

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIÉRREZ**

**SEXUALIDAD HUMANA
SEGUNDA UNIDAD**

**TEMA:
INFECCIONES GINECOLOGICAS**

**DOCENTE:
DR. Ricardo Acuña Del Saz**

**ALUMNO:
Ángel Gerardo Valdez Cuxim**

**MEDICINA HUMANA
TERCER SEMESTRE**

INFECCIONES GINECOLOGICAS

FLORA VAGINAL NORMAL

La flora vaginal de una mujer sana, asintomática y en edad fértil comprende diversos microorganismos aerobios, aerobios facultativos y anaerobios obligados. De éstos, los anaerobios predominan sobre los aerobios en relación aproximada de 10 a 1. Aún se desconoce la función y la razón de la colonización bacteriana de la vagina. Existen bacterias en una relación simbiótica con el hospedador y esta relación es modificable, según el microambiente. Estos microorganismos se ubican en los sitios que satisfacen sus necesidades para la supervivencia y son excluidos de la capacidad destructora para impedir infecciones del hospedador.

PH VAGINAL

El pH vaginal típico varía entre 4 y 4.5. Aunque no se sabe con precisión, se cree que es resultado de la producción de ácido láctico, ácidos grasos y otros ácidos orgánicos por especies de Lactobacillus. Además, la fermentación de aminoácidos de las bacterias anaerobias tiene como resultado la producción de ácidos orgánicos, al igual que el catabolismo bacteriano de proteínas. El glucógeno contenido en la mucosa vaginal sana proporciona nutrientes para muchas bacterias en el ecosistema vaginal.

CAMBIOS EN LA FLORA

Los cambios en los elementos de esta ecología modifican la prevalencia de diversas bacterias. Por ejemplo, en las mujeres posmenopáusicas que no reciben estrógenos y en las niñas jóvenes, la prevalencia de especies de Lactobacillus es menor que en las mujeres en edad fértil.

El ciclo menstrual también modifica la flora normal. Se observan cambios transitorios, principalmente durante la primera parte del ciclo menstrual, que supuestamente son secundarios a los cambios hormonales.

VAGINOSIS BACTERIANA

Este síndrome clínico frecuente y complejo refleja la presencia de flora vaginal anormal y se conoce poco. Ha recibido diversos nombres como vaginitis por Haemophilus, por Corynebacterium, por anaerobios o por Gardnerella y vaginitis

inespecífica. Por razones desconocidas, la relación simbiótica de la flora vaginal cambia y aparece un crecimiento excesivo de bacterias anaerobias como *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mobiluncus*, *Mycoplasma hominis* y *Prevotella*. Además, la vaginosis bacteriana se acompaña de reducción considerable o ausencia de *Lactobacillus* que producen peróxido de hidrógeno.

FACTORES DE RIESGO

Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) no consideran que este trastorno sea una enfermedad de transmisión sexual (STD), puesto que se observa en mujeres que no han tenido relaciones sexuales con anterioridad. Sin embargo, muchos de los factores de riesgo se relacionan con la actividad sexual y en las mujeres que padecen esta enfermedad se ha observado un mayor riesgo de adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual.

DIAGNOSTICO

Algunos autores han publicado que la vaginosis bacteriana es la causa más común de síntomas vaginales en las consultas. De los síntomas, el más característico es una secreción transvaginal fétida no irritante, que no siempre aparece. La vagina no suele encontrarse eritematosa y el examen del cuello uterino no revela anomalías.

TRATAMIENTO

En el año 2006 el grupo de trabajo sobre vaginosis bacteriana de los Centers for Disease Control and Prevention propusieron tres esquemas terapéuticos para mujeres no embarazadas (cuadro 3-3). El índice de curación con estos esquemas varía de 80 a 90% en una semana, pero en los siguientes tres meses, 30% de las mujeres habrá experimentado alguna recurrencia o alteración de la flora.

