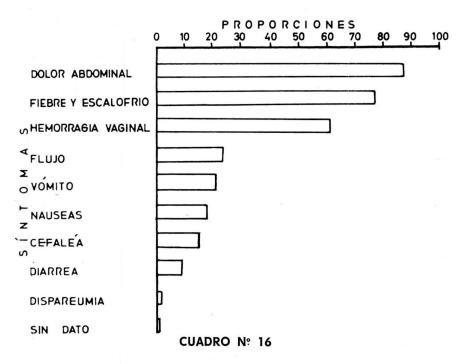
		GRADO	DE INF	ECCIÓN		
SEMANAS EMBARAZO	OIERO	ANEXOS	PELVIS	PERİTONİTİS	SEPTICEMIA	TOTAL MUJERES
< 6 6 - 11	2 125	2 65	-	12	-	2
12 - 17	57	28	15 5	4	16 6	136 64
18 - 24	4	3	-	1	-	6
25 y más	13	4	-	1	1	15
TOTAL	201	102	20	18	23	223

CUADRO Nº 14

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DEL GRADO DE INFEC-CIÓN POR SEMANAS DE EMBARAZO EN 223 MUJE RES:



DE ACUERDO A SÍNTOMAS PRESENTADOS.-



da un índice relativamente importante del grado de infección. (Cuadro 18).

Para algunos autores (32), el leucograma no serviría de guía segura en el control de la infección, pues se encuentra frecuentemente elevado tanto en las infecciones medianas como en las graves. Otros anotan que mientras la leucocitosis está presente a menudo, la leucopenia se nota en varios casos (31). El examen bacteriológico del material endocervical, endometrial, de colecciones purulentas y de piezas quirúrgicas; los cultivos de los mismos, los hemocultivos y los antibiogramas, son de vital im-

portancia para el diagnóstico preciso y por ende para establecer conducta en el tratamiento. Se debe tener presente que no debe esperarse una corelación absoluta de los resultados in vitro con la respuesta clínica (48).

Hemos encontrado en el estudio de los antibiogramas, que para el grupo de gérmenes aislados, la mayor sensibilidad correspondió a la estreptomicina, el cloranfenicol, la kanamicina y la colisticina respectivamente, (Cuadro 18-D).

El reconocimiento de la T.B.C. Genital aumenta a medida que se investiga más la enfermedad, para ello es importante tenerla en cuenta en el

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL E INCIDENCIA POR 1000 MUJERES, DE INFECCIONES POR TEMPERATURA-

		11	NFECCI	ONES						
TEMPERATURA +	ÚTERO	ANEXOS	PELVIS	PERITONITIS	SEPTICEMIA	SIN DATO	TOTAL	%	INCIDENCIA POR 1,000	
35	1	-	-	-	-		1	0.1	2.0	
36	24	23	3	4	3	3	60	8.5	1224	
37	104	101	11	10	7	3	236	33.5	481.6	
38	93	111	18	15	9	5	251	358	512.2	
39	52	43	12	12	7	-	126	17.9	257.1	
40	8	4	2	1	2	-	17	24	347	
SIN DATO	5	6	<u> -</u>	2	-	-	13	1.8	26.5	
TOTAL	287	288	46	44	28	11	704		-	
°/o	40.8	409	6.5	6.2	4.1	1,6	-		-	
INCIDENCIA	585.7	587.7	939	89.8	57.1	22.4	-	-	-	

⁺ GRADOS CENTÍGRADOS

CUADRO Nº 17

diagnóstico diferencial de enfermedad pélvica inflamatoria o como causa de infertilidad (34).

El dictamen de la gonococia se hace más fácil en la fase aguda de la enfermedad que en la crónica y el método más seguro es el cultivo. Blinick (7) encontró que el 87% de los extendidos es negativo. Pedowitz (31) cree que el gonococo es el agente biológico más común de los abscesos anexiales, pero éste, es raramente reconocido en los cultivos. A pesar de la severidad de la enfermedad un aran número de cultivos resultan estériles. En sus series el 31.4% de cultivos resultaron negativos y los organismos más comunes fueron las bacterias de invasión secundaria de los grupos estreptococo y coli.

Tratamiento

En cuanto a tratamiento se refiere, éste puede ser médico, quirúrgico o asociado. Siempre depende de las condiciones generales de la paciente,

de la localización de la infección, de la severidad de la misma, del tipo de virulencia del germen, de la sensibilidad a los antibióticos y de la respuesta a los tratamientos efectuados.

Como lo hemos expuesto en la introducción, se han definido dos tipos de tratamiento: el agresivo y el conservador. El primero es intervencionista y se apoya en que eliminado el foco séptico se previene la diseminación de la infección. El segundo se basa en el tratamiento médico para dominar el proceso inflamatorio agudo antes de intervenir quirúrgicamente a la paciente si fuera necesario.

