

INFECCION PELVICA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

*Dr. Hernando Amaya-León**

RESUMEN

El Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia pone a consideración una serie de aspectos relacionados con la infección pélvica en Bogotá.

En la Unidad Ginecológica luego de haber presentado una reseña en 1965 sobre una estadística al respecto sobre 50 años de revisión, se hizo un estudio correlativo clínico-bacteriológico en 55 pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria. Se tomaron varios especímenes, vaginales, cervicales y endometriales, los que fueron procesados en diferentes medios de cultivo.

El 92.7% de los casos mostraron cultivos positivos; y de ellos el 92.1% demostró uno o varios patógenos. De éstos, en 42.5% se halló un solo germen, en 29.7% dos, con tres el 21.2%, en cuatro el 4.2% y con cinco el 2.1%.

Los gérmenes más frecuentes fueron los gram negativos; entre éstos, primó la *E. Coli*, y luego *E. Intermedium*, *Paracoli*, *Proteus*, *E. Freundii*, etc. Entre los gram positivos, el *Enterococo* ocupó el primer lugar, y luego *Streptococo viridans* beta hemolítico y *estafilococo coagulasa* positiva; la *neisseria gonorrhoeae* se

aisló en solo tres casos: 6.3%. La *Cándida albicans* no tuvo importancia significativa.

Los tratamientos médicos se hicieron selectivamente con la Penicilina, sola o asociada a estreptomycin, clo-ranfenicol y antiflogísticos de tipo fenilbutazona.

Entre el 20-25% de los casos necesitaron terapia quirúrgica.

Los resultados fueron satisfactorios. Cuatro casos murieron (7.1%) a pesar de tratamientos intensivos, por septicemias de notable gravedad.

En el capítulo de Ruptura prematura de membranas, se denomina como tal la ruptura de membranas antes de la iniciación del trabajo del parto.

Este trabajo se prospectó para valorar sistemas de tratamiento.

El plan activo o A consistente en la práctica de inducción del parto o de cesárea, si se considera indicada, si el parto no se inicia espontáneamente en el curso de las primeras 24 horas del accidente. El Plan Expectante o B, dejando a la paciente en reposo absoluto, sin practicar nin-

* Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

guna maniobra, aún proscribiendo tactos, a menos que se evidencien signos de infección.

El grupo de pacientes ingresadas en trabajo de parto, no se someten a conducta especial fuera de las normativas generales del Departamento, y se denominan plan C.

En la investigación se practicaron exámenes bacteriológicos múltiples, analizados en la parte II del trabajo, y patológicos de placenta y fetos muertos.

No se usaron antibióticos profilácticos por considerarse medida inútil, y aún contraproducente. En casos de infección evidente se prescribió penicilina en dosis intensivas, asociada a estreptomocina o kanamicina; en otros casos se asoció con tetraciclinas.

Se estudiaron 226 pacientes. Autopsia se practicó a 18 niños.

En 71 placentas se hizo estudio histopatológico y bacteriológico.

Entre los datos clínicos se destaca:

El 58.4% de los casos el parto se inició antes de 48 horas. Solo un 3.4% prolongó el período latente después de 8 días y en éstos la mortalidad fetal es muy alta.

La distocia es muy frecuente en relación a grupos controles, y el porcentaje de intervención cesárea es altamente significativo: 19.2% en el plan activo, 14.4% en el caso de mujeres ingresadas en trabajo de parto normal y alcanza el 38.5% en el plan Expectante.

El Departamento es muy partidario en estos casos de la cesárea extraperitoneal; 18 de 45 intervenciones con muy buenos resultados.

La infección ovular es muy alta en casos de ruptura prematura de membranas; en relación a los grupos de investigación los porcentajes son:

A = 59%.
B = 70.2%.
C = 62.5%.

En cuanto a severidad, se anotó mayor en los grupos B y C.

55 de 71 placentas estudiadas demostraron coincidencia de infección.

La mortalidad perinatal es notoriamente alta. En relación a los grupos en estudio, y en forma global fue así:

A = 9.5%.
B = 20%.
C = 19.7%.

En el trabajo se investigó la microbiología y la patología de estos fetos muertos.

Como conclusión lógica se adoptó continuar el tratamiento activo en casos de ruptura prematura de membranas, sin tener en cuenta edad de embarazo, ni las condiciones materno-fetales.