ANTIBIOTICOS

En la ginecología, los antibióticos se utilizan con frecuencia para restablecer la alteración de la flora o tratar diversas infecciones. El antibiótico ideal es aquél que exhibe una buena biodisponibilidad con su administración por vía oral o parenteral, que actúa rápidamente erradicando diversas bacterias aerobias y anaerobias, que no induce resistencia bacteriana, que no tiene efectos adversos, no provoca

sensibilización, que sea barato y de fácil producción. Este antibiótico no existe pero hay muchos antibióticos para el tratamiento de las infecciones ginecológicas.

PENICILINAS

La base de todas las penicilinas es un anillo de tiazolidina al que se adhiere un anillo lactámico β y una cadena lateral. El núcleo lactámico β confiere actividad antibacteriana, principalmente contra bacterias aerobias grampositivas.

CEFALOSPORINAS

Las cefalosporinas también son antibióticos lactámicos β semisintéticos que se derivan de un compuesto producido por el hongo *Cephalosporium acremonium*. Las sustituciones en los sitios R1 o R2 del núcleo de las cefalosporinas modifica de manera considerable el espectro de actividad, potencia, efectos adversos y vida media de estos antibióticos

MICROORGANISMOS PATOGENOS QUE CAUSAN ULCERAS GENITALES

El término úlcera define a la pérdida completa del recubrimiento epidérmico con invasión en la dermis subyacente, mientras que erosión describe una pérdida parcial de la epidermis sin penetración en la dermis. Éstas se distinguen por medio de la exploración física. La biopsia no suele ser útil, pero se puede tomar del borde de una lesión nueva. Es importante señalar que la biopsia es obligada cuando se sospecha de un carcinoma

INFECCIONES POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE

El herpes genital es la enfermedad ulcerosa genital más frecuente y es una infección vírica crónica. El virus penetra en las terminaciones nerviosas sensitivas y se transporta por vía axonal retrógrada hasta el ganglio de la raíz dorsal, donde permanece latente por el resto de la vida. La reactivación espontánea por diversas causas provoca el transporte anterógrado de las partículas/proteínas víricas hasta la superficie. Aquí se disemina el virus, con o sin formación de lesiones. Se supone que ciertos mecanismos inmunitarios regulan la latencia y la reactivación.

Existen dos tipos de virus del herpes simple, HSV-1 y HSV2. El HSV-1 es la causa más frecuente de las lesiones orales. El HSV-2 es más típico de las lesiones genitales, aunque ambos pueden causar herpes genital.

Las lesiones vesiculares iniciales se acompañan de dolor urente e intenso y síntomas urinarios como polaquiuria, disuria o ambas, cuando las lesiones se encuentran en la vulva. El virus infecta a las células epidérmicas viables y su respuesta consiste en eritema y formación de pápulas. Cuando las células mueren y la pared celular se desintegra, aparecen flictenas.

DIAGNOSTICO:

El método ideal para el diagnóstico de infección herpética es el cultivo de tejidos. Su especificidad es elevada pero la sensibilidad reducida y disminuye más conforme las lesiones cicatrizan. En un caso recurrente, menos de 50% de los cultivos son positivos. La reacción en cadena de polimerasa (PCR) es 1.5 a 4 veces más sensible que el cultivo y quizá lo sustituya a futuro. Es importante señalar que un cultivo negativo no significa que no exista infección herpética.

TRATAMIENTO:

En la actualidad el tratamiento consiste en la administración de algún antivírico. Asimismo, se prescriben analgésicos como antiinflamatorios no esteroideos o narcóticos leves, por ejemplo paracetamol con codeína. La aplicación de anestésicos tópicos como pomada de lidocaína proporciona alivio. Las medidas locales son importantes para prevenir una infección bacteriana secundaria.

SIFILIS (FISIOPATOLOGIA)

La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, un microorganismo en forma de espiral de extremos ahusados. Las mujeres en mayor riesgo de padecer esta enfermedad son las que provienen de los grupos socioeconómicos más bajos, adolescentes y las que tienen inicio precoz de relaciones sexuales así como aquellas con un gran número de parejas sexuales. Su frecuencia aproximada es de 30%.