La orientación del tratamiento se hace fundamentalmente de acuerdo con el grado de infección.

En el grado I, algunos preconizan tratamiento médico, hasta que la paciente esté afebril (30, 39, 46, 16, 36), para hacer el legrado uterino. Otros son partidarios del tratamiento agresivo (29, 8, 32) y manejan el aborto séptico con curetaje inmedia-

to seguido de terapia antibiótica, practicando la histerectomía en algunos casos.

Moritz y Thompson (30) dan dosis masivas de antibióticos por vía endovenosa así:

- a) Penicilina cristalina de 60 a 100 millones de unidades en 24 horas, según la severidad del proceso.
- b) Cloranfenicol 6 a 10 gramos en las 24 horas, según la gravedad.
- c) Estreptomicina 1 gramo cada 12 horas I.M.

Estas dosis pueden ser continuadas hasta que la paciente esté afebril. Para continuar con:

- a) Penicilina procaínica 1,2 millón de Unidades I.M. cada 12 horas.
- b) Cloranfenicol 500 miligramos cada 6 horas.
- c) Estreptomicina 0,5 gramos cada 12 horas I.M.

El tratamiento de infecciones producidas por ciertos micro-organismos como el Clotsridium Welchii requiere terapia especial. El primero que utilizó la penicilina en la gangrena gaseosa fué Golberg (22). Taylor (40) recomienda dosis altas de antibióticos y antitoxina polivalente. Russel P. (33) preconizó el tratamiento quirúrgico precoz, el que es generalmente aceptado (6, 43, 21, 47).

El problema en nuestro medio es que las pacientes ingresan a la consulta en un período avanzado de la enfermedad, lo cual hace mucho más difícil su manejo y el pronóstico es mucho más reservado.

En el grado II, se hace tratamiento médico y el quirúrgico de acuerdo con la evolución.

En el grado III, se inicia con tratamiento médico y se observan las indicaciones para intervención quirúrgica, las cuales dependen de la evolución. La terapia conservadora, según algunos autores (31), coloca a las pacientes en riesgo doble por el peligro de rupturas y por la necesidad de intervención quirúrgica por persistencia de masas pélvicas sintomáticas. Collins (9), en un informe sobre 174 casos de abscesos pélvicos de los cuales 161 respondieron al tratamiento médico, al final requirieron cirugía 113 por problemas residuales. Kaplan y colaboradores (1) dan las siguientes indicaciones para intervención quirúrgica de un absceso pélvico agudo:

- Falla de la respuesta al tratamiento médico.
 - 2) Diagnóstico dudoso.
 - 3) Ruptura.
- 4) Inminencia de ruptura intra-abdominal.
 - 5) Flebitis supurativa asociada.
- 6) Cuando pueda ser accesible para ser drenado extraperitonealmente por encima del ligamento de Poupart o a través de vagina.

Además dicen que: "aún después de haber mejorado la paciente con tratamiento médico usualmente continúa requiriendo repetidas admisiones por exacerbación de la infección".

En el grado IV, parece haber una uniformidad de criterios, ya que se considera como una urgencia quirúrgica. Vermeran y Te Llinde (42), redujeron del 90% al 12% la mortalidad cuando hicieron cirugía inmediata en ruptura intra-abdominal de abscesos pélvicos con tratamiento médico. Recomiendan el uso de sonda de Miller y Abbot y la intervención ele-

gida es la histerectomía subtotal con salpingectomía y drenaje. Burnett (14), aconseja la irrigación de cavidad peritoneal con antibióticos. Los mejores resultados del tratamiento de la peritonitis se obtienen cuando se interviene oportunamente la paciente (2, 31).

El uso de terapia antibiótica se combina con la antiflogística de ciertas drogas como la fenil-butazona y sus derivados, que tienen la propiedad de inhibir la flogosis, actuando sobre el tejido inflamado. Distinto de los salicilatos y sus derivados que actúan activando la corteza suprarrenal (37). La fenil-butazona ha sido utilizada en procesos anexiales por distintos autores (3), Fonnegra y Marin (18), han empleado la Indometacina con buenos resultados. Nosotros empleamos como anti-inflamatorio antipirético y antiflogístico, en infecciones grado II y III, la nicotinaminofenazona en 24 pacientes con buenos resultados.

Algunos autores consideran el empleo de enzimas proteolíticas como anti-inflamatorias, actuando por vía indirecta induciendo liberación de polipéptidos (27, 44).

