

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Uso del Arsenicum Album en el tratamiento de la
Enfermedad Inflamatoria Pélvica.

AUTOR: Dr. Liumer Albriza Castillo.

2016



REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Uso del Arsenicum Albumen el tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica.

Tesis en Opción al Título de Especialista de Primer Grado en Obstetricia y Ginecología.

AUTOR: Dr. Liumer Albriza Castillo.
Doctor en Medicina General.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Hospital General Provincial Docente de Morón “Roberto Rodríguez Fernández”.

TUTORA: Dra.MsC.María de los Ángeles de Oro Collazo.Especialista de 1er grado en Ginecología y Obstetricia. MsC. en Atención Integral a la mujer. MsC. en Medicina tradicional y Bioenergética. Profesor Asistente.

Asesores: Dr. Victor Fernández Pacheco Riverón.
Dr. Julio Ángel Quintana González.
Dr. Ricardo Ignacio Pila Díaz

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres por toda la confianza y apoyo que pusieron en mí, por haber sabido ser guía y una fuente de inspiración de lucha, esfuerzo y ganas de seguir adelante superándome. En especial a mi madre que supo cultivar en mí la semilla del amor por la medicina.

A mi esposa e hija por su colaboración incondicional, que han prescindido de mi ayuda y colaboración permitiéndome culminar mi meta; siendo fuente de inspiración y amor.

A todos mis profesores que a lo largo de todos estos años, han sabido guiarme con su sabiduría y experiencia.

A todos aquellos que de una forma u otra han hecho posible que se realizara este sueño.

DEDICATORIA

A mis padres que supieron guiarme en la vida, por su constante lucha, infinito amor e ilimitado apoyo y sobre todo por confiar tanto en mí.

A mi hija por ser el motor impulsor y la fuerza que me ha permitido seguir luchando día a día.

A mi esposa que siempre estuvo a mi lado dándome su apoyo y amor incondicional en todo momento.

PENSAMIENTO.

“Ninguna medida terapéutica puede por sí sola mejorar la mortalidad de una enfermedad; son las personas las que lo consiguen.”

Eduardo Palencia Herrejón.

RESUMEN

Se realizó un estudio causi-experimental con la finalidad de valorar como mejorar el tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica mediante el uso conjunto de antibióticos y la homeopatía; para lo cual se conformaron dos grupos, uno que se trató con antibióticos y antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y otro que se trató con Arsenicum Album asociado con antibióticos que permitió comparar los resultados de las variables clínicas y analítica en dichos grupos atendidos en el Hospital General Morón “Roberto Rodríguez Fernández”, desde septiembre del 2013 hasta marzo del 2016. Entre los resultados se destacan la mayor incidencia en pacientes con bajo nivel socioeconómico y cambios frecuentes de parejas sexuales, siendo más frecuente en el grupo etario de 11 a 20 años. En las pacientes tratadas con Arsenicum Album junto con antibióticos resultó más efectivo en un 6.45% y mejor evolución clínica con un 8.87% más de pacientes curados; donde se curaron un 7.26% más, en los primeros diez días que los tratados con AINES.

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Medicina Natural y Tradicional, Arsenicum Album.

ÍNDICE

Introducción-----	1
Objetivos-----	4
Marco Teórico -----	5
Material y Método-----	19
Análisis y discusión de los resultados -----	33
Conclusiones-----	46
Recomendaciones -----	47
Bibliografía -----	48
Anexos	

metromeción

INTRODUCCIÓN.

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) es un síndrome clínico caracterizado por la infección (bacteriana y raramente viral) del tracto genital alto, que se produce casi siempre por vía ascendente desde el cérvix uterino; es una denominación general que se refiere a la inflamación e infección del útero, las Trompas de Falopio, ovarios y estructuras adyacentes, no relacionada con cirugías, y que provoca combinaciones de endometritis, salpingitis, abscesos tuboováricos y pelviperitonitis, pudiendo agravarse con perihepatitis y periesplenitis. ⁽¹⁻⁵⁾.

Los agentes patógenos más relacionados con la Enfermedad Inflamatoria Pélvica son *Neisseria Gonorrhoeae* y *Chlamydia Trachomatis*, la infección que se produce en la EIP es polimicrobiana, habiéndose aislado microorganismos genitales aerobios (*Streptococos* del grupo B, *Escherichia coli*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*), anaerobios (*Peptoestreptococos*, *Bacteroides*), y un 5% de los casos patógenos respiratorios (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*). ⁽¹⁻⁵⁾

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica es una afección que ha tenido en los últimos años una alta morbilidad en la mayoría de los países, se debe por lo general a la difusión hacia arriba de gérmenes que se introducen en la vagina. Puede causar cicatrices en las trompas y obstruirlas dando lugar a la infertilidad, sino se trata a tiempo, aunque en su forma incipiente la sintomatología es notablemente mínima. Es difícil señalar la frecuencia de la enfermedad, pero se plantea en estudios realizados que se presenta en alrededor del 0.10% de la población en general y su incidencia mayor se ve después de la inserción de dispositivo intrauterino en los primeros 20 días, otros han revelado que el riesgo de infección es elevado durante los primeros 4 meses de inserción. ⁽¹⁻⁸⁾

Constituye la complicación más frecuente de las infecciones de Transmisión Sexual (ITS) bacterianas. La EIP tiene una elevada morbilidad, destacando entre sus secuelas la infertilidad por oclusión de las trompas uterinas (10-21% ITS-EIP), el embarazo ectópico (50% por EIP) y el dolor pélvico crónico (18%). ⁽¹⁻¹⁴⁾

La Organización Mundial para la Salud (OMS) estimó que en el año 2009, una de cada dos mujeres que alcanzaron la edad reproductiva, habría tenido un episodio de EIP. La mayoría de los casos de enfermedad inflamatoria pélvica están relacionados con infecciones de transmisión sexual. ⁽¹⁻¹⁶⁾

En Estados Unidos se estima que cada año más de 1 millón de mujeres sufren al menos de un episodio de Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Más de 100.000 mujeres quedan infértiles cada año como consecuencia de esta entidad y gran proporción de embarazos ectópicos se presentan asociados de eventos previos de Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Es la infección ginecológica más frecuente en mujeres occidentales, la incidencia es de 7/100.000 casos nuevos al año. ⁽⁵⁻⁸⁾.

El tratamiento de las mismas tiene también un impresionante costo económico, que en Francia se ha estimado en 500 millones de francos anuales y en los EEUU en 2 billones de dólares anuales de costo directo. Si al costo directo se le suma el indirecto (secuelas de esterilidad, embarazos ectópicos, dolor pelviano, etc.), la suma asciende a 4 billones de dólares anuales. ⁽⁵⁻¹⁷⁾

El tratamiento convencional en la EIP con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) que ha sido usado y sigue siéndolo como analgésico y antiinflamatorio en esta y otras patologías ginecológicas; presentan contraindicaciones como Úlceras Gastroduodenales activadas o sospechosas, Rinitis Aguda, Broncoespasmos, ataques de Asma Bronquial, hipersensibilidad a los AINES y las reacciones adversas descritas como náuseas, vómitos, posibles activación ulcerosa y hemorragias digestivas (melena, hematemesis), dispepsia, pirosis, sensación de malestar abdominal, diarreas. Por su alta incidencia ha obligado a la búsqueda y utilización de otras formas terapéuticas como la medicina natural y tradicional, que data su utilización desde los inicios mismo de la humanidad. Dentro de las formas de medicina natural y tradicional se encuentra la homeopatía que ha sido usada desde la época de Hipócrates considerado el padre de la homeopatía. ^(2-15, 41-48).

El Arsenicum album es extraído del anhídrido arsenioso. Es considerado un policresto en homeopatía debido a que puede servir de tratamiento de muchas enfermedades.

El Arsenicum album es usado en homeopatía para un gran número de síntomas. No se conocen los mecanismos por los cuales remueve el arsénico desde el cuerpo hay insuficiente evidencia para ser considerado como efectivo para la comunidad científica. En la comunidad homeopática es uno de los remedios más importantes de la homeopatía⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾.

Sin embargo en el contexto donde se desarrolla el trabajo no se aplica esta terapéutica ni existen estudios anteriores donde se conoce el efecto real de estos productos, por lo que motivado por lo anterior se decidió realizar esta investigación en el hospital Morón, para evaluar el uso del Arsénico Album asociado a la terapia antibiótica en el tratamiento de la enfermedad pélvica; tomándose como objeto de estudio la población femenina en edad fértil con esta patología atendidas en el Hospital Provincial de Morón en el periodo comprendido septiembre del 2013 a marzo del 2016. Con la realización del estudio se aportan nuevos resultados que enriquecen y solidifican los conocimientos que se tienen sobre la temática, brindando una experiencia práctica que mejora la calidad asistencial a los pacientes con esta afección, con el propósito de lograr niveles más altos de efectividad con el tratamiento basado en el uso de homeopatía combinados con terapia antibiótica.

Todo lo anteriormente expuesto motiva a realizar una investigación cuyo **problema científico** es:

¿Cómo disminuir el tiempo de tratamiento en las mujeres con Enfermedad Inflamatoria Pélvica?

Hipótesis: Al usar un tratamiento combinado de Arsenicum Album junto a los antibióticos en las pacientes con Enfermedad Inflamatoria Pélvica en el Hospital Provincial de Morón se puede disminuir el tiempo de tratamiento con reducción de las reacciones adversas.

OBJETIVOS:

Objetivo General: Evaluar la disminución del tiempo de tratamiento con el Arsénico Album combinado a la antibioticoterapia en las pacientes con Enfermedad Inflamatoria Pélvica atendidas en el Hospital Provincial de Morón, en el periodo comprendido entre septiembre de 2013 y Marzo de 2016.

Objetivos Específicos:

1- Caracterizar la población objeto de estudio según:

Edad.

Color de la piel

Síntomas y signos presentes en el diagnóstico.

Valor del leucograma

2- Evaluar la disminución del tiempo de tratamiento a través de:

- Relación entre el estadio clínico de la enfermedad y la evolución clínica de la paciente.
- Tiempo necesario para lograr la efectividad del tratamiento de acuerdo con el estadio clínico de la enfermedad.
- Reacciones adversas.