Se estudiaron 109 pacientes desde el punto de vista bacteriológico; y se procesaron de 1 a 6 muestras de cada caso, incluyendo líquido amniótico recolectado por vía abdominal, y datos provenientes del recién nacido. También se procesaron vísceras de los productos muertos.

Los cultivos se hicieron por separado para bacterias aerobias, anaerobias y hongos.

En total se realizaron 1.620 cultivos de 540 muestras recolectadas.

74.6% de los gérmenes hallados correspondieron a bacilos gram negativos, predominando la *Escherichia coli*, la *E. Intermedium* y el *Paraco-*

li, que cubrieron el 60% de este grupo. En el 14.9% los hallazgos se relacionaron a cocos gram positivos, y en orden de frecuencia se identificó al *Enterococo*, *Estreptococo viridans* y *Estafilococo coagulasa positiva*. En el 10.5% se encontró combinación de gérmenes de los dos campos y algunos casos de anaerobios (*Estreptococo* 2.7%, *Clostridium* 0.5%) y *Cándidas* (3.8%).

En un 75.3% se encontró íntima correlación de las bacterias aisladas de distintos especímenes.

La interrelación clínico-bacteriológica se aceptó en el 67%; la mayor causa de error parece corresponder a contaminaciones de las muestras en su recolección.

La correlación bacterio-patológica ascendió al 73.1%; la diferencia también tendría igual explicación que en la anterior.

La relación clínico-patológica fue del 76.1%; el error mayor parece ser el de diagnósticos clínicos no evidenciables en afecciones mínimas.

Los casos de mayor gravedad correspondieron a la presencia de anaerobios.

En el Instituto Materno Infantil en donde funciona la Unidad Obstétrica de nuestro Departamento, la sepsis es la primera causa de mortalidad; y es el aborto primordialmente el provocado, el agente ocasional preponderante en la sepsis.

Antes de entrar en materia, se hace una reseña actualizada de los conceptos de infección en general, gnotobiótica, infección atenuada, genética microbiana y antimicrobianos.

La investigación se refiere a 665 pacientes tratadas en el Servicio de Sepsis del I.M.I. durante 15 meses.

Como sistema de clasificación el Departamento acoge el criterio hoy en boga, modificado por Santamaría, de 4 estados sépticos.

En el I, infecciones localizadas a la cavidad uterina, se enfría el proceso con Penicilina o Rifamicina, y se efectúa raspado uterino.

En el II, infecciones que llegan a los anexos y estructuras peri-uterinas, se tratan con Penicilina o Rifamicina, asociadas a los antiflogísticos, durante 1-2 semanas; ante la persistencia clínica, se procede a eliminación quirúrgica de los focos.

En el III, peritonitis y pelvipertonitis, se consideran urgencia operatoria, previa cuidadosa y adecuada preparación.

En el IV, septicemia, shock bacteriémico, etc., las medidas se encaminan a buscar el mejor balance posible de estos organismos seriamente comprometidos, y de ser posible practicar histerectomía en los casos que lo permitan.

Se han hecho estudios relacionando el aborto con edad, paridad, maniobras empleadas y su número, edad de la gestación. Se destacan niñas menores de 15 años ya comprometidas en abortos criminales, y un grupo de 43 mujeres no embarazadas de las que 18 llegaron a estados III y IV, con muerte en varias de ellas.

En 62% de casos estado II y en 83% de III y IV, hubo evidencia de maniobras abortivas; estas cifras corresponden a las enfermas que confesaron el delito, que fueron el 67.2%; pero una encuesta practicada por otro sistema en el mismo Instituto hace subir esta proporción al 83%, con lo cual las cifras antes enunciadas deben ser muy superiores.

Los estudios bacteriológicos mostraron predominio de *E. Coli*, 57.8% seguido de estafilococo 24.4%; y en menor escala *Streptococos*, *Proteus*, *Neisseria* (1.4%), *Clostridium Welchii* (0.7%), etc.; en este grupo la *Cándida* tampoco tuvo importancia significativa. Se anota que la presencia del *Estaphilococo aureus*, el *Streptococo* y el *Clostridium* imprimen a estos casos una terrible gravedad y su hallazgo en mujeres autopsiadas es muy alto.

Se tabularon los datos de química sanguínea considerados más importantes; siguen las constantes normales en los estados I y II, pero hay variaciones importantes de algunas sustancias en los III y IV, azohemia, uricemia y creatinina, en un 13% y 37.3% respectivamente.