Tratamos 50 pacientes, con aborto séptico así: con curetaje 46. Laparotomía y drenaje 2. Revisión digital de cavidad uterina 2. Administrándoles conjuntamente la asociación de quimiotripsina-tripsina 100.000 unidades, Armour (UNF) más tetraciclina 250 miligramos. De las 50 pacientes, solo un caso no respondió al tratamiento. Se aisló en el cultivo un germen resistente a todos los antibióticos ensayados en anitbiograma.

Se trataron 20 pacientes, con infección grado I administrándoles metaciclina con evolución satisfactoria. En 490 casos de infección pélvica tratados encontramos las siguientes proporciones:

Tratamiento médico y curetaje 309 casos, para un 63.1%.

Laparotomía y drenaje 90 casos, para un 18,4%.

Extirpación de anexos 68 casos, para un 13,9%.

Falk, 40 casos, para un 8,2%.

Colpotomía, 31 casos, para un 6,3%.

Histerectomía, 13 casos, para un 2,6%.

Excéresis de masa, 10 casos, para un 2%.

Otros 58 casos, para un 11,8%. (Cuadro 19).

La mayor proporción en los casos de abscesos tubo-ováricos correspondió a la extirpación de anexos. (Cuadro 20).

Complicaciones

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

Shock séptico, peritonitis, insuficiencia renal aguda.

Otras, (Cuadro 21).

Las complicaciones quirúrgicas en su orden fueron:

Perforación de vísceras, 5 casos, para un 0,8%.

Otras lesiones, 4 casos, para un 0,6%.

Sin complicación, 282 casos. (Cuadro 22).

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DEL GRADO DE-INFECCIÓN, SEGÚN LEUCOGRAMA DE 490 MUJERES.

			GRADO DE INFECCIÓN							
LEU	ICOGRAMA	UTERO	ANEXOS	PELVIS	PERITONITIS	SEPTICEMIA	SIN DATOS	TOTAL MUJERES	%	
SO					%					
LEUCOCITOS	< 10.000	69.3	46.9	4.8	7.8	4.8	0.6	166	33.9	
ĕ	10 a 20 000	54.8	65.3	12.1	7.1	3.7	1.2	239	48.8	
ž	20.000 y +	45.9	65.6	14.8	21.3	14.7	4.9	61	12.4	
=	SIN DATOS	54.2	58.3		4.2	8.3	16,7	24	4.9	
	%	58.6	58.8	9.4	9.0	5.7	2.2	490	100.0	

CUADRO Nº 18

DISTRIBUCION PROPORCIONAL DE ANTIBIOTICOS SEGUN SENSIBILIDAD DE. GERMENES EN 490 MUJERES

				IOTI C	05	(SENS	BILL	DAD		
GERMENES	PENICILINA	ESTREPTOMIC! NA	ERITROMICINA	COLISTICINA	CLOROMICETI-	TRETRACICLI- NA	KANAMICINA	SULFAS	TO- TAL	%
COLI	4	43	4	41	30	13	35	2	172	29.8
KLEPSIELLA	5	32	2	30	22	13	23	1	128	220
ENTEROCO CO	3	18	12	14	22	4	15	2	90	15.5
ESTAFILOCOCO	7	12	11	3	18	5	16	2	74	128
ESTREP TOCOCO	4	16	6	9	13	6	10	1	65	11.2
NEUMOCOCO	1	2	-	-	1	2	-	1	7	1.2
E. FREUNDI	-	2	-	2	2	-	-	-	6	1.0
ENTEROBACTERIA CEAS	42	-	-	3	1	1	1	-	6	1.0
CLOSTRIDIUM	2	3	1	-		-	-	1	6	1.0
PROTEUS	1	2	-	-	2		-	-	5	09
N. GONORREA	3	=	1	æ		-	-	-	4	0.7
ALKALINES F	-	-	1	1	1	-	1	-	4	0.7
PARA COLON	-	1	_	-	1	1	1		4	07
PSEUDOMONA		1		1			1		3	0
TOTAL	30	132	38	104	113	46	105	10	578	-
*/•	51	22.8	6.6	18.0	19.6	8.0	182	1.7	-	100

NEGATIVOS FUERON 66.0 (11.4%) SIN ANTIBIOGRAMA 30 (0.5%)

CUADRO Nº 18

De las complicaciones en la enfermedad inflamatoria pélvica, el shock séptico muestra una alta incidencia de mortalidad del 11 al 90% (12, DISTRIBUCION PROPORCIONAL SE-GUN TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	No. DE MU- JERES	%
LAPARATOMIA Y DRENAJE	90	18.4
EXTIRPACION DE ANEXOS OTROS	68 58	13.9 11.8
FALK	40	8.2
COLPOTOMIA	31	6.3
HISTERECTOMIA	13	2.6
EXERESIS DE MASA	10	2.0
TTO MEDICO Y CURETAJE	309	63.1

CUADRO Nº 19

15). Hemos hecho una evaluación de las distintas terapias. Adcock L. y Hakanson E. (2), dicen que algunos informes sobre el uso de aminas presoras no han sido favorables. El daño a órganos vitales por la vasocons-

tricción prolongada puede ser acelerado por drogas presoras. Se ha encontrado que estas drogas pueden potencializar el shock por aumento de la vasoconstricción, ya instalada por las endotoxinas. Noyes y asociados (26), en experimentos con ratones, encontraron protección con Clorpromazina y Fenoxibenzamina usando varias endotoxinas bacterianas. Estudios recientes en perros confirman estos hallazgos.