MARCO
GEORGE.

MARCO TEÓRICO.

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una infección resultante del ascenso de microorganismos del aparato genital inferior hacia el endometrio, trompas de Falopio y estructuras vecinas; su causa es polimicrobiana en la inmensa mayoría de los casos. Es una causa importante de morbilidad en la población sexualmente activa y en edad fértil en todo el mundo. Se presenta entre el 10 a 13 por 1.000 en las mujeres entre 15 a 40 años.⁽¹⁻³⁾

La historia recoge una serie de hechos importantes en el siglo XIX que han venido mejorando la atención y tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, por ejemplo: *Recamier* fue el primero en practicar un drenaje de un absceso pélvico por vía vaginal en 1830; *Tait* extrajo el primer absceso tuboovárico del abdomen en 1872; el organismo responsable de la enfermedad gonocócica fue descubierto por *Neisser* en 1879; *Westermarck* demostró que la *Neisseria Gonorrhoeae* se hallaba en el exudado de las trompas; *Wertheim* reveló que este organismo invadía el tejido de las trompas, en 1894; *Curtis* en 1921 aislaba este organismo del endometrio y las trompas; la relación entre actividad sexual y el desarrollo de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica fue reconocido por *Howard Kelly* en 1898 que describe cómo asciende la Gonorrea desarrollando el piosálpinx y el hidrosálpinx, sugiere que la infección de la mujer se debe a su pareja sexual, después acontece la era de los antibióticos en 1942, la Penicilina que es el antibiótico de elección y el control de la enfermedad en los cuidados de salud pública.⁽²⁻¹⁶⁾

ETIOPATOGENIA.

Si bien los patógenos más relacionados con la EIP son *Neisseria Gonorrhoeae* y *Chlamydia Trachomatis*, la infección que se produce en la EIP es polimicrobiana, habiéndose aislado microorganismos genitales aerobios (Estreptococos del grupo B, *Escherichia Coli*, *Gardnella Vaginalis*, *Mycoplasma Hominis*), anaerobios (*Peptoestreptococos*, *Bacteroides*), y patógenos respiratorios (*Haemophilus Influenzae*, *Streptococcus Pneumoniae*, *Streptococcus Ppyogenes*).⁽¹⁻¹⁸⁾

Las bacterias pueden acceder a la porción superior del aparato genital; por diseminación de órganos adyacentes infectados (apendicitis, diverticulitis), por diseminación hematológica de focos distantes (tuberculosis) y fundamentalmente por diseminación ascendente desde el cérvix, a través de instrumentación iatrogena, dispositivos intrauterinos, flujo menstrual retrogrado, transporte en espermatozoides; que a partir de gérmenes acantonados en el cérvix, provocando una endocervicitis, producen infección del tracto superior (endometritis, miometritis, salpingitis, parametritis, pelvisperitonitis).⁽¹⁻¹⁸⁾

Las vías de propagación de la EIP son vía canalicular (cervicitis, endometritis, salpingitis, pelvisperitonitis, peritonitis difusa). La vía linfática (miometritis, parametritis, flemones y abscesos del ligamento ancho, absceso central del ovario) y la vía hemática (tromboflebitis pelviana, embolias sépticas).¹⁻⁹

CLÍNICA

El síntoma más frecuente de la EIP es el dolor hipogástrico, bilateral, y su intensidad varía de totalmente ausente (EIP silente) a muy intenso en cuadros con un componente peritoneal importante. Esta variabilidad del algia provoca confusiones diagnósticas y en muchos casos leves el tratamiento no adecuado y por consiguiente la aparición de secuelas.⁽¹⁻¹⁰⁾

La paciente puede tener sensación de plenitud abdominal, estar inflamada por la tarde-noche y con dolor en los miembros inferiores. Cuando existe afectación peritoneal aparecerán fiebre, náuseas y vómitos. En la exploración clínica además del dolor puede aparecer leucorrea y cervicitis.^(1-7,9, 10)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico de EIP es en muchos casos difícil por la poca especificidad y sensibilidad de la exploración clínica. Comparado con el diagnóstico laparoscópico el valor predictivo positivo de la exploración clínica oscila entre el 65-90%.⁽¹⁻¹³⁾

Si bien la laparoscopia es el patrón oro en el diagnóstico de la EIP solo se realiza en

casos graves o cuando se quiere completar el diagnóstico bacteriológico, no estando indicada de entrada en casos leves. ⁽¹⁻¹³⁾.

Es importante realizar una ecografía, sobre todo en su forma transvaginal, ya que se obtendrá información sobre la existencia o no de abscesos tuboováricos. Por otra parte, el doppler color, en casos de disponer de él, también puede facilitarnos el diagnóstico ya que podremos apreciar un patrón inflamatorio con aumento de la velocidad de los hematíes, aumento de la pulsatilidad y de las resistencias y un incremento de la densidad vascular. En caso de existir abscesos tuboováricos encontraremos este mismo patrón en la cápsula quística, lo que permitirá realizar el diagnóstico diferencial con otro tipo de tumoraciones anexiales. ⁽¹⁻¹³⁾.

Hay que recordar que dadas las importantes consecuencias crónicas que provoca la EIP, se justifica el tratamiento antibiótico empírico solo con base clínica, sin ninguna otra prueba exploratoria, siempre que en la paciente están presentes unos criterios diagnósticos mínimos: ⁽¹⁻¹³⁾.

Criterios diagnósticos mínimos:

- Dolor abdominal bajo.
- Dolor a la movilización cervical en la exploración.
- Dolor anexial en la exploración.

La presencia de estos criterios justifica el tratamiento antibiótico empírico, pero para intentar aumentar la sensibilidad y especificidad del diagnóstico valoraremos además criterios diagnósticos adicionales, cuya presencia servirá para afianzar el diagnóstico inicial realizado con los criterios mínimos. ⁽¹⁻¹³⁾.

Criterios diagnósticos adicionales:

- Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$.
- Leucocitos $>10.5 \times 10^9/\text{l}$.
- Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) elevada.

- Proteína C reactiva positiva.
- Demostración de gonococo o chlamydias en exudado endocervical.
- Material purulento en cavidad abdominal.
- Absceso pélvico en exploración bimanual o ecografía.

Esto implica que en cualquier mujer con sospecha de EIP debemos realizar analítica de sangre con VSG y fórmula leucocitaria.

Profundizar en el diagnóstico microbiológico mediante la toma de las muestras pertinentes: Cultivos vaginales, cultivos cervicales, cultivo cervical en medio especial para detectar Chlamydias, biopsia endometrial con cánula de aspiración para cultivo microbiológico y diagnóstico anatomopatológico⁽¹⁻¹³⁾.

CLASIFICACIÓN ⁽¹⁻⁶⁾

I. Según su evolución clínica:

- Crónica.
- Aguda.

II. Según su etiología:

- Exógena o transmitida sexualmente.
- Endógena.

III. Según su origen:

- Primaria o ascendente.
- Secundaria o por continuidad.

IV. Según estadíos clínicos:

- Salpingitis y/o endometritis sin reacción peritoneal.
- Salpingitis con reacción peritoneal, sin masas anexiales.

- Absceso tuboovárico o absceso central del ovario.

-Peritonitis difusa

V. Según características laparoscópica:

- Leve: Eritema, edema, las trompas se mueven libremente. No hay exudado purulento.

- Moderada: Eritema, edema más marcado, material purulento evidente. No hay movimiento libre de las trompas. La fimbria puede no ser evidente. ^(6, 7, 15-20)

La clasificación clínica se basa fundamentalmente en el grado evolutivo de la enfermedad, en la sintomatología y en los datos recogidos en la exploración. Para diferenciar los siguientes estadios:

Estadio I: Salpingitis aguda sin peritonitis.

Estadio II: Salpingitis aguda con peritonitis.

Estadio III: Salpingitis con formación de abscesos tuboováricos.

Estadio IV: Rotura de absceso. ⁽⁴⁾

EIPA ESTADÍO I O FORMA CLÍNICA LEVE.

Se caracteriza por:

Dolor en bajo vientre, leucorrea, fiebre hasta 38 grados, leucocitos mayor a 10.000, al tacto vaginal engrosamiento anexial, doloroso unilateral o bilateral, fondos de saco libre, ultrasonido y/o laparoscopia engrosamiento anexial. ⁽¹⁻¹³⁾

EIPA ESTADÍO II O FORMA CLÍNICA MODERADA.

Se caracteriza por:

Dolor bajo vientre y leucorrea. TV: Difícil de precisar caracteres de los anejos, por dolor intenso, fondo de saco puede estar ocupado o abombado Presencia de signos de irritación peritoneal a la palpación en hipogastrio, fiebre > 38.5 grados, leucocitos > 15.000, al ultrasonido se puede observarse engrosamiento anexial y la

presencia de discreta cantidad de líquido en fondo de saco posterior, en la laparoscopia puede observarse fibrina que baña los genitales internos adosado a la superficie de estos. ⁽¹⁻¹³⁾

EIPA ESTADIO III O FORMAS CLÍNICAS SEVERAS.

En el estadio la sintomatología puede ser similar al estadio II.

Al tacto vaginal presencia de masas tumorales auxiliares o en fondo de saco, eritrosedimentación acelerada (esta última suele estar de tres cifras.), al ultrasonido imágenes complejas anexiales o en fondo de saco posterior, laparoscopia con presencia de absceso pélvico en cualquiera de sus localizaciones. ⁽¹⁻¹³⁾

EIPA ESTADÍO IV o FORMA GRAVE PUEDE EXISTIR:

Signos de shock séptico, presencia de signos de irritación peritoneal difusa al ultrasonido y/o Laparoscopia se observa la presencia de pus libre en cavidad abdominal, secundario a absceso localizado en anejos, fisurado o roto. ⁽¹⁻¹³⁾.