Sífilis primaria. La historia natural de la sífilis en las pacientes no tratadas se divide en cuatro etapas. La lesión principal de la infección se denomina chancro, donde abundan las espiroquetas. Típicamente es una úlcera aislada no dolorosa con bordes redondeados y elevados y una base íntegra, no infectada.

Sífilis secundaria. Esta fase se acompaña de bacteriemia y aparece entre seis semanas y seis meses después del chancro. Su signo principal es un eritema maculopapular que se extiende en todo el cuerpo incluso las palmas de las manos, plantas de los pies y mucosas.

Sífilis latente. Durante el primer año después de la sífilis secundaria sin tratamiento, conocida como sífilis latente precoz, frecuentemente recurren los signos y síntomas secundarios. Sin embargo, las lesiones de estos brotes no suelen ser contagiosas. La sífilis latente tardía se define como el periodo mayor de un año después de la infección inicial.

Sífilis terciaria. Esta fase de la sífilis no tratada puede aparecer hasta 20 años después de la latencia. Durante esta fase, se manifiestan alteraciones cardiovasculares, del sistema nervioso central y musculoesqueléticas. No obstante, la sífilis cardiovascular y la neurosífilis son 50% menos frecuentes en las mujeres que en los hombres.

DIAGNÓSTICO

La sífilis precoz se diagnostica principalmente por medio del examen de campo oscuro o la prueba directa de anticuerpos fluorescentes en el exudado de la lesión. En ausencia de este diagnóstico positivo, el diagnóstico presuncional se establece por medio de exámenes serológicos inespecíficos para treponema: 1) Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) o 2) prueba de la reagina plasmática rápida (RPR).

TRATAMIENTO

Desde 1943, la penicilina ha sido el medicamento de primera línea para esta infección y casi siempre se utiliza penicilina benzatínica.

CHANCROIDE

El chancroide es una de las enfermedades clásicas de transmisión sexual, pero también es una infección poco frecuente en Estados Unidos. Aparece en forma de brotes principalmente en varones de raza negra e hispanos. Es causada por *Haemophilus ducreyi*, un bacilo gramnegativo, aerobio facultativo, móvil, que no produce esporas. Su periodo de incubación es de tres a 10 días y probablemente

penetra al hospedador a través de una solución de continuidad en la piel o alguna mucosa. El chancroide no genera una reacción generalizada ni se acompaña de síntomas prodrómicos.

SINTOMAS

Al principio esta enfermedad se manifiesta en forma de una pápula eritematosa que se convierte en pústula y, en 48 h se ulcera. Los bordes de estas úlceras dolorosas son irregulares con bordes eritematosos no indurados. La base de las úlceras es de color rojo y granuloso; a diferencia del chancro sifilítico son blandas. Las lesiones a menudo se cubren de material purulento y, si se infectan de manera secundaria, son fétidas

DIAGNOSTICO:

Las enfermedades que originan cuadros clínicos similares al chancroide son la sífilis y el herpes genital Para establecer el diagnóstico definitivo es necesario cultivar a *H. ducreyi* en un medio especial, pero la sensibilidad del cultivo es menor de 80%. Se puede obtener un diagnóstico presuncional identificando al bacilo inmóvil, gramnegativo en una tinción de Gram del contenido de la lesión.

TRATAMIENTO

Cuando el tratamiento es satisfactorio, los síntomas mejoran en tres días y aparecen datos objetivos de mejoría en una semana. La linfadenopatía desaparece con más lentitud y, cuando es fluctuante, muchas veces es necesario realizar una incisión para drenaje. Cuando la paciente padece además infección por VIH requiere de un tratamiento más prolongado y el fracaso terapéutico es más común. Por lo tanto, algunos autores recomiendan prolongar el tratamiento desde el principio en las pacientes con infección por VIH.