El cuadro clínico en los casos estudiados es similar al de la paciente en cualquier tipo de shock con algunas características importantes que comentaremos en seguida:

7.	0.02	7.51	77	6.48	-	0.001
JATOT	٤٤	50	Z	ıs	971	-
Y'F ALK ESTIRPACION DE MASA	7	ι	-	-	ε	2.0
HIS TER EC TOMIA	8	z	ı	-	11	SZ
ANBRO Y DIRENA	ı	7	. 1	n-	41	11.6
XOS Y FALK	6	1		4	41	11.6
FALK	6	Z	-	11	. 22	151
2 AIMOTO9 JOS	50	8	_	2	30	50'6
EXTIRPACIO DE ANE -	77	2	-	50	97	31.6
олів п'я в по Опів п'я в по	ABSCESOS TU BO OVARICOS	PELVIPERITO- NITIS ABSCE- SO PELVI CO	PERITONITIS	ABSCESO T BO-OVARICO ROTO	TOTAL	%
	200	아뉴호	v	94		- (
- ATART 30 ORIT		DIAID	SONS	001		I

QUIRURGICO POR DIAGNOSTICO

DISTRIBUCION PROPORCIONAL DEL TIPO DE TRATAMIENTO

CUADRO Nº 20

Gran palidez de piel y mucosas con sudor viscoso, cianosis e hipotermia.

Ruidos cardíacos muy disminuídos de intensidad, tono y timbre.

En ocasiones son casi inaudibles. Taquicardia con pulso filiforme, a veces ausente.

Las pacientes se conservan lúcidas.

En la mayoría de los casos hay acidosis metabólica.

Durante el período del shock el leucograma está dentro de límites normales o hay tendencia a la leucopenia (45, 4, 15).

Se trataron un total de 23 pacientes en shock séptico con la siguiente distribución:

13 casos con vasopresores y otros tipos de terapia.

10 casos con vasodilatadores (Clorpromazina).

En el primer grupo se presentaron 10 defunciones; en el segundo grupo no hubo mortalidad. (Cuadro 23).

El grupo de las 10 pacientes tratadas con vasodilatadores se hizo de Abril a Agosto de 1967. El diagnóstico primario incluía aborto séptico 6 casos, amniotitis severa 3 casos y endometritis 1 caso.

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE COMPLICACIONES MÉDICAS Y EL TRATAMIENTO

COMPLICACIONES	COLPOTOMIA	LAPARATOMIA	EXCÉRESIS DE MASA:-	EXTIRPACIÓN DE ANEXOS	HISTERECTOMIA	FALK	OTRAS	TRATAMIENTO MÉ. DICO-CURETA JES	TOTAL MUJERES
SHOCK	13,0	30,4	8.7	8.7	8.7	17.4	21.7	52.2	23
PERITONITIS	26.7	733	6.7	26.7	6.7	46.7	13.1	6.7	15
INSUFICIEN, RENAL	11.1	-	-	-	-	-	-	88,9	9
RUPTURA	20.0	80,0	-	20.0	-	400	200	-	5
OTROS	- ,	50.0	-	-	-	500	250	50.0	4

CUADRO Nº 21

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL Y COEFICIENTE DE INCIDENCIA, POR TRATA-MIENTO Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS.

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS	согротомія	LAPARATOMÍA	Excéresis.	HISTERECTOMÍA	FALK	EXTIRPACIÓN.	OTROS	CURETAJE Y TRATAM, MEDICO.	TOTAL	%	COEFICIENTE POR 1,000
PERFORACIÓN	-	2	-	-	2	1	-	-	5	0,8	10.2
FISURAS	- 	-	-	-	-	-	-	-	-	- 1	1 -1 1
OTRAS LESIONES		1	-	-	1	1	-	1	4	0,6	8.2
SIN COMPLICACIÓN	31	87	10	13	37	66	58	308	610	98.6	-
TOTAL	31	90	10	13	40	68	58	309	619	-	-
%	5.0	14.5	1.6	2.1	65	11.0	9.4	49.9	-	1000	-
COEFIC POR 1.000	633	177.6	20.4	26.5	81.6	138.8	1184	630.6	-		-

CUADRO Nº 22

Las presiones arteriales estaban de 0 a 50 mmHg. como presión arterial máxima en 7 casos; de 50 a 80 mmHg. en 3 casos.