TRATAMIENTO

En caso de que el cuadro clínico se acompañe de la existencia de un DIU, este debe ser retirado como primera medida terapéutica. Hay autores que opinan que todas las pacientes que se diagnostican de EIP deben ser ingresadas para ser tratadas, mientras que otros opinan que los casos leves (Estadio I y II) pueden ser tratados de forma ambulatoria. ^(1-7,27,28,36)

Es recomendable la hospitalización en los siguientes casos:

- Diagnóstico incierto que no excluye cuadros quirúrgicos como apendicitis o embarazo ectópico.
- Sospecha de absceso pélvico.
- Paciente embarazada.
- Paciente adolescente.

- Mujeres sin hijos.
- Paciente VIH positiva.
- Paciente con DIU.
- Historia reciente de instrumentación intrauterina.
- Sensación de enfermedad, náuseas, vómitos, temperatura $>38.5^{\circ}\text{C}$, leucocitosis >11.000 , masa anexial y signos peritoneales.
- Paciente incapaz de realizar el régimen terapéutico ambulatorio o cuando este es ineficaz.

SEGÚN ESTADÍOS DE LA ENFERMEDAD.

Estadio I: Una vez hecho el diagnóstico, es remitida al área de salud para tratamiento ambulatorio. Que debe ir orientado hacia la cobertura de todos los gérmenes patógenos capaces de producir EIP. ^(1-7,27,28,36)

Estadio II: Debe valorarse individualmente el caso: ^(1-7,27,28,36)

Estado general.

Lugar de procedencia

Probabilidad de tratamiento en el área de salud.

Si reúne los requisitos para el tratamiento ambulatorio se decidirá su ingreso domiciliario:

Medidas generales.

Reposo en Fowler.

Complementarios: Hemoglobina, Hematocrito, Leucograma, eritrosedimentación. Serología VRDL. VIH. Exudado Vaginal simple. Test de gram.

Tacto Vaginal para reevaluación de 3- 5 días; así como UTS y eritrosedimentación de

ser posible, la que se tendrá en cuenta para la evolución de la paciente. Si esta ha sido favorable su tratamiento ambulatorio.

ANTIBIÓTICOTERAPIA: Pueden ser usados combinación de antibióticos.

Penicilinas + Quemicetinas + Metronidazol.

Cefalosporinas + Aminoglucósidos + Metronidazol.

Penicilinas + Aminoglucósidos + Metronidazol

Existen dos alternativas de tratamiento propuestas por los “*Centers for Disease Control and Prevention(CDC)*”, americanos:

Régimen A: Ceftriazona 250 mg IM (dosis única) u otra cefalosporina de tercera generación Más Doxiciclina 100 mg/12 h. durante 14 días

Régimen B: Ofloxacino 400 mg/12 h. vía oral durante 14 días Más Clindamicina 450 mg/6 h. vía oral o Metronidazol 500 mg/12h. Vía oral; 14 días

Las pacientes que no respondan al tratamiento antibiótico ambulatorio en 72 horas deben ser hospitalizadas para confirmar el diagnóstico y realizar terapia parenteral. ^(1-7,27,28,36)

ESTADIO III: Hospitalización en todos los casos.

Medidas Generales.

Reposo en Fowler.

Signos vitales c/8h.

Corregir la anemia (si existiera).

Complementarios: hemoglobina, Hematocrito Leucograma, Eritrosedimentación, Serología VRDL, VIH, Exudado Vaginal simple, Test de Gram, tacto vaginal.

Antibióticoterapia EV si la evolución clínica en las primeras 48-72 horas no fuera

favorable, se puede usar otras combinaciones de 2da o 3era línea. Siempre que se trate de pacientes jóvenes, nulíparas o con deseos de conservar la fecundidad. (1-7,27,28,36)

Combinaciones antibióticas.

Cefalosporinas + Aminoglucosidos.

Cefalosporinas + Aminoglucosidos + Metronidazol.

Cefalosporinas + Doxiciclina

Quinolonas + Clindamicina.

Los CDC han propuesto dos pautas de tratamiento que cubren la gran variedad de gérmenes que ocasionan la EIP.

Régimen A: Cefoxitina 2g/6 h. IV, más Doxiciclina 100 mg/12 h. IV, u oral si la función gastrointestinal es normal.

Este régimen debe administrarse hasta 48 horas después de que la paciente muestra mejoría clínica evidente. Después la Doxiciclina, 100 mg/12 h. debe mantenerse hasta completar 14 días de tratamiento.

Régimen B: Clindamicina 900 mg/8h. IV, más Gentamicina, IV o IM, una dosis inicial de 2 mg/kg de peso y posteriormente 1.5 mg/kg de peso/8h.

Este régimen debe administrarse hasta 48 horas después de que la paciente muestra mejoría clínica evidente. Después se mantendrá Clindamicina, 450 mg/6h por vía oral o Doxiciclina, 100 mg/12 h por vía oral, hasta completar 14 días.

Otras pautas adecuadas para el tratamiento parenteral de la EIP son:

Ofloxacino 400 mg IV/12h + Metronidazol 500 mg IV/8h.

Ciprofloxacino 200 mg IV/12h + Metronidazol 500 mg IV/8h + Doxiciclina 100 mg (oral o IV)/12h.

Los regímenes terapéuticos en la EIPA deben ofrecer una cobertura empírica de amplio espectro para los posibles agentes patógenos. ^(1-7,27,28,36)

Velocidad de segmentación globular (VSG) acelerada (tres cifras). Grandes masas en ambos anejos que se comprueban al Tacto vaginal ocupando la pelvis y patrón ecográfico característico. Se valorara tratamiento quirúrgico del caso, indicando chequeo preoperatorio y planteando la conducta en la discusión diagnóstica. Es importante la discusión en colectivo de cada caso en el servicio y trazar la estrategia adecuada en los casos de Estadio III de la enfermedad. ^(1-7,27,28,36)

ESTADÍO IV:

Será definido por el departamento de urgencia una vez hecho el diagnóstico y comprobada la existencia de una Pelvis-peritonitis.

Se tomaran medidas generales en cada caso.

Complementarios de urgencia: Hemoglobina, Hematocrito, Tiempo de coagulación, Tiempo de Sangramiento, Leucograma, Grupo y factor Rh.

Canalización de venas superficiales.

Solicitud de glóbulos si $HB < 10g/l$.

Inicio de terapéutica antibiótica EV.

Preparar para laparotomía de urgencia .Utilizando técnica conservadora o no de acuerdo a: edad. Paridad. Estado del aparato genital. Interés o no en la fertilidad: ^(1-7,27,28,36)

SEGUIMIENTO

Las pacientes tratadas ambulatoriamente deber ser evaluadas a las 72 horas y si no hay mejoría clínica evidente deben ser hospitalizadas y tratadas con terapia parenteral. Las pacientes hospitalizadas que no obtienen mejoría clínica evidente tras 3-5 días de tratamiento deben ser de nuevo evaluadas, por lo que estaría

indicada la realización de una laparoscopia diagnóstica y toma de cultivos de exudado peritoneal. En caso de existir un absceso tuboovárico este debe ser drenado, realizando siempre una cirugía lo más conservadora posible. ^(1, 2, 3-7)

Todas las pacientes que han padecido una EIP deben ser reevaluadas microbiológicamente a los 7-10 días de terminar el tratamiento, mediante cultivos cervicales para *Chlamydia Trachomatis*. ^(1,24).

TRATAMIENTO DE LA PAREJA SEXUAL

El riesgo de reinfección de la paciente permanece mientras no se trate su pareja sexual. Se ha propugnado el tratamiento empírico con fármacos que actúen fundamentalmente sobre *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*. Una pauta adecuada sería: Ceftriazona 250 mg IM (dosis única) u otra cefalosporina de tercera generación Más Doxiciclina 100 mg/12 h durante 14 días. ^(2,6,13,24).

COMPLICACIONES

La demora en la instauración del tratamiento aumenta la incidencia de secuelas, incluso en la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) clínicamente leves: infertilidad en 15, 35 y 55 % de mujeres después de 1, 2 y 3 episodios de EIP respectivamente, dolor pélvico crónico 20 % (en relación con la formación de adherencias, salpingitis crónica o infecciones), embarazo ectópico, absceso tuboovárico e infecciones recurrentes. Además la EIP se relaciona con aumento de nacimientos pretérminos y de morbilidad materno-fetal junto con complicaciones neonatales (transmisión perinatal de gonococo y *Chlamydia*). ^(1, 15)

Entre las complicaciones agudas destacan la Perihepatitis “Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis” inflamación de la cápsula hepática y del peritoneo abdominal, asociada a *Chlamydia* y de intensa clínica dolorosa en hipocondrio derecho. También pueden aparecer periapendicitis, rotura de abscesos tuboováricos, peritonitis y *shock* endotóxico. ⁽¹⁻¹⁶⁾

Entre las secuelas tardías destacan el dolor pélvico crónico 18 %, esterilidad 14-38 %

como complicación grave más frecuente, embarazo ectópico con riesgo 7 veces superior, Síndrome de Reiter y la atipia citológica cervical. La recidiva aparece en un 5 %, con sintomatología en las 6 semanas posteriores al cuadro inicial de EIP, generalmente por tratamiento inadecuado o fracaso de este. Aparece reinfección en el 23 %, cuando la sintomatología comienza una vez pasadas 6 semanas post EIP inicial, al persistir los mismos factores de riesgo. Antes de la era antibiótica la mortalidad por EIP era de 1%. Hoy en día la mayoría de las muertes resultan de sepsis por rotura de abscesos. La segunda causa de muerte puede ser atribuible a la asociación de embarazo ectópico y EIP. ⁽¹⁻¹⁸⁾.

El uso adecuado de los antibióticos desde los inicios del cuadro clínico, sin la necesidad de resultados de laboratorio, ultrasonido ni laparoscópico; solo con el uso de los criterios mínimos: dolor abdominal, a la movilización cervical y anexial en la exploración; contribuye a la disminución de las secuelas de la EIP.

Aunque no se encontró evidencia en la bibliografía revisada del uso de la medicina natural y tradicional en el tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, si se encontró su eficacia tanto antiinflamatoria como anti-infecciosa; por lo que se propone su uso conjunto, en sus diferentes modalidades, al tratamiento farmacológico de esta afección. ⁽¹⁻²⁴⁾

MEDICINA NATURAL Y TRADICIONAL.