MICROORGANISMOS PATOGENOS QUE CAUSAN VAGINITIS CONTAGIOSA

El término vaginitis es el diagnóstico que se establece en las mujeres que manifiestan secreción vaginal anormal con sensación urente, irritación o prurito vulvar. Es una de las razones más comunes por las que las mujeres solicitan una consulta con el ginecólogo. Las causas principales de secreción vaginal sintomática son vaginosis bacteriana, candidosis y tricomonosis.

MICOSIS

Casi siempre son causadas por *Candida albicans*, que puede encontrarse en la vagina de pacientes asintomáticas y es un comensal de la boca, recto y vagina. La candidosis es más frecuente en los climas cálidos y en las pacientes obesas. Además, la inmunodepresión, la diabetes mellitus, el embarazo y el uso reciente de antibióticos de amplio espectro predisponen a la mujer a la infección.

DIAGNOSTICO

Algunos síntomas de candidosis son prurito, dolor y edema. A menudo se acompañan de eritema y edema vulvar con excoriaciones. La secreción vaginal típica es similar al requesón. El pH vaginal es normal (<4.5) y el examen microscópico de la secreción vaginal con solución salina e KOH al 10% permite identificar al hongo.

TRATAMIENTO

Para las infecciones no complicadas, son muy eficaces los compuestos azólicos, pero se debe recomendar a la mujer que regrese si el tratamiento no tiene éxito. Las mujeres que padecen cuatro o más episodios de candidosis en un año se clasifican dentro del grupo de infección complicada y se deben tomar cultivos para confirmar el diagnóstico. Los hongos de género diferente a *Candida* no responden tan bien al tratamiento tópico con compuestos azólicos. En estos casos algunas veces es necesario recurrir a un esquema intravaginal prolongado añadiendo fluconazol oral, una a tres veces por semana. El tratamiento primario para prevenir las recurrencias de las infecciones es fluconazol por vía oral, de 100 a 200 mg semanales durante seis meses.

TRICOMONOSIS

Esta infección es la enfermedad de transmisión sexual (STD) no vírica más frecuente en Estados Unidos. A diferencia de otras enfermedades de transmisión sexual, al parecer su incidencia parece incrementarse con la edad en algunos estudios. La tricomonosis se diagnostica principalmente en mujeres puesto que la mayoría de los hombres permanece asintomática. Sin embargo, hasta 70% de

parejas masculinas de mujeres con tricomonosis vaginal alberga tricomonas en las vías urinarias.

DIAGNOSTICO

El periodo de incubación de *T. vaginalis* es de tres días a cuatro semanas y se ubica en la vagina, uretra, endocérvix y vejiga. Hasta 50% de las mujeres no advierte ningún síntoma y la colonización persiste durante meses o años. No obstante, en aquellas con molestias, la secreción vaginal es fétida, líquida y de color amarillento o verdoso. A menudo se acompaña de disuria, dispareunia, prurito vulvar y dolor.

La técnica diagnóstica más sensible es el cultivo, que resulta impráctico puesto que se necesita un medio especial (medio de Diamond) y muy pocos laboratorios están equipados. Además, la amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) para DNA de tricomonas es sensible y específica, pero no todos los laboratorios cuentan con ella.

MICROORGANISMOS PATOGENOS QUE CAUSAN CERVICITIS SUPURATIVA

NEISSERIA GONORRHOEAE

La gonorrea en la mujer a menudo es asintomática. Es por esta razón que es importante realizar estudios periódicos de detección en las mujeres con riesgo. Los factores de riesgo tanto de portadoras gonocócicas como de infección en la porción alta del aparato reproductor son: edad menor de 25 años, presencia de otras enfermedades de transmisión sexual, antecedentes de infección gonocócica, parejas sexuales nuevas o múltiples, falta de uso de condón, uso de drogas, sexo comercial.

SINTOMAS

La gonorrea sintomática se manifiesta como cervicitis o vaginitis. En la cervicitis se acompaña de una secreción vaginal abundante que es inodora, no irritante y de color blanco o amarillento.