El pulso oscilaba entre 100 y 160, la gran mayoría estaba por encima de 100 pulsaciones por minuto.

Todas las pacientes recibieron líquidos intravenosos según las necesidades (sangre, expansores plasmáticos y soluciones electrolíticas).

Las edades de las pacientes se encontraban entre 20 y 38 años; todas de raza mestiza. La paridad estaba entre 2 y 8. Los niveles de la hemoglobina estaban entre 5,8 gramos % y 13 gramos %. El hematocrito de 18 a 39%.

Las pacientes recibieron Clorpromazina por períodos hasta de 36 horas. La droga se administró así: 2 a 3 dosis iniciales a razón de 0.2 miligramos por kilo de peso con intervalo de 30 a 60 minutos y de acuerdo con la respuesta se colocó un goteo en solución de Ringer Lactato a una concentración de 4 a 6 miligramos por 100 cc.

El shock estuvo presente por períodos de pocas horas hasta 20 horas o más antes de iniciarse el tratamiento, por varias circunstancias. Somos enfáticos en afirmar que en ninguna de las pacientes se administró la Clorpromazina sin antes tener un volumen sanguíneo normal o aproximado a lo normal, factor que es primordial para la respuesta al tratamiento.

H. Laborit (20), dice: "es preciso no olvidar nunca que la vasodilatación provocada por un neuropléjico, como la Clorpromazina, debe evolucionar de manera estrictamente paralela al restablecimiento de la masa sanguínea, encontrándose así siempre el continente adaptado al contenido".

Las 10 pacientes respondieron favorablemente a la administración de Clorpromazina, algunas en forma rápida 4 a 6 horas, otras 20 a 26 horas después de haber iniciado la perfusión de la droga.

La mayoría de las pacientes tuvieron cultivos positivos de cavidad uterina y hemocultivos para gérmenes gram-negativos: en el 30% la Klepsiella Aerobacter.

Como complicaciones tuvimos una paciente con flebitis de la pierna izquierda. Otra paciente hizo una serie de complicaciones severas: embolias sépticas a pulmones, hígado y aparentemente cerebrales, insuficiencia cardíaca, hematemesis sin melenas, tromboflebitis y osteomielitis de la pierna izquierda con vasculitis severa que la llevó a la necrosis del soleo de las cuales se recuperó.

El uso de corticoides está en controversia (28). El exacto mecanismo de su acción no está claro. El nivel sanguíneo de esteroides en pacientes sépticas está elevado. Otros autores sostienen que los corticoides ejercen efectos antitóxicos, anti-inflamatorios, restablecen el tono vascular, bloquean los efectos simpaticomiméticos de la endotoxina y alivian la relativa insuficiencia adrenocortical para soporte de la paciente en stress.

Debido a los diferentes criterios del uso de los corticoides, en estos casos, dividimos las pacientes en dos grupos: al primero se le administró Dexametasona 32 miligramos por 24 horas. El segundo no recibió corticoides. No encontramos diferencias a ser tenidas en cuenta entre los dos grupos.

La terapéutica antibiótica suministrada fue de penicilina cristalina y cloranfenicol en grandes dosis. Heparina en las primeras 24 horas a razón de 5.000 unidades o sea 60 miligramos cada 6 horas. Oxígeno húmedo, Digitalización rápida, teniendo en cuenta que la acción de los digitálicos es interferida por la anoxia, la acidosis y las alteraciones del potasio, situaciones que deben corregirse antes (45).

ESTUDIO DE 23 CASOS DE SHOCK -SÉPTICO, TRATADAS CON VASODILATADO -RES, VASOPRESORES Y OTROS=

TRATAMIENTOS	CASOS	DEFUNCIONES
VASOPRESORES Y OTROS	13	10
VASODILATADORES	10	_
TOTAL	23	10

CUADRO Nº 23

Permanencia hospitalaria

El promedio de días de hospitalización de 467 pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica, fue de 10,4 días. Correspondió el menor número de días de permanencia en el servicio al aborto séptico, de 1 a 4 días, 126 casos de un total de 164 casos. El mayor número de días de hospitalización, a los abscesos tubo-ováricos; 5 a 20 días 117 casos de un total de

153 casos, 18 pacientes estuvieron hospitalizadas más de 30 días, (Cuadro 25).

La distribución proporcional de los días de hospitalización según el tipo de tratamiento se presenta en el Cuadro 26.

Mortalidad

El coeficiente de mortalidad por mil en los 4 años es de 8,2%. (Cuadro 27).