Medicina Tradicional: Fenómeno social por su génesis, evolución y desarrollo. Se desarrolla con la experiencia empírica de la humanidad. Sus conocimientos parten y se acumulan en la práctica médica histórico-social pero aún no han sido validados científicamente con el rigor de la medicina alopática. Se transmite a través de generaciones, ya sea de forma oral o escrita. Las Plantas Medicinales cuando se usan empíricamente constituyen Medicina Tradicional. Etnomedicina: Rama de las Ciencias Médicas que estudia la Medicina Tradicional.⁽⁴¹⁻⁴⁸⁾

La homeopatía: auténtica ciencia de la curación, se menciona con frecuencia, aunque pocos saben realmente en qué consiste. Este método terapéutico creado por

Hahnemann a fines del siglo XVIII se basa no sólo en una cierta visión de la salud y del estado de equilibrio que la acompaña, sino también en fundamentos teóricos y experimentales rigurosos. Es fundamental penetrar a fondo en el universo de esta medicina para comprender a la vez sus aportaciones y su campo de aplicación. Dos de sus principios esenciales son la curación con lo semejante y el uso de medicamentos específicos muy diluidos y "dinamizados" (es decir, agitados entre cada dilución). ⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾

En la medicina homeopática, la elección de un tratamiento se basa en tres principios fundamentales: la ley de similitud, la individualización de los síntomas y la consideración de éstos en su globalidad. Lograr buenos resultados depende de que se respeten estos principios. ⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾

Para que el remedio elegido sea eficaz, debe provocar en una persona sana síntomas idénticos a aquéllos que caracterizan la enfermedad que se desea curar o, mejor aún, síntomas idénticos a los que presenta el enfermo. Es la ley de la similitud, según la cual toda sustancia susceptible de provocar experimentalmente una serie de síntomas en un individuo sano y sensible es capaz de curar a un enfermo que presente los mismos síntomas. Según el mayor o menor grado de similitud, el resultado del tratamiento será total, parcial o nulo. Hahnemann fue el primero que experimentó los medicamentos en el hombre sano, con el objetivo de conocer de antemano sus propiedades, y por ende el primero en enunciar y aplicar esta ley de manera congruente y sistemática. ⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾

Es un método terapéutico eficaz que hoy en día se utiliza ampliamente en muchos países. Pero también representa una cierta concepción de la salud. Además de tratar las enfermedades y aliviar los dolores que ellas causan, es preventiva en verdad y puede acompañar al individuo en todas las etapas de la vida. ⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾

Arsénico; elemento químico, cuyo símbolo es As y su número atómico, 33. Se encuentra distribuido ampliamente en la naturaleza (cerca de $5 \times 10^{-4}\%$ de la corteza terrestre). Es uno de los 22 elementos conocidos que se componen de un solo nucleído estable, $^{75}33\text{As}$; el peso atómico es de 74.922. El arsénico elemental tiene

pocos usos. Es uno de los pocos minerales disponibles con un 99.9999+ % de pureza. En el estado sólido se ha empleado ampliamente en los materiales láser GaAs y como agente acelerador en la manufactura de varios aparatos. El óxido de arsénico se utiliza en la elaboración de vidrio. Los sulfuros de arsénico se usan como pigmentos y en juegos pirotécnicos. El arseniato de hidrógeno se emplea en medicina, así como otros compuestos de arsénico. ⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾

El Arsenicum Album es un remedio homeopático por excelencia utilizado para tratar muchas enfermedades infecciosas y psicológicas. Las propiedades de este fármaco y las condiciones de su utilización permiten un tratamiento fácil pero eficaz. Es extraído del anhídrido arsenioso y se presenta en forma de un polvo grisáceo que se diluye en el agua. Es un producto derivado del arsénico del que se obtiene por aislamiento a muy alta temperatura del níquel, el cobalto y el acero presentes en arsénico; el polvo obtenido se mezcla con lactosa para eliminar los residuos del producto. ⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾

El Arsenicum album es considerado en la homeopatía un policresto, debido que es utilizado en el tratamiento de muchas enfermedades. El Arsenicum album es muy eficaz en los trastornos de los órganos internos, en particular en los del sistema nervioso reduce la ansiedad, las angustias nocturnas y el pesimismo. Es recomendado en el tratamiento de patologías agudas como las infecciones del útero y la vagina por su propiedad necrotizante que actúa sobre las células que producen estas enfermedades no obstante se debe acompañarse con antibióticos para erradicar eficazmente la enfermedad. Cuando es usado como complemento de un tratamiento principal trata algunos síntomas principalmente los secundarios que acompañan una enfermedad. ⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾

Las dosis recomendadas para las enfermedades agudas se recomienda tomar 5 gránulos de Arsenicum album 9CH cada cuatro horas y espaciar las dosis según la mejoría clínica. ⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾

MANERAS

N

MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación causi-experimental, con dos grupos de tratamiento para disminuir el tiempo requerido en el tratamiento de la EIP; con el uso del Arsenicum Album combinado a la antibioticoterapia; en las mujeres con esta patología atendidas en el Hospital Provincial de Morón en el periodo comprendido entre septiembre de 2013 y marzo de 2016.

Los grupos fueron seleccionados aleatoriamente; al grupo A se les aplicó tratamiento homeopático usando Arsenicum Album convalidado a la terapéutica antibiótica y el grupo B mantuvieron tratamiento con la terapéutica convencional utilizando antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos.

Universo y Muestra:

El universo estuvo constituido por todas las pacientes en edad fértil atendidas en Hospital Provincial de Morón en el periodo comprendido entre septiembre de 2013 y marzo de 2016 (N= 1284), quedando constituida la muestra por las 248 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Pélvica que cumplieron con los criterios preestablecidos para el estudio.

La asignación de las pacientes al grupo experimental A y al grupo control B se hizo por muestreo aleatorio sistemático. El grupo experimental A estuvo conformado por aquellas pacientes a las que se les indicó Arsenicum Album y antibioticoterapia y el grupo control B formado por las pacientes a las que se les prescribió tratamiento convencional de antibioticoterapia con Ibuprofeno 400mg tabletas.

Para la selección de los pacientes de cada grupo se utilizó un muestreo sistemático, que por ser un tipo de muestreo aleatorio permitió realizar inferencia a la población de los resultados alcanzados en el estudio. Para el caso particular de este estudio se utilizó una constante $k = 2$ para la división de la muestra de estudio en dos grupos iguales, resultado de calcular el cociente

$k = N/n$, donde "N" es el tamaño del universo (total de pacientes que cumplen los

criterios de selección de universo) y “n” es la totalidad de pacientes que conformaron el grupo experimental A, se seleccionó el arranque aleatorio de entre los números 1 y 2 a través de un generador de números aleatorios donde el número seleccionado determinó la elección de las sujetos para el grupo experimental A y el resto conformó el otro grupo experimental B.

$$K = N/n \quad N = n_1 + n_2 \quad n_1 = n_2 \quad N = 2n_1$$

$$K = 2n_1/n_1 \quad k = 2 \quad n_1/n_1 \quad K = 2$$

Criterios de diagnóstico:

Diagnóstico clínico confirmado de Enfermedad Inflamatoria Pélvica en estadio I, II, III y IV: pacientes con síntomas de: dolor bajo vientre, fiebre, leucorrea, náuseas, vómitos, síntomas urinarios y/o signos: de dolor en la movilización del cuello, presencia de engrosamiento o masa anexial a la palpación bimanual, fondo de saco de Douglas ocupado, presencia de signos de irritación peritoneal; apoyado en la presencia de leucocitosis por encima de 10×10^9 /ml y presencia en la ecografía de engrosamiento anexial, hidrosalpin, absceso tuboovarico. ¹⁻⁸

a- Formas de controlar los sesgos:

Para controlar los sesgos de selección de pacientes, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Voluntariedad de la paciente para participar en el estudio y/o ser autorizada por los padres o tutores en el caso de menores de edad (Anexo 1).

Ser atendida en el Hospital Provincial Morón en el periodo comprendido entre septiembre de 2013 y marzo de 2016.

Tener disponibilidad de tiempo para asistir a todas las consultas.

Criterios de exclusión:

La paciente no desea participar en el estudio y/o no es autorizada por padres o tutores en caso de menores de edad.

La paciente no tiene disponibilidad de tiempo para garantizar la asistencia a todas las consultas.

Pacientes en estadio IV.

Paciente embarazada o lactando.

Niñas menores de 11 años.

Criterios de salida:

Inasistencia a dos o más consultas.

Deseos del paciente de no continuar con el tratamiento.

Reacción adversa al tratamiento aplicado.

Procedimientos y métodos utilizados en la investigación.

A cada paciente se le realizó un interrogatorio y un examen físico ginecológico así como la realización de complementarios como leucograma, velocidad de sedimentación globular y ultrasonografía con el objetivo de diagnosticar la afección y obtener la información, así como la realización de los complementarios necesarios para corroborar el diagnóstico. El interrogatorio y el examen físico ginecológico se ejecutaron en el Hospital Provincial de Morón utilizando la camilla ginecológica, lámpara, espéculos, guantes quirúrgicos y equipo de ultrasonografía.

El diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica fueron hechas por un residente de Ginecología y Obstetricia (Autor de la investigación) el cual se encargó del llenado de la Historia Clínica, la realización del examen físico en las diferentes etapas así como del establecimiento del diagnóstico definitivo y el tratamiento al paciente. Así mismo la aplicación de la homeopatía fue dosificada,

guiada y controlada por un Máster en Medicina Bioenergética y Natural (tutora).

Para controlar los sesgos durante el tratamiento a las pacientes con EIP:

Se realizó la distribución de las pacientes participantes en el Grupo A (grupo estudio) que recibió tratamiento Homeopático y en el Grupo B (grupo control) que fue tratado con los medicamentos convencionales.

Tratamientos:

A las pacientes del Grupo A se les indicó antibióticos según los estadios clínicos:

En el estadio I se les administró Ampicilina (cápsula de 500mg) una cápsula cada 6 horas, adicionando Ciprofloxacina (tableta de 250 mg) dos tabletas cada 12 horas y Metronidazol (tableta de 250 mg) dos tabletas cada 12 horas por 10 días.