DIAGNOSTICO

Neisseria gonorrhoeae es un cocobacilo gramnegativo que invade las células del epitelio cilíndrico y de transición, tornándose intracelular. Por esta razón, el epitelio vaginal no se infecta. Para identificar al gonococo, existen NAAT y la muestra ideal

proviene del endocérvix. Estas pruebas han reemplazado a los cultivos en casi todos los laboratorios, pero no han sido aprobadas por la FDA con fines de diagnóstico de gonorrea rectal o faríngea.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Este microorganismo es la segunda causa más frecuente de enfermedades de transmisión sexual en Estados Unidos y predomina en mujeres menores de 25 años. Muchas de las mujeres con este microorganismo se encuentran asintomáticas, por lo que se recomienda realizar una detección anual entre las mujeres con vida sexual activa menores de 25 años y las que tienen riesgo

SINTOMAS

Provoca una infección del epitelio cilíndrico y los síntomas reflejan la infección glandular endocervical, con secreción mucopurulenta o secreciones endocervicales. Cuando se infecta, el tejido endocervical se encuentra edematoso e hiperémico. Otra infección que causa en la porción inferior del aparato genital es la uretritis, que se acompaña de disuria.

DIAGNOSTICO

La inspección microscópica de las secreciones preparadas con solución salina revela 20 o más leucocitos por campo de alta resolución. Otras pruebas más específicas para las muestras endocervicales son el cultivo, NAAT y el inmunoanálisis enzimático de adsorción (ELISA).

TRATAMIENTO

La ventaja de la azitromicina es que el médico puede observar su ingestión en el momento del diagnóstico. Después del tratamiento no se recomienda repetir las pruebas siempre y cuando los síntomas desaparezcan. Para evitar una infección ulterior, se recomienda practicar la abstinencia hasta que tanto la mujer como su pareja se encuentren asintomáticos.

MICROORGANISMOS PATOGEOS QUE CAUSAN LESIONES TUMORALES

VERRUGAS GENITALES EXTERNAS

Estas lesiones son causadas por el virus del papiloma humano (HVP).

Las verrugas genitales tienen diversas morfologías y su aspecto varía desde pápulas planas hasta la lesión verrugosa exofítica clásica, llamada condiloma acuminado.

TRATAMIENTO

Los condilomas acuminados algunas veces permanecen sin cambios y otros desaparecen espontáneamente y el efecto del tratamiento sobre la transmisión vírica en el futuro se desconoce. Sin embargo, muchas mujeres prefieren que se eliminen las lesiones, que se pueden destruir por medio de ablación electroquirúrgica o con bisturí, crioterapia o ablación con láser. Las lesiones muy grandes se eliminan por medio de aspiración quirúrgica ultrasónica con cavitación.

MOLUSCO CONTAGIOSO

El virus del molusco contagioso es un DNA virus que se transmite por contacto sexual. La respuesta del hospedador a la invasión vírica es la formación de pápulas con una depresión central que les confiere un aspecto característico. Estas pápulas son aisladas o múltiples y se observan sobre todo en la vulva, vagina, muslos o glúteos. Estas lesiones suelen diagnosticarse únicamente por inspección visual, pero también se puede obtener material de la lesión con un hisopo y se envía al laboratorio para su tinción con los métodos de Giemsa, Gram o Wright. El diagnóstico se establece con la presencia de cuerpos de molusco, que son estructuras intracitoplasmáticas grandes. La mayor parte de las lesiones desaparece espontáneamente en un lapso de seis a 12 meses.

MICROORGANISMOS PATOGENOS QUE CAUSAN PRURITO

ESCABIOSIS

Sarcoptes scabiei infecta a la piel generando un eritema muy pruriginoso. El ácaro que causa esta infección tiene forma de cangrejo y en la mujer perfora la piel, donde permanece durante unos 30 días, ampliando su túnel. Pone varios huevecillos al día, que empiezan a romperse tres a cuatro días después. Los ácaros se desplazan a una velocidad de 2.5 cm por minuto y por lo general se transmiten por vía sexual aunque también mediante el contacto con ropa infestada.