ESTUDIO DE 10 CASOS DE SHOCK SÉPTICO TRA- TADAS CON VASODILATADORES

EDADES	20 25	26 30	31 35	36 40	TOTAL	DISTRIBUCIÓN- PROPORCIONAL
Nº CASOS	4	3	2	1	10	POR EDAD
%	40.0	300	20.0	10.0	1000	FOR GUAD.

DIAGNÓSTICO	No	%	
ABORTO SEPTICO	6	60.0	DISTRIBUCIÓN -
AMNIONITIS	3	30.0	PROPORCIONAL-
ENDOMETRITIS	1	10.0	SCGÚN DIAGNÓSTICO
TOTAL	10	100.0	

PRES. ARTERIAL	0 50	51 80	TOTAL	DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL
Nº DE CASOS	7	3	10	SEGÚN PRESIÓN
%	700	300	1000	ARTERIAL INICIAL.

TIEMP	OS DE	LATEN	ICIA EN	HORAS		DISTRIBUCIÓN PRO-
1	6	11	16	21	TOTAL	PORCIONAL POR -
5	10	15	20	25	IOIAL	TIEMPO DE LATEN-
1	3	1	4	1	10	CIA DE LA RESPUES-
10.0	30.0	10.0	40.0	10.0	100.0	TA DEL TRATAMIENTO!

⁺ EN HORAS

CUADRO Nº 24

DISTRIBUCION PROPORCIONAL DE DIAS DE HOSPITALIZACION POR DIAGNOSTICO

		DIAS	DE HOS	PITAL	ZACIO	N			
DIAGNOSTICO	0-4	5-9	10 -1 4	15-19	20-24	25-29	30Y+	т	%
ABORTO SEPTICO	126	30	1	-	1	2	4	164	35.1
ABSCESOS TUBO - OVARICOS	5	. 52	49 5	16 6	8 2	5	18 5	153 64	32.8 13.7
ENDOMETRITIS	25	20	6		_	<u>'</u>	1	50	10.7
ANEXITIS	25	18		-	-	-	6	22	4.7
SHOCK SEPTICO	8	3	4	-	1	-			
PELVI PERITONITIS	1	2	-	-	2	1	5	11	24
AMNIONI TIS	2	-	-	1	-	-	-	3	0.6
TO TAL	192	125	65	23	14	9	39	467	_
%	41.1	26.8	13.9	4.9	3.0	1.9	8.4	_	100.0

X = DIAS HOSPITALIZACION 10.4 DIAS

DISTRIBUCION DE PROMEDIOS Y MEDIANAS DE DIAS DE HOS-PITALIZACION SEGUN TRATAMIENTO EN 490 MUJERES

TOATAMENTO	DIAS DE HO	SPITALIZAC.
TRATAMIENTO	PROMEDIOS	MEDIANAS
FALK	27.2	30.0
LAPARATOMIA Y DRENAJE	23.7	20.7
EXCERESIS DE MASA	20:0	13.7
HISTERECTOMIA	19.6	15.0
COLPOTOMIA	18.8	12.7
EXTIRPACIÓN DE ANEXOS	16.8	13.1
TOTAL PERSONAS	12.0	8.5
TRATAMIENTO MEDIÇO Y CURETAJE	8.1	6.2

CUADRO Nº 26

COEFICIENTE DE MORTALIDAD EN SALA DE SÉPTICAS H. U. V.

CASOS	AÑOS				TOTAL
	1964	1965	1966	1967	TOTAL
DEFUNCIONES EGRESOS COEF. x 1.000	17 2597 6.5	24 2703 8.9	21 2869 7.3	21 1940 10.8	83 10107 8.2

CUADRO Nº 27

Resumen

- I. Se hace una breve actualización de la infección pélvica.
- II. Se estudian 490 casos del Servicio de Sépticas del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario del Valle.
- III. La mayor incidencia de la enfermedad inflamatoria pélvica, estuvo en los grupos de 20 a 40 años de edad y el diagnóstico más frecuente fué el de aborto séptico, el cual se encontró en mayor proporción en mujeres solteras.
- IV. Se estudiaron 100 casos tomados al azar para investigación bacteriológica, y se encontró el estreptococo como germen más frecuentemente aislado en un 31,4%; la E. Coli en segundo lugar con un 26,6%. El estafilococo y Alkalígenes Fecaelis en 9,6% cada uno.
- V. La asociación bacteriana más frecuentemente hallada fue la E. Coli con otros microorganismos como el enterococo, klebsiella, estreptococo, estafilococo y salmonellas respectivamente.
- VI. La frecuencia de la infección en todas sus localizaciones se presentó en relación inversa a su grado. Disminuye con relación al aumento de las semanas de embarazo, siendo la frecuencia más alta entre las 6 y las 20 semanas.
- VII. La tendencia actual en el tratamiento de la infección pélvica, está basada en las dosis masivas de antibióticos.
- VIII. Se plantean los diferentes tipos de tratamiento, conservador y agresivo, en la enfermedad inflamatoria pélvica.
- IX. Se hace una evaluación de la terapia del shock séptico y se pre-

sentan 10 casos manejados con vasodilatadores (Clorpromazina).