En las de estadio II se les administró Cefalexina (cápsula de 500mg) una cada 6 horas por 10 días, Gentamicina (ámpulas de 80mg/ 2ml) a 3mg/kg/día divididos cada 8 horas por 10 días y Metronidazol (tableta de 250 mg) dos tableta cada 12 horas por 10 días.

En las de estadio III se les trato con Cefotaxima 1 gramo cada 8 horas EV, Amikacina 500 mg a 15mg/kg/día en una sola dosis y Metronidazol frasco de 500 mg cada 6 horas EV hasta luego de las 48 horas de la desaparición de la fiebre y mayoría clínica; luego se continua por vía intramuscular por 5 días; prolongando su tratamiento de forma ambulatoria hasta completar los 10 días.

Además se las administro Arsenicum Album cuatro gotas cada dos horas sublingual alejado de las comidas y respetando los horarios de sueño por siete días luego cada cuatro horas hasta completar diez días. (5 gránulos de Arsenicum album 9CH)

Al grupo B se le prescribió antibioticoterapia igual que el grupo A más Ibuprofeno tabletas de 400mg una tableta cada 8 horas por 10 días. El seguimiento fue igual que el grupo A.

Evaluaciones:

A las pacientes de cada grupo se les realizó cuatro tipos de evaluaciones:

Evaluación inicial: Al iniciar el tratamiento.

Evaluaciones intermedias: En cada sesión de tratamiento.

Evaluación Final: dos días después de la última sesión de tratamiento.

Evaluación de las reacciones adversas: Todo el tiempo del estudio y serán realizadas por el autor de la investigación.

Los pacientes fueron evaluados al octavo, oncenno y decimosexto día de iniciado el tratamiento prescrito, realizándose en cada momento cortes evaluativos para especificar la evolución de la enfermedad y determinar la remisión total de los signos y síntomas de la misma (paciente curado).

Métodos de obtención de la información:

Los datos de las pacientes se obtuvieron a partir de las herramientas propias de las investigaciones médicas:

El método clínico: análisis de historias clínicas, interrogatorio cara a cara y examen físico.

La evolución se midió a través de las consultas de seguimiento programadas a partir de la fecha de inicio del tratamiento.

La secuencia de trabajo incluyó:

Diagnóstico y evaluación de la paciente en la consulta de ginecología.

Se asignaron las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión en los dos grupos del estudio, según asignación aleatoria simple.

Se aplicó el tratamiento a cada paciente, según el grupo en que se ubicó, ya sea en el Grupo Estudio o Grupo Control.

Se evaluaron los resultados, a través de las consultas de seguimiento programadas, después de iniciado el tratamiento.

Se redactó el informe final.

El sistema de métodos investigativo incluyó los teóricos y empíricos además de procedimientos estadísticos.

Métodos empíricos:

Análisis documental: Para el estudio de las tendencias mundiales en cuanto a la aparición de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica y el uso de Arsenicum album, este es uno de los métodos más utilizados en estas investigaciones médicas.

Observación: A través de la entrevista y el examen físico ginecológico se identificaron las pacientes con Enfermedad Inflamatoria Pélvica y su estadio además de su evolución según el tratamiento aplicado, utilizando como técnica para la obtención de esta información en la población objeto de estudio la observación.

Experimentación: Se aplicó el protocolo de tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica con antibióticoterapia combinada con Arsenicum album.

Método estadístico–matemático: Se utilizaron métodos estadísticos-descriptivos para procesar y comparar los datos obtenidos como resultado del estudio. Se aplicó la técnica estadística de independencia basada en la distribución chi cuadrado para el estudio de asociación entre variables categóricas, la cual plantea la hipótesis H_0 de que las variables son independientes, contrastando la hipótesis H_1 de que las variables están relacionadas a nivel estadístico. Se utilizó un nivel de significación $\alpha=0,05$ de probabilidad de cometer error tipo I. con un nivel de confianza del 95%. Se estimó que existe dependencia estadística no significativa para $p>0,05$, dependencia estadística significativa $p \leq 0,05$.

Operacionalización, conceptualización y definición de las variables.

Variable Independiente: uso del Arsenicum Album asociado a la antibioticoterapia.

Conceptualización de la variable Independiente:

Arsenicum album: El Arsenicum album es un remedio homeopático por excelencia

utilizado para tratar muchas enfermedades infecciosas y psicológicas. Las propiedades de este fármaco y las condiciones de su utilización permiten un tratamiento fácil pero eficaz. Es extraído del anhídrido arsenioso y se presenta en forma de un polvo grisáceo que se diluye en el agua. Es considerado en la homeopatía un policresto, debido que es utilizado en el tratamiento de muchas enfermedades. Es recomendado en el tratamiento de patologías agudas como las infecciones del útero y la vagina por su propiedad necrotizante que actúa sobre las células que producen estas enfermedades no obstante se debe acompañarse con antibióticos para erradicar eficazmente la enfermedad. Cuando es usado como complemento de un tratamiento principal trata algunos síntomas principalmente los secundarios que acompañan una enfermedad.

Variable Dependiente: Resultados de la aplicación del tratamiento con Arsenicum album más antibioticoterapia.

Operacionalización de variables y definición de escalas.

Objetivo No 1: Para dar salida a este objetivo se evaluaron las siguientes variables:

1.1 Edad: Variable cuantitativa discreta. Se consideraron los años de vida cumplidos hasta el inicio de la investigación. Se evaluaron los siguientes grupos de edades según el periodo fértil de la mujer:

- 11 a 20 años
- 21 a 30 años
- 31 a 40 años
- 41 a 50 años.

1.2 Color de la piel: variable cualitativa nominal se consideró el color de la tez según historia clínica. Evaluándose los siguientes criterios:

- Blanca
- Mestiza
- Negra

1.3 Síntomas y signos presentes: Cualitativa nominal politómica. Se tuvieron en cuenta aquellos síntomas subjetivos y signos presentes en el momento del diagnóstico y referidos por la paciente y detectados en el examen físico. Evaluamos los siguientes criterios ¹⁻⁸

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Dolor bajo vientre	Cualitativa nominal politómica	Si No	Se considera la presencia de dolor en hipogastrio (bajo vientre) referido por la paciente.	Número y porcentaje.
Leucorrea o flujo vaginal	Cualitativa nominal politómica	Presente Ausente	Presencia de leucorrea al examen con espéculo.	Número y porcentaje.
Fiebre	Cualitativa nominal politómica	Presente Ausente	Se considerará cuando la temperatura axilar sea mayor o igual a 38°C.	Número y porcentaje.
Náuseas y vómitos	Cualitativa nominal	Presente	Se considerará	Número y

	politómica	Ausente	cuando la paciente refiera haber tenido vómitos o náuseas	porcentaje.
Dolor a la movilización del cuello uterino.	Cualitativa nominal politómica	Presente Ausente	Se considerará cuando al tacto vaginal la paciente refiere dolor al movilizar el cuello uterino.	Número y porcentaje.
Masa o engrosamiento anexial a la palpación	Cualitativa nominal politómica	Presente Ausente	Se considerará cuando al tacto bimanual se constate massa o engrosamiento de uno de los anejos.	Número y porcentaje.
Dolor abdominal a la exploración bimanual	Cualitativa nominal politómica	Si No	Se considera cuando la paciente nos	Número y porcentaje.

			refiere dolor a la palpación bimanual del abdomen superficial o profunda.	
Irritación peritoneal	Cualitativa nominal politómica	Si No	Se considera cuando la paciente nos refiere dolor a la palpación del abdomen con defensa muscular	Número y porcentaje.

Valor del leucograma: variable cuantitativa nominal politómica dándose positivo en caso de leucocitosis (mayor de $10 \times 10^9 / L$).

Objetivo No 3: Para dar salida a este objetivo se consideraron las siguientes variables:

Estadio clínico de la enfermedad: Variable cualitativa ordinal medida en estadios teniendo en cuenta la clasificación en el libro Ginecología de González Melo, considerándose para el estudio el estadio I, II y III

Estadio I: Salpingitis aguda sin pelviperitonitis.

Estadio II: Salpingitis aguda con pelviperitonitis.

Estadio III: Salpingitis con formación de abscesos tuboováricos.

Evolución clínica del paciente: Variable cualitativa nominal evaluada al décimosexto día de iniciado el tratamiento prescripto teniendo en cuenta los siguientes criterios según estadio clínico de la enfermedad:

Curado: Cuando hubo una remisión total de los síntomas de la enfermedad y desaparecieron los signos inflamatorios, adquiriendo esta su aspecto normal.

Mejorado: Se consideraron todas aquellas pacientes que, al decimosexto día, mantenían aun síntomas de la enfermedad y/o signos inflamatorios, pero con menor intensidad que en el momento del diagnóstico.

Empeorado: Se consideraron todas aquellas pacientes que al décimosexto día habían intensificado los síntomas de la enfermedad, aparecieron nuevos síntomas y/o habían aumentado los signos inflamatorios o agravando su estado clínico inicial.

Igual: Se consideraron todas aquellas pacientes que al décimosexto día mantenían los mismos síntomas de la enfermedad y signos inflamatorios que en el momento del diagnóstico.

Tiempo necesario para lograr la efectividad del tratamiento: Variable cuantitativa discreta evaluada de acuerdo con el estadio clínico de la enfermedad. Se consideró efectivo el tratamiento en el momento en el que más de un 85% logró la remisión total de los síntomas de la enfermedad y desaparecieron los signos inflamatorios (Paciente curada). Se evaluó al octavo, onceno, décimo sexto día de iniciado el tratamiento prescripto para cada grupo teniendo en cuenta los siguientes criterios:

7 días de tratamiento: Se evalúa al octavo día de diagnosticada la enfermedad.

10 días de tratamiento: Se evalúa al onceno día de diagnosticada la enfermedad.

14 días. Se evalúa al décimosexto día de diagnosticada la enfermedad.

Tratamiento no efectivo: Toda paciente que, al décimosexto día de iniciado el tratamiento, mantenía signos y síntomas de la enfermedad.

3.1 Reacciones adversas: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se evaluó en ambos grupos, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Grupo A:

Con reacción: se consideró como reacción adversa:

Rinitis, dermatitis de contacto y reacciones alérgicas en personas de piel sensible, abortos y partos prematuros.