DIAGNOSTICO

El hospedador genera una reacción de hipersensibilidad tardía tipo 4 a los ácaros, huevecillos y heces, que provoca pápulas eritematosas, vesículas o nódulos a lo largo de los túneles. Muchas veces éstas se infectan de manera secundaria ocultando los túneles. Los sitios más frecuentes de infección son las manos, muñecas, codos, inglés y tobillos. El prurito es el síntoma predominante.

TRATAMIENTO

Una vez diagnosticada, frecuentemente se prescribe una crema de lindano a 1%. La paciente debe aplicar una capa delgada desde el cuello, en especial en las áreas pruriginosas y las manos, pies y regiones genitales. Se recomienda que todos los miembros de la familia reciban el tratamiento con excepción de las mujeres embarazadas o lactando y los niños menores de dos años. Este tratamiento es eficaz en las primeras 4 h, entre 8 y 12 horas después de la aplicación el paciente se baña para eliminar el medicamento.

PEDICULOSIS

CAUSA

Los piojos son pequeños ectoparásitos que miden aproximadamente 1 mm de longitud. Existen tres especies que infestan al ser humano y comprenden al piojo del cuerpo (*Pediculus humanus*), la ladilla (*Phthirus pubis*) y el piojo de la cabeza (*Pediculus humanus capitis*). Los piojos se adhieren a la base del pelo humano por medio de tenazas y el diámetro de las mismas es el que determina el sitio de la infestación. Es por esta razón que las ladillas se encuentran en el vello púbico y otros vellos de diámetro similar, como el vello axilar y facial, incluso las pestañas y las cejas. Los piojos necesitan alimentarse con frecuencia con sangre humana y las ladillas pueden viajar hasta 10 cm en busca de oscuridad y un nuevo sitio para adherirse y obtener sangre.

SINTOMAS Y DIAGNOSTICO

El síntoma principal de la pediculosis es el prurito. El rascado provoca eritema e inflamación, que incrementa la irrigación de la zona. Algunos pacientes manifi están

piodermia y fiebre si la lesión se infecta en forma secundaria. Como sucede con todos los ácaros, el número promedio de piojos en cada paciente es de una docena. Cada ladilla adulta de sexo femenino pone alrededor de cuatro huevecillos por día, que se adhieren en la base de los vellos. El periodo de incubación es de alrededor de un mes. Los huevecillos y liendres, se observan adheridos al tallo del vello y se alejan de la piel conforme el pelo crece.

TRATAMIENTO

Los pediculicidas no sólo eliminan a los piojos adultos, sino también a los huevecillos. Una sola aplicación generalmente es suficiente, pero se recomienda una segunda aplicación entre siete a 10 días después para eliminar a los miembros más nuevos. Los champúes que se compran sin prescripción contienen piretrinas y butóxido de buteronilo y deben permanecer sobre la piel cuando menos durante una hora. También se puede recomendar un champú de lindano a 1% pero sólo para el tratamiento de las ladillas.

INFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS

Una de las infecciones bacterianas más frecuentes que tratan los médicos son las infecciones agudas de vías urinarias (UTI) de origen bacteriano.

La mayor parte corresponde a cistitis y más de 100 000 pacientes son hospitalizadas cada año para el tratamiento de una pielonefritis aguda.

PATOGENIA

A causa de su anatomía pélvica, las mujeres padecen más UTI que los hombres. Las bacterias que ascienden desde la uretra colonizada penetran en la vejiga y quizá al riñón. La uretra de la mujer es más corta y permite con mayor facilidad el acceso de las bacterias hasta la vejiga. Otros factores que contribuyen a la contaminación son la vulva y el recto que son húmedos y calientes y se encuentran muy cercanos. Además, el coito aumenta la inoculación vesical. Las infecciones son resultado de la interacción entre bacterias y hospedador.