X. El promedio de días de hospitalización por infección pélvica de todos los grados fue de 10.4 días, correspondiendo el menor número de días al grado I de infección pélvica, y el mayor al grado III de infección pélvica.

XI. El coeficiente de mortalidad para los 4 años estudiados sobre un total de 10.107 pacientes egresadas del servicio, fue de 8.2 por mil.

RECONOCIMIENTO

Damos los agradecimientos al doctor Pablo Medina, Jefe encargado del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, quien tuvo a su cargo la parte bacteriológica de los 100 casos tomados al azar en el trabajo. - Al señor Neuredín Ordóñez, de la Sección de Estadística del Departamento de Medicina Preventiva, de la Facultad de Medicina Cel Iniversidad del Valle, por su colaboración en la evaluación estadística de los datos

BIBLIOGRAFIA

- 1 ALAN, L.; KAPLAN, D. D.; JACOBS and EHRESMAN. Agresive magnagement of pelvis abscees. Am. J. Obst. and Gyn. 98: 482; 1967.
- 2 ADCOCK, L.; HAKANSON, E. Vascular collapse complicating septic abortion. Am. J. Obst. and Gyn. 96: 463; 1953.
- 3 AMOROCHO, C. JORGE. Nuevas anotaciones sobre el uso de la Fenil-butazona en las obstrucciones tubáricas. Rev. Col. de Obst. and Ginec. 512 Junio 1959.
- 4 ADCOCK, LEON, L.; NAKANSON, ERICK. Vascular collapse complicating septic abortion. Am. J. Obst. and Gyn. Vol. 79; 1966.
- 5 AMAYA, LEON, L.; FONNEGRA MIRAMON, A.; y VERGARA TAMARA. Aspectos quirúrgicos en el tratamiento de la TBC. Genital Femenina. Rev. Col. de Obst. y Ginec. 16: 217; 1965.
- 6 JOHN, T. BROWNE y colab. Clostridium perfrigens miometritis complicating cesarea section.

- 7 BLINICK, GEORGE. Gonorrheal disease in the female. Clinic. Obst. and Gyn. 2: 530; 1959.
- BOBROW, M. L.; and FREDMAN, S. Incomplete abortions. Am. J. Surg. 95: 938; 1959.
- 9 COLLINS, C. G.; and JANSEN, F. W. Treatment of pelvic abscess. Clinic. Obst. and Gyn. 2: 512; 1959.
- 10 CLOSE y TURNER. Salmonella suipestifer en el puerperio. Am. J. Obst. and Gyn. 63: 697; 1952.
- 11 CHAIN; FLOREY, H.; GARDNER y colab. Penicilina como agente quimioterápico. Lancet. 2: 226; 1940.
- 12 COLEMAN, B. D. Septic shock in pregnancy. Obst. and Gyn. 24: 895; 1964.
- 13 CARTWRIGHT, G. Diagnostic Laboratory hematology. Grune and Stratton. Pág. 52; 1963.
- 14 BURNETT, W. E. Treatment of peritonitis using peritoneal lavage. Am. Surg. 145: 675; 1957.
- 15 DENIS; CAVANIGH; ALLAN, G. W.; M'cLEOD. Septic shock in Obst. and Gynec. Am. J. Obst. and Gyn. 96: 913; 1960.
- 16 DE ALVAREZ, R. R.; and FIGGE, D. C. Antibiotic in pelvic inflamatory disease. Obst. and Gyn. 5: 765; 1955.
- 17 LILLEHEI, R. C.; and MacLEAN, L. D. Ann. Surg. 148: 513; 1958.
- 18 FONNEGRA, M. A.; MARIN, A. L. Tratamiento coadyuvante de la enfermedad pélvica aguda con indometacina. Rev. Col. de Obst. y Ginec. 16: 391; 1965.
- 19 JONES, W. N.; HOWE, E. H.; FRENCH, J. H. The role of antibiotic in the magnanement of incomplete abortion. Am. J. Obst. and Gyn. 67: 825; 1954.
- H. LABORIT. Le traitement des etats de choc la vie medicale noel. Número especial, pp. 80-90; 1953.
- 21 GODSICK, W. H.; HERMANN, H. L. and colab. Uterine gas gangrene, review with recent advances in therapy and report of three cases. Obst. Gynec. 3: 408; 1954.
- 22 GOLBERG, R. B. and KONIGSBERG, W. K. A case of clostridium welchii puerperal. Am. J. Obst. and Gyn. 1: 527; 1946.