Sin reacción: Se consideró la ausencia total de los signos y/o síntomas anteriormente descritos.

Grupo B:

Con reacción: se consideró como reacción adversa:

Activación ulcerosa y hemorragias (melena, hematemesis), crisis de gastritis, dispepsia, pirosis, sensación de malestar abdominal, diarreas, urticaria.

Sin reacción: Se consideró la ausencia total de los signos y/o síntomas anteriormente descritos.

Procesamiento de la información y técnicas estadísticas utilizadas.

La información se resumió en frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se reflejaron de forma tabular para facilitar su análisis e interpretación, compararlos con otros autores, así como arribar a conclusiones y recomendaciones. Para el procesamiento de la información se utilizó el programa EPIDAT versión 3.1.

Para evaluar la efectividad del tratamiento se calculó el χ^2 de Homogeneidad:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

con $(F - 1) (C - 1)$ grados de libertad donde:

$$e_{ij} = \frac{n_i \times n_j}{n}$$

Interpretación:

Hipótesis: $H_0: P_{tto1} = P_{tto2}$ (No existen diferencias entre los tratamientos)

$H_A: P_{tto1} \neq P_{tto2}$ (Existen diferencia entre los tratamientos)

Se rechaza H_0 si $\chi^2_{obs} \geq \chi^2_{tab} 1-\alpha; (F-1) (C-1)$. Se utilizara nivel de significación de $\alpha = 0,05$ y confiabilidad del 95%.

Se emitieron las conclusiones en correspondencia con los objetivos y se redactó un informe final según los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de Ciego de Ávila.

Aspectos éticos:

A todas las seleccionadas se les explicó las características y objetivos de la investigación y se les solicitó su consentimiento firmado en un documento para participar en la investigación (Anexo 1), en cumplimiento de los principios bioéticos establecidos para las investigaciones médicas en seres humanos, además, fue avalado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital General Docente de Morón.

RESUMADOS

N

DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

A continuación se explican los resultados más significativos de la investigación.

Tabla 1. Distribución de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria Pélvica según edad.

Edad	No.	%
11 a 20 años	100	40.32
21 a 30 años	71	28.63
31 a 40 años	56	22.58
41 a 50 años	21	8.47
Total	248	100

Fuente: historias clínicas.

En la tabla 1 se distribuyen las pacientes con Enfermedad Inflamatoria Pélvica según la edad, observándose una mayor frecuencia en la segunda década de la vida con 100 mujeres para un 40.32%; seguido en orden decreciente de frecuencia por los grupos de edades de 21 a 30 años (28.63%), 31 a 40 años (22.58%) y el de 41 a 50 años con 21 pacientes para un 8.47%.

Los resultados alcanzados en el estudio se corresponden con la bibliografía consultada. Estudio realizado en los Estados Unidos reporta una de cada ocho adolescentes sexualmente activa con Enfermedad Inflamatoria Pélvica antes de los 18 años siendo el grupo más afectado el de 11 – 25 años, y el menos afectado el de las mayores de 35 años. ⁽¹⁰⁾

Estudios realizados en Perú en el Hospital Alzo Obispo Loayza se reporta que la

Enfermedad Inflamatoria Pélvica era más frecuente en las mujeres menores de 25 años de edad con un 63% de las estudiadas relacionando estos resultados con el bajo nivel socioeconómico y las primeras relaciones sexuales a edades tempranas de la vida. ⁽¹³⁾

Estos resultados encontrados con una mayor frecuencia en las edades entre 11 y 20 años pueden estar dados por las características propias de la adolescente como resultado de una conducta sexual inapropiada con un cambio frecuente de parejas sexuales o más de una pareja sexual, la no utilización de métodos de barreras y el no acudir a su médico por las infecciones vaginales para que sean tratadas con premura.

Tabla 2: Distribución de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria Pélvica según color de la piel.

Color de la Piel	#	%
Blanco	170	68.55
Mestizo	58	23.39
Negro	20	8.06
Total	248	100

Fuente: historias clínicas.

En la tabla 2 se puede apreciar que más de la mitad de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria Pélvica estudiadas (68.55%) eran de piel blanca seguida de 58 féminas consideradas mestizas para un 23.39%, la enfermedad solo apareció en 20 pacientes de color de piel negra para un 8.06%.

Estos resultados están dados porque el mayor porcentaje de la población del área norte de la Provincia de Ciego de Ávila es de piel blanca. Expertos en el tema no establecen relación entre el color de la piel con la aparición o frecuencia de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica.

Los resultados obtenidos no coinciden con los reportados por un equipo de investigadores del Hospital Nacional Arzobispo Loaiza, Perú quienes encontraron un predominio de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mestizas. ⁽²⁻⁵⁾

Tabla 3. Síntomas y signos presentes en el momento del diagnóstico de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica.

Síntomas y signos	No. (n=86)	%
Dolor bajo vientre	248	100.00
Flujo vaginal	205	82.66
Náuseas y Vómitos	46	18.55
Fiebre	181	72.98
Dolor a la movilización cervical	246	99.19
Masa o engrosamiento anexial en la exploración abdominal	234	94.35
Dolor abdominal a la exploración bimanual	240	96.77
Irritación peritoneal	50	20.16

Fuente: historias clínicas.

En la tabla 3 se puede apreciar que en el momento del diagnóstico el 100% de la muestra estudiada presentó dolor bajo vientre, y un 99.19% dolor a la movilización cervical y un 96.77% dolor abdominal a la exploración bimanual. A continuación aparecieron en orden decreciente de frecuencia los siguientes signos y síntomas: masa o engrosamiento anexial en la exploración abdominal (94.35%), flujo vaginal (82.66%), fiebre mayor o igual a 38°C (72.98%), irritación peritoneal (20.16%), náuseas y vómitos (18.55%).

Expertos en el tema plantean que la mayoría de las mujeres con esta enfermedad presentan dolor bajo vientre debido a la inflamación de las trompas uterinas y estructuras adyacentes, con la colección de pus en algunos casos y la formación de abscesos tubováricos. Lo cual es constatado al realizar el tacto vaginal encontrándose el cuello uterino doloroso a la movilización, con engrosamiento

anexial y gran sensibilidad de esta zona. En algunos casos aparece la fiebre como resultado de la infección que se desarrolla llevando a la movilización de los leucocitos con la aparición de leucocitosis. A este criterio se suma el autor de este trabajo.

Lo planteado en la bibliografía consultada coincide con los resultados arrojados por el actual estudio. Se plantea que, el dolor abdominal bajo en la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en un 95% y con un aumento del flujo vaginal con características anormales en alrededor de un 74% presentándose vómitos en un 15%, con cerca de 47% de pacientes con fiebre y dolor a la movilización cervical en el 99% de los casos, también se recoge un pequeño por ciento de las mujeres que sufren enfermedad inflamatoria pélvica que cursa de forma asintomática encontrándose en la literatura como EIP silente. ⁽¹⁻¹⁵⁾.

Tabla 4. Leucograma presente en el momento del diagnóstico de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica.

Valor del Leucograma	No. (n=248)	%
Menos de $5 \times 10^9/L$	1	0.40%
De $5,1 \times 10^9/L$ a $10 \times 10^9/L$	104	41.94%
Más de $10,1 \times 10^9/L$	143	57.66%

En la tabla 4 al evaluar el Leucograma en las pacientes se evidencia que solo el 57.66% de ellas presentó un Leucocitosis; y el 0.4% con un Leucograma menor de $5 \times 10^9/L$ con el resto de los pacientes el 41.94% con rangos normales.

Lo planteado en la bibliografía consultada se asemeja con los resultados arrojados por el actual estudio En un estudio descriptivo en el hospital materno de Guanabacoa durante los años 1995 al 2000, se encontró que un 75% presento leucocitosis. Estudio realizado en Perú en el Hospital Alzo Obispo Loayza se reporta un prevalencia de la leucocitosis en un 81% de las pacientes con EIP. ^(2,3,32)

. Tabla 5: Tiempo necesario para lograr la efectividad del tratamiento en ambos grupos estudiados

Tiempo para un tratamiento efectivo	Grado clínico de la enfermedad											
	Grupo A						Grupo B					
	Estadio I		Estadio II		Estadio III		Estadio I		Estadio II		Estadio III	
	No.	%	No	%	No	%	No.	%	No.	%	No.	%
7 días	7	11.67	2	3.77	-	-	3	5.00	1	1.89	-	
10 días	12	20.00	20	37.73	1	9.09	16	26.67	7	13.21	1	9.09
14 días	39	65.00	25	47.17	7	63.6 4	36	60.00	38	79.69	3	27.27
Tto. no efectivo	2	3.33	6	11.33	3	27.2 7	5	8.33	7	13.21	7	63.64
Total	60	100.00	53	100.00	11	100. 00	60	100.00	53	100.00	11	100.00

Chi tabla=7.81

Chi calculada= 8.94

 $\alpha = 0.05$

Fuente: historias clínicas.