CISTITIS BACTERIANA NO COMPLICADA

DIAGNOSTICO

Las molestias más frecuentes en la mujer no grávida, con buena respuesta inmuni-

taria y sana son disuria, polaquiuria, urgencia e incontinencia urinaria.

Las mujeres con estas exclusiones deben ser valoradas para descartar la posibilidad de otras causas. Por ejemplo, la hematuria en una mujer posmenopáusica refleja probablemente una hemorragia cervicouterina, uterina o de colon que se manifiesta al momento de la micción, en lugar de una infección urinaria. Asimismo, la sensación urente durante la micción indica en ocasiones una vulvitis.

CISTITIS RECURRENTE O COMPLICADA

Hasta 50% de las mujeres que padecen un episodio bacteriano agudo no complicado de cistitis sufrirá otra infección dentro del siguiente año. Hasta en 5% los síntomas recurren rápidamente después del tratamiento. Cuando aparecen síntomas en estas mujeres, la probabilidad de que exista una infección verdadera es mayor de 80%.

DIAGNOSTICO

De esta manera, en ciertas mujeres con infecciones complicadas o recurrentes o con síntomas persistentes o nuevos durante el tratamiento es necesario realizar un examen general de orina con urocultivo. Para que la muestra que se somete a cultivo proporcione la información necesaria, se debe recolectar en forma correcta. Casi siempre basta con una muestra de la mitad del chorro de la orina.

TRATAMIENTO

En los últimos dos decenios, ha aumentado la frecuencia de infecciones por *Streptococcus* del grupo B y *Klebsiella* y han disminuido las infecciones por *E. coli*. Además, en muchos sitios, los patrones de sensibilidad de *E. coli* han cambiado de manera tal que el tratamiento empírico con trimetoprim-sulfametoxazol ha sido sustituido por quinolonas.

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

La enfermedad pélvica inflamatoria (PID) es una infección de los órganos del aparato reproductor. Esta enfermedad recibe también el nombre de salpingitis aguda. Si bien puede abarcar a todos los órganos, el más importante, con o sin formación de abscesos, es la rotura de Falopio.

DIAGNOSTICO

La enfermedad pélvica infl amatoria se puede clasificar en PID “asintomática” y La PID; esta última a su vez se puede subdividir en aguda y crónica.

SÍNTOMAS Y EXPLORACIÓN FÍSICA.

Entre los síntomas se encuentran dolor en la porción inferior del abdomen y pélvico, secreción vaginal amarillenta, menorragia, fiebre, escalofríos, anorexia, náusea, vómito, diarrea, dismenorrea y dispareunia.

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA CRONICA

Este es el diagnóstico que se establece cuando la mujer describe el antecedente de PID aguda y padece dolor pélvico. La precisión de este diagnóstico clínico es mucho menor que el de PID aguda. Un criterio para establecer este diagnóstico es la presencia de hidrosálpinx.

TRATAMIENTO

Los mejores resultados se obtienen estableciendo el diagnóstico en forma precoz y administrando el tratamiento correcto de inmediato. El objetivo principal del tratamiento es erradicar las bacterias, aliviar los síntomas y prevenir secuelas. El daño o la oclusión tubaria secundaria a la infección originan esterilidad.

INFECCION POSOPERATORIA

Las infecciones del sitio quirúrgico siguen siendo una causa importante de infecciones hospitalarias. Las infecciones posoperatorias duplican o incluso triplican la estancia hospitalaria esperada y causan una gran morbilidad de las pacientes, con incremento de los costos sanitarios. Los riesgos de padecer una infección posoperatoria son variados e incluyen factores de la paciente y factores quirúrgicos

BIBLIOGRAFIA

Araiza, M.,Pérez, A., & Garcia F.. (2009). *Infecciones ginecológicas*. En Ginecología de Williams (pp. 49-56). México D.F: McGraw-Hill INTERAMERICANA.