El hemograma sufre alteraciones en todos los estados, sin carácter de especificidad; tan solo se objetiva que linfocitosis con neutropenia es casi siempre signo de muy mal pronóstico.

La amplia experiencia de los docentes encargados del servicio de Sépticas ha permitido adoptar un cierto esquema de manejo clínico, orientado al diagnóstico precoz de las complicaciones y a la valoración de los métodos terapéuticos, médicos y/o quirúrgicos.

Las complicaciones renales, hepáticas y pulmonares son siempre muy graves y de pronóstico sombrío; si se asocian, son catastróficas; de 11 pacientes con compromiso hepatorenal 10 murieron; 9 de 20 con neumonitis también fallecieron a pesar de todos los esfuerzos imaginables.

En el capítulo de terapéutica se ponen de presente las variaciones de dosis y drogas en el manejo de cada estado clínico, según el esquema ex-

puesto. Los antibióticos, usados en grandes dosis, han sido muy bien tolerados en general, en especial la penicilina y la rifamicina. La respuesta fue ampliamente satisfactoria para los estados I y II. En los III y IV, asociados con frecuencia a intervenciones quirúrgicas complejas, los índices de morbilidad grave y mortalidad son altos.

En las 665 pacientes se efectuaron:

628 raspados uterinos.

91 operaciones de drenaje y terapia peritoneal.

66 intervenciones mutilantes.

Las complicaciones post-operatorias son múltiples, como corresponde a los procesos sépticos; comparando con estadísticas pasadas, su incidencia ha descendido, sin duda por la mejor experiencia adquirida por el personal dedicado a su manejo. Neumonitis, hepatitis^a insuficiencias renal y cardíaca siguen siendo complicaciones terribles.

En relación a mortalidad, hubo 30 en el grupo estudiado, o sea 4,5% que comparado con la mortalidad hospitalaria del I.M.I., 0,27%, significa una cifra 15 veces mayor; esto no necesita comentario. En cuanto a mortalidad por estados, se anota:

I = 0%. II = 1%. III = 13.5%.
IV = 39.5%.

Cifras muy altas, pero que son sensiblemente optimistas en relación a épocas anteriores. Se analizaron 27 autopsias y se reliva la importancia de la patología renal, pulmonar y abdominal.

En cuanto a relaciones socio-culturales, económicas, etc. del aborto criminal, la investigación resalta hechos de trascendental importancia.

Las solteras inician sus abortos con alta frecuencia antes de los 20 años; en cambio las casadas lo hacen en época de plena actividad sexual y cuando sus gestaciones son múltiples: 25-30 años. Para la primigestante entre nosotros existe el aforismo de que "todo aborto es provocado mientras no se pruebe lo contrario". En general las curvas de frecuencia y número de abortos muestran diferencia en solteras y casadas.

Existe una amplia gama de personal de abortadoras, primando en este grupo el de profesionales del delito y el de llamadas enfermeras; sin embargo hay un porcentaje no despreciable de médicos, 4%. Por razones obvias, éstos ocupan posición distinta en las clases socio-económicas superiores. Las sumas de dinero percibidas por este personal delictivo dan el índice de la miseria moral y pecuniaria de consultantes y abortadores.

Los métodos seguidos no desentonan del personal que practica abortos, siendo la casi totalidad de éstos provocados con sondas, mal desinfectadas, y sin guantes esterilizados; no sabiendo usar espéculum vaginales, el método no puede ser más agresivo y peligroso. Los cuartuchos, de la paciente o la abortadora, suelen ser los sitios escogidos para ejecutar las maniobras.

La motivación para el aborto parece ser múltiple; acá las encuestas pueden ser interpretadas en varias formas, según la mira del observador. Sin embargo, tanto en casadas como en solteras el motivo principal es el económico, 28%; el tener muchos hijos le sigue con 7.9% siendo razonado más por casadas que por solteras; el marido o compañero de la paciente está directa o indirectamente inculpaado en el acto abortivo en otro 48%. El simple temor

al embarazo lleva al 7%. Es decir, que la miseria, la incultura y la ignorancia son la tríada real de esta motivación.

Los anticonceptivos son totalmente ignorados por estas mujeres en el 78% de los casos; un 10% han usado alguna vez algún procedimiento sin vigilancia ni continuidad. Es un hecho evidente, que el único sistema conocido y usado por las mujeres de este grupo para planificar su familia es el aborto.