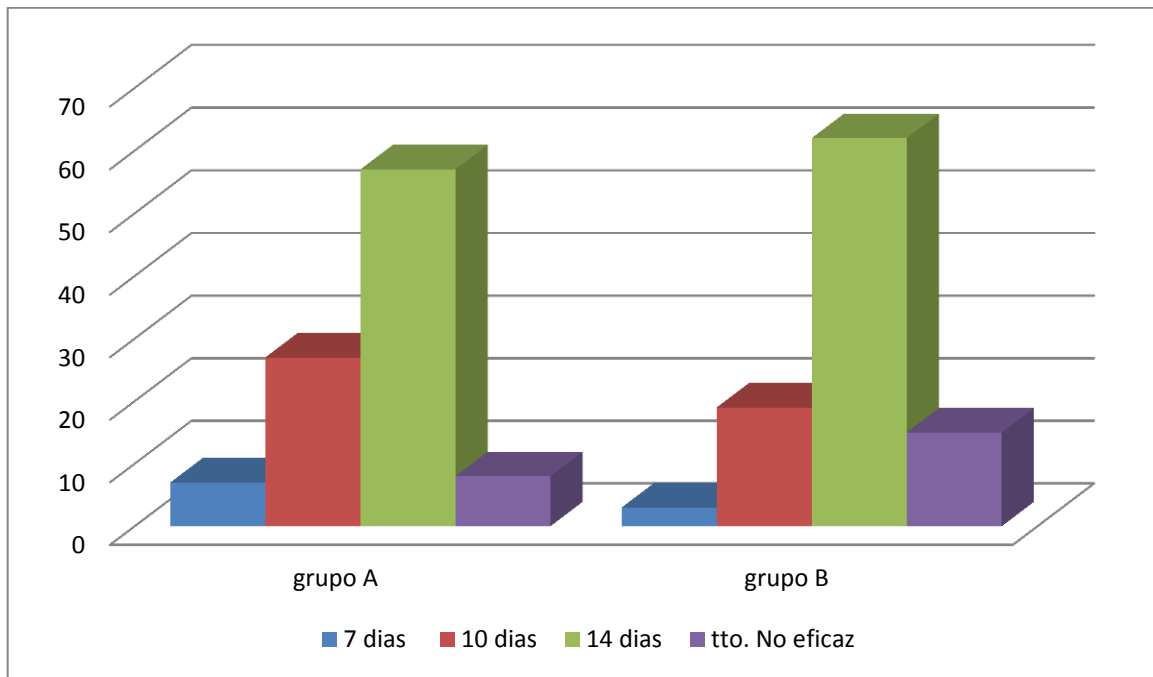


Gráfico 1: Tiempo necesario para un tratamiento efectivo en ambos grupos de pacientes.

En la tabla y gráfico anterior se puede observar que en ambos grupos a medida que aumentó la gravedad de la afección aumentó el tiempo de tratamiento.

En el grupo A, resultó ser efectiva en el mayor número de los casos (113 para un 90.27%). El 11.67% de los casos con estadio I, el 3.77% del estadio II de este grupo logró la resolución de los signos y síntomas de la enfermedad a los 7 días de iniciado el tratamiento, sin haber ningún paciente del estadio III.

El 20.00 % del estadio I, un 37.73% de las pacientes del estadio II y un 9.09% del estadio III necesitaron 10 días para estar curadas; mientras que en el 65.00% de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria Pélvica estadio I, un 47.17% de las de estadio II y un 63.64% del estadio III requirieron extender el tratamiento de 14 días para ser evaluado de eficaz. Hubo 2 pacientes en el estadio I (3.33%) y 6 pacientes estadio II (11.33%) y 3 del estadio III (27.27%) en este grupo A el tratamiento no resultó ser eficaz., adoptándose otra opción terapéutica al ser evaluado al decimocuarto día de diagnosticada la enfermedad.

Por su parte en el grupo B solo un 5.00% del estadio I y un 1.89% del estadio II lograron la recuperación con tan solo siete días del tratamiento convencional; un 26.67% de los casos de estadio I, un 13.21% en estadio II y un 9.09% de las pertenecientes al estadio III, necesitaron para eliminar su sintomatología menos de 10; apalearon a cumplir los 14 días de tratamiento un 60.00%, 39.69% y 27.27% pertenecientes a los estadios I,II y III respectivamente. Resultó no eficaz el tratamiento impuesto en 19 de las pacientes por lo que tuvo que modificarse este de ellas un 8.33% pertenecen al estadio I, un 13.21% al grupo II y un 63.64% al estadio III.

Se observan diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 6: Relación entre estadios clínicos de la enfermedad inflamatoria pélvica y evolución en ambos grupos de estudio.

Estadio Clínico	Evolución de la enfermedad																		
	Grupo A									Grupo B									
	Curado		Mejorado		Igual		Empeora		Total	Curado		Mejorado		Igual		Empeorado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	
Estadio I	57	95.00	1	1.67	2	3.33	-	-	60	56	88.33	2	3.33	2	3.33			60	
Estadio II	49	86.79	2	5.66	2	5.66	-	-	53	43	75.47	4	9.43	5	9.43	1	-	53	
Estadio III	7	63.64	1	9.09	2	18.18	1	9.09	11	6	54.55	1	18.18	3	27.27	1	18.18	11	

Chi tabla= 14.06

Chi calculada= 15.76

$\alpha = 0.05$

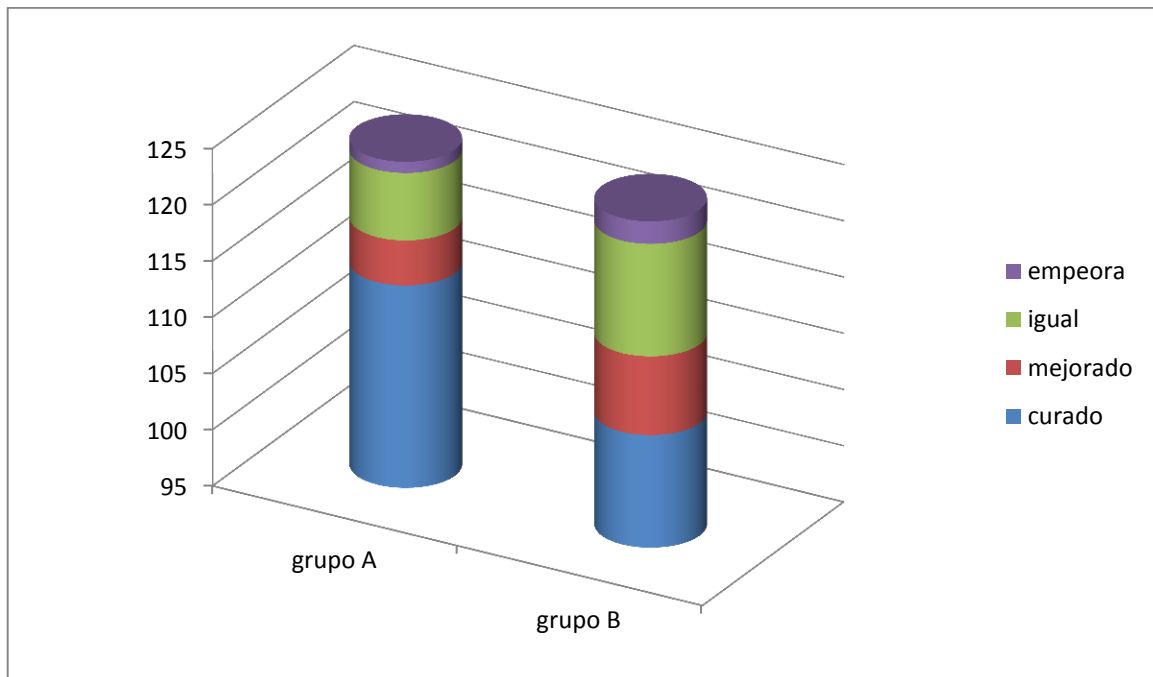


Gráfico 2: Evolución clínica en ambos grupos de pacientes.

En la tabla y gráfico anterior se puede observar como cerca de la mitad de la muestra fue diagnosticada en un estadio I, en ambos grupos de tratamiento a medida que avanzó el estadio disminuyó el porcentaje de pacientes curadas y mejoradas.

En el grupo A donde se aplicó la homeopatía relacionada con la antibioticoterapia el 95% de las pacientes en estadio I curaron y el resto un 1.67% mejoró y el 3.33 se mantuvo igual. Sin embargo en el grupo B a pesar que el 93.33% de los pacientes en este estadio curaron, un 3.33% se mejoraron y otro 3.33% mantuvo igual su sintomatología con el tratamiento aplicado.

Las pacientes en estadio II incorporados al grupo experimental al finalizar el tratamiento en su mayoría un 92.45% habían curado, un 3.77% mejorado su sintomatología inicial e igual número se mantuvo sin cambios. Por su parte las pacientes en estadio II, a las que se les aplicó terapia convencional, un 81.13% curaron, un 7.55% mejoraron y un 9.43% se mantuvieron igual que en el momento del diagnóstico y un 1.89% de las pacientes empeoraron.

El estadio III, de forma similar, el mayor por ciento de pacientes curó; en el grupo A representó un 63.64%; un 9.09% mejoró, el 18.18% se mantuvo igual mientras el 9.09% restante empeoró. En el grupo B se curó un 54.55%, el 9.09% mejoró y el 27.27% mantuvo similar sintomatología, un 9.09% empeoró su sintomatología.

Se observan diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 7: Reacciones adversas en ambos grupos de tratamiento.

Reacciones Adversas	Grupo A		Grupo B	
	No.	%	No.	%
Con reacciones	-	-	17	13.71
Sin reacciones	124	100.00	107	86.29
Total	124	100.00	124	100.00

Chi tabla=3.84 Chi calculada= 6.45 $\alpha =0.05$

Fuente: historias clínicas.

En la tabla 7 se observa como en el 100.00% de las pacientes tratadas con homeopatía no presentaron reacciones adversas al uso del Arsenicum album, sin embargo en el grupo B en el 13.71% apareció alguna reacción adversa al uso de los aines siendo las más frecuentes la dispepsia, acidez, gastritis, pirosis.

Estudios realizados por períodos de varios años de experiencia, han demostrado la inocuidad de la homeopatía en contraposición a reacciones adversas aines como nauseas, vómitos, posible activación ulcerosa y hemorragias (melena, hematemesis), gastritis pos-medicamentosa, dispepsia, pirosis, sensación de malestar abdominal, diarreas. ^(2-7, 12, 23)

conclusiones

CONCLUSIONES

En el trabajo se encontró una incidencia importante de la de Enfermedad Inflamatoria Pélvica, siendo más frecuente en las féminas de 11 a 20 años y de tez blanca. La totalidad de la muestra presentó dolor bajo vientre en el momento del diagnóstico y su mayoría se encontraban en estadio I. El mayor por ciento de las pacientes presentó un Leucograma por encima de $10.1 \times 10^9/L$.

En ambos grupos de estudio la mayoría de las pacientes necesito 14 días para la resolución de la enfermedad; sin embargo en las pacientes tratadas con el Arsenicum Album se curaron entre 7 y 10 días algo más del doble, que el número de pacientes a las que se les administro ibuprofeno.