- 23 LEONARDO, R. A. Historia de la ginecología. Salvat. 1.148.
- 24 HOLM-NIELSEN, P. Injuries caused by histerosalpingography. Acta Obst. Gynec. Scand. 26: 565; 1946.
- 25 PAALAMAN, R. S.; DOCKERTY, and MU-SEY. Actinomicosis de los ovarios y trompas. Am. J. Obst. and Gyn. 8: 419; 1949.
- 26 NOYES, H. E.; SANFORD, S. F.; and NEL-SON, R. M. Proc. Soc. Exper. Biolog. and Med. 92: 617; 1956.
- 27 MARIN, P.; E. COLL. L'Association alphachymotrypsine etc. trypsine en obstetrique et gynecologie. Presse. Med. 71: 1555; 1963.
- 28 M'cARTHUR, J. W. New england J. Med. 261; 461; 1959.
- 29 MUÑOZ DELGADO, S.; DE PAZMIN, J.; MORA, R.; CAICEDO PEREA, H. Tratamiento agresivo en el aborto séptico. Rev. Col. de Obst. y Gynec. 11: 488; 1960.
- 30 MORITZ, ROGER; THOMPSON, N. J. Septic abortion. Am. J. Obst. and Gyn. 95: 46; 1966.
- 31 PEDOWITZ, P.; BLOOMFIELD, R. Ruptured adnexal abscess with generalized peritonitis. Am. J. Obst. and Gyn. 86: 721; 1964.
- 32 KNAPP, R. C.; PLATT, M. A.; and DOU-GLAS, R. G. Septic abortion. Obst. and Gynec. 15: 344; 1960.
- 33 RUSSEL, P. B.; and BOACH, M. J. Welchii infections in pregnancy. Am. J. Obst. Gynec. 38: 437; 1939.
- 34 SCHAEFER, GEORGE. Diagnosis and treatment of female genital tuberculosis. Clinic. Obst. and Gynec. 2: 530; 1959.
- 35 RAMSAY, A. M.; BROWN, E. H.; and HANNER, S. M. Investigation and treatment of septic abortion. Brit. M. J. 2: 1239; 1955.
- 36 SANTAMARIA PAEZ, L. E. Aborto séptico y maniobras abortivas. Rev. Col. de Obst. y Ginec. 17: 727; 1966.
- 37 Symposium inflamación. Madrid, 1962.
- 38 STUART, R. D.; JEWETT, G. I.; and REID, D. E. Am. J. Obst. and Gyn. 78: 546; 1959.

180 ARISTARCO RODRIGUEZ y cols.

- 39 MOLUMPHY, P. E.; GOODNO, J. A.; CUSHNER. Am. J. Obst. and Gyn. 85: 16; 1963.
- 40 TAYLOR, J. W. Am. J. Surg. 87: 869; 1954.
- 41 THOMPSON, H. E.; HOLMES, J. H. Ultrasound as a diagnostic aid in diseases of the pelvis. Am. J. Obst. and Gyn. 98: 472; 1967.
- 42 VERMEREN J.; and TE. LINDE, R. W. Intra-abdominal rupture of pelvic absceses. Am. J. Obst. and Gyn. 68: 402; 1954.
- 43 WINSHEL, A. W.; NELSON, J. H.; and ABERT. Puerperal gas gangrene. Obst. and Gynec. 9: 481; 1957.
 - 44 REICH. W. J. Pelvic inflamatory disease chymotrypsine therapy. Am. Prog. Diag. Inst. 19: 45; 1960.
 - 45 VELASCO, C. A. Shock. Rev. Col. Obst. y Ginec. 17: 5; 1966.

- 46 NEUWIRTH, R. S.; and FRIEDMAN, E. A. Septic abortion. Am. J. Obst. and Gyn. 81: 24; 1963.
- 47 KADNER, M. L.; and ANDERSON, G. V. Septic abortion with hemoglobinuria and renal insufficiency with special reference to clostridium welchii-infection. Obst. Gynec. 21: 86; 1963.
- 48 JAUTZ, E.; y colab. A laboratory tet for bacterial sensitivity to combinations of antibiotics. Am. J. Clin. Path. 25: 1016; 1955.
- 49 KADNER, M. L.; ANDERSON, G. Obst. and Gynec. 21: 86; 1963.
- 50 PLATT, M. A.; BONSNES, R. W. and RU-BIN. Obst. and Gynec. 14: 482; 1959.
- 51 VISSCHER, M. Postgraduate medicine. 23: 545-549; 1958.
- 52 WEIL. Am. Int. Med. 4: 60-384; 1964.
- 53 ADAMS, R. H. P. Bacterial shock. Obst. and Gynec. 16: 387; 1960.