Se termina con la presencia de datos obtenidos por las religiosas del I.M.I., y que son de una veracidad inobjetable y de significado extraordinario por cuanto estas pacientes encuentran en las religiosas una persona confiable y una representación maternal a quien contar sus problemas:

28.391 pacientes egresadas en 1966:

66% son solteras

20% son abortos

83% de los abortos son provocados

3.204 son menores de 15 años

65 casos de incestos.

El 65% de estas mujeres confesaron y comulgaron en su estadía en el Hospital.

RECOMENDACIONES

Los datos y cifras presentados en estos trabajos hablan por sí solos.

Se hacen necesario soluciones drásticas para tratar de corregir estas anomalías.

Las fuerzas vivas del país deben trabajar en conjunto y con armonía para lograr buenos resultados.

En el momento de terminar este trabajo, el Gobierno Nacional estudia

y elabora una legislación rigurosa sobre paternidad responsable. Es nuestro deber darle apoyo; y trabajos como el de esta investigación son un excelente aporte en la presentación de motivos.

El problema es muy complejo; factores de todo orden influyen en él: socio-económicos, educativos, judiciales, religiosos, etc. etc.; por tanto las soluciones no pueden ser unilaterales sino considerando el conjunto.

Desde el punto de vista demográfico, estamos convencidos que el problema no radica únicamente en escoger determinado anticonceptivo; en este concepto se involucra un grave error que deforma la buena orientación de una campaña de planificación familiar.

Primordialmente el plan tiene que ser educativo: ya vimos como la ignorancia, la miseria y la incultura constituyen el trípode que sostiene el error; y es allí hacia donde debemos dirigir nuestros objetivos como meta de solución.

Cuando en un conglomerado humano de enorme significación social como el que presentamos en nuestros trabajos, el 66% de las madres son solteras y los padres de esas criaturas son en su mayoría unos irresponsables, no podemos extrañarnos que ellas adopten el aborto criminal como su única solución; si a ello se agrega una miseria económica de tan agudos caracteres, los resultados no pueden ser otros que la depravación moral y en muchos casos, la muerte.

Un hecho evidente que surge de nuestra investigación, es que en este grupo de mujeres no existe el freno que se suponía impone la religión; aún en este aspecto, tienen conceptos gravemente deformados que les hacen considerar el aborto como me-

da lógica y aceptable sin oposición a las prácticas rutinarias de sus ideas como cristianas.

Factor trascendental de capital importancia es la inoperancia de nuestros sistemas judiciales en la investigación y aplicación de la ley a los inculpados de aborto; aunque sabemos que las medidas de castigo no son resolutivas del problema, si es fácil comprender que la impunidad impulsa a practicar o propiciar el delito; así, hoy tenemos comprobado que en ciertos barrios bogotanos hay pocas manzanas que no cuentan con una abortadora profesional, por lo menos.

Hasta el momento, el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional no ha abocado en forma el problema de Planificación Familiar; como universitarios estábamos en etapa de investigación: clínica en el Hospital, hormonal en la valoración de anovulatorios, operativa en algunos centros rurales y sub-urbanos en combinación con el Departamento de Medicina Preventiva y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, educativa como vectores de comunicación e instrucción de cursos de adiestramiento a personal médico y paramédico. Hoy consideramos cumplida en gran parte esta labor investigativa y estamos listos a iniciar un vasto programa operacional.

Pero, repito, esto no puede ni debe estar condicionado a la escogencia de anticonceptivos; que de paso lo sabemos, no existe el ideal, capaz de cumplir su cometido sin problemas de orden médico, económico o religioso. Claro está que en nuestra campaña tendremos que usar y aconsejar los sistemas de que hoy disponemos, de acuerdo con el deseo, con-

veniencia y conciencia de las interesadas; pero esto es apenas parte de la metodología de trabajo; es terapéutica sustitutiva, porque la causal y etiológica tiene que ir orientada a corregir todos los factores económicos, educativos, religiosos, judiciales, etc. de que hoy adolecemos gravemente.

La recomendación final no es otra que un llamamiento urgente a todos

los organismos sanos del país, legisladores, jueces, médicos, educadores en todos los niveles, religiosos laicos y seculares, economistas, sociólogos, enfermeras, voluntarias y trabajadoras sociales, psicólogos, en fin todos los dotados de algún grado importante de cultura, a unirnos para planear y trabajar juntos y resolver el más grave de los problemas que afronta nuestro país.