En ambos grupos de tratamiento el mayor porcentaje curaron, no obstante al finalizar el tiempo de tratamiento en el grupo B había más pacientes que se mantenían igual o habían empeorado su sintomatología inicial que las del grupo A.

El grupo B presentó más reacciones adversas al tratamiento; y la totalidad del grupo A culminó el tratamiento sin presenciarse reacciones adversas al Arsenicum Album.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos estudiados.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- 1- Divulgar los resultados obtenidos en esta investigación con el propósito de generalizar el uso de la homeopatía en el tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, así como otras variantes de la medicina natural y tradicional.
- 2- Proponer a un criterio de expertos la aplicación de la homeopatía para con ello elevar el índice de curación de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria Pélvica con un mínimo de reacciones adversas.

БИБЛИОГРАФИЯ

BIBLIOGRAFÍA.

1. Enfermedades de las trompas. J. González-Merlo. J. González Bosquet. E. González Bosquet. Tratado de ginecología 8va ed. masson sa Barcelona (españa) 2003. Pag 545-562
2. Matos Fernández H, Martínez Hernández J C. Enfermedades inflamatorias pelvianas. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial pueblo y educación. 1986; T3 68-78.
3. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. En: Actualización en Obstetricia y Ginecología. Precis V (ed. esp). Medical Trends, SL; Barcelona, 2005; pp 94-95.
4. Botella Llusia J, Clavero Núñez JA. Tratado de Ginecología. 14ta ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1993.
5. Centers for Disease Control and Prevention. 1993 PelvicInflammatoryDisease. MMWR 1993; 42:
6. Guía Sanford de Terapéutica Antimicrobiana 1999. Ed. Diaz de Santos, Madrid. pp.
7. Saini S, gupta N; AparnaBatre, AroraDR de anaerobios aguda en la enfermedad inflamatoria pélvica india J MedMicrobiol. 2003 Jul-sep; 21 (3):189-92
8. Daisy Hernández DuránI; Orlando Diaz Mitjans Enfermedad inflamatoria pélvica. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(4)613-631 <http://scielo.sld.cu>
9. Singh RH Erbeling E J, Zenilman JM, Ghanem KG, the role of speculum and bimanual examinations when evaluating attendees at a sexually transmitted diseases clinic. Sex transm infect 2007; 83:206-210
10. Berek J, Berek S. Novak's Gynecology. 14th ed. Philadelphia,Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
11. Adimora A, Hamilton H, Holmes K, Sparling PF. Pelvic Inflammatory disease in sexually transmitted diseases. 2nd International Edition. New York: Mc Graw-Hill Inc. 1994. p. 254-270.

12. Moodley P, Wilkinson D, Connolly C. *Trichomonas vaginalis* is associated with pelvic inflammatory disease in women infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 2002;34:519-22.
13. Berman S, Johnson R, Lossick J, Marchbanks P, Newhall W. Prevention of *Chlamydia trachomatis* infections. 31th Convention ICAAC Chicago: Ed. Am Soc Micr; 1991. p. 362.
14. Schillinger JA, Kissinger P, Calvet H, et al. patient-delivered partner treatment with azithromycin to prevent repeat *chlamydia trachomatis* infection among women: a randomized, controlled trial. *Sex transmit Dis* 2003; 30:49-56
15. Ward K, Theiler RN. Once- daily dosing of gentamicin in obstetrics and gynecology *clinobstetgynecol* 2008 ;51(3):498-506.
16. Webster DL, Mosure DJ, Steece R, Stone KM. testing for sexually transmitted diseases in US. Public health laboratories in 2004. *Sex trans dis* 2007;
17. Washington AE, Katz P. Cost and payment source for pelvic inflammatory disease. *JAMA*. 1991;266:2565-9.
18. Barie P, Hydo L, Eachempati S. Longitudinal outcomes of intra-abdominal infection complicated by critical illness. *Surg Infect*. 2004;5:365-73.
19. Boucher H, Talbot G, Bradley J, Edwards J, Gilbert D, Rice L, et al. Bad Bugs, No Drugs: No ESKAPE! An Update from the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infect Dis*. 2009;48:1-12.
20. Center for Disease Control. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2006;55 (RR-11):56.
21. Jossens MO, Shachter J, Sweet RL. Risk factors associated with pelvic inflammatory disease of differing microbial etiologies. *Obstet Gynecol*. 1994;83:989-97.
22. Bajo JM. Vaginosis bacteriana y enfermedad inflamatoria pélvica. *Toko-Gin Pract*. 1995;54(supl 1):35-9.
23. Pastorek JG. Sexually Transmitted Diseases Section IV. En: *Obstetric and Gynecologic Infectious Disease*. New York: Raven Press Ltda. Ed. 1994. p. 455-638.

24. Sutherland S. Chlamydia trachomatis. En: Greenough A, Osborne J, Sutherland S, editores. Infecciones congénitas, perinatales y neonatales. Barcelona: Ed. Masson; 1996. p. 35.
25. Prodigy Guidance. Pelvic inflammatory disease. [serie en Internet]. UK: NHS, Department of Health; 2003. [acceso 18 Jun 2005]. Disponible en: <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Pelvic%20inflammatory%20dise>
26. Perea Evelio. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. En: Enfermedades de Transmisión Sexual. 1993. Barcelona: Ed. Doyma. p. 91-98.
27. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Pelvic Inflammatory Disease. Guideline nº 32. [serie en Internet]. RCOG; Mayo 2003. [acceso 18 Jun 2005]. Disponible en: http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/Pelvic_Inflammatory_Disease_No32
28. Reich H, Mc Glynn F. Laparoscopic treatment of tubo-ovarian and pelvic abscess. J Reprod Med. 1987;32:747.
29. Beigi RH, Wiesenfeld HC. Pelvic inflammatory disease: new diagnostic criteria and treatment. Obstet Gynecol Clin Norh Am. 2013;30(4):777-93.
30. Hager W, Eschenbach D, Spencer M, Spencer M, Sweet R, Aine R, et al. Criteria for diagnosis and grading of salpingitis. Obst Gynecol. 1981;61:423.
31. Mou SM, Vulvovaginitis. In: RE Rakel, ET Bope, editors. Conn's Current Therapy 2003. Philadelphia: Saunders; 2003.
32. Simms I, Warburton F, Westrom L. Diagnosis of pelvic inflammatory disease: time for a rethink. Sex Transm Infect. 2013 Dec; 79(6):491-4.
33. Sweet RL. Role of bacterial vaginosis in pelvic inflammatory disease. Clin Infect Dis. 2007; 20(supl 2):271-5.
34. Mardh PA, Sparling PF, Wiener PJ, editors. Sexually Transmitted Diseases. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1990. p. 593-614.
35. Lurie S, Woliovitch I, Rotmensch S. Value of vaginal culture in management of acute vaginitis. Arch Gynecol Obstet 2011; 265:187-9.
36. Owens S, Yeko TR, Bloy R, Maroulis GB. Laparoscopic treatment of painful perihepatic adhesions in Fitz-Hugh-Curtis syndrome. Obstet Gynecol. 1991;78:542-3.

37. Xercavins J, Vila E, Guerra T, Pérez-Benavente M^a A. Treatment of the tuboovarian abscess. Proceedings of 8th World Congress for Infectious and immunological diseases in Obstetrics and Gynecology. Venecia 2010. p. 63-4.
38. Wolner-Hanssen P, Kiviat N, Holmes KK. Atypical pelvic inflammatory disease: subacute chronic or subclinical upper genital tract infection in women. In: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, Wiener PJ, editors. Sexually Transmitted Diseases. 6th ed. New York: McGraw-Hill;2010. p. 615-620.
39. Bevan CD, Ridgway GL, Rothermel CD. Efficacy and safety of azithromycin as monotherapy or combined with metronidazole compared with two standard multidrug regimens for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. J Int Med Res. 2013;31:45-54.
40. Vanrell Díaz JA, Balasch Codina J, Cabero Roura A, Calaf Alsina J. XIV Curso Intensivo de Formación Continuada. Endocrinología Ginecológica, Reproducción Humana, Suelo Pelviano e IUE y Cirugía Ginecológica no Oncológica. Madrid: Ediciones Ergon, S.A; 2007.
41. Alvarez Díaz A . Acupuntura Medicina Tradicional Asiática. La Habana : Capitán San Luis, 2006 . p 1-4.
42. Barsaretto J. Manual de Acupuntura . Barcelona : Salvat ; 2009. t1 p 166.
43. Padilla Corral J L. Fisiopatología y tratamiento de la Medicina Tradicional China. NeiTing. 2001 . p 15-20; 105.
44. Enciclopedia de las hierbas y sus usos. The royal horticultural society. Traducido de la edición de DorlingKindersley, Limited, Londres, 2011.
45. Flanagan, SV, Johnston RB and Zheng Y (2012). Arsenic in tube well water in Bangladesh: health and economic impacts and implications for arsenic mitigation. Bull World Health Organ 90:839-846.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs372/es/>
46. Belon P., Banerjee P., Choudhury S.C., Banerjee A. Biswas S.J., et al. ¿Puede la administración del remedio homeopático Arsenicum album alterar anticuerposantinucleares (ANA) en el título de las personas que viven en riesgo de contaminación de arsénico? Evid base complementary medicine. 2006;3(1):99-107.

47. P Belon, Banerjee A, Karmakar SR, et al. Homeopathic remedy for arsenic toxicity? Evidence-based findings from a randomized placebo-controlled double blind human trial. *Science of The Total Environment*. 2007; 384(1-3):141-150

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1: MODELO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO (tutor en caso de ser menor de edad).

Nombre del paciente: _____

Declaro que:

Se me ha solicitado participar en el estudio de referencia, durante el cual será realizado un proceder médico de investigación. Antes de dar mi consentimiento firmando en este documento, fui informado por el autor de la investigación del contenido y el alcance del proyecto, de sus beneficios y posibles efectos, así como de sus inconvenientes, que pueden presentarse, de los propósitos del mencionado estudio y de la metodología con que va a ser llevado a cabo el mismo. La colaboración voluntaria puedo suspenderla en cualquier momento que lo desee sin que por ello conlleve algún tipo de agravio por parte del personal involucrado en mi atención.

También se me ha informado que para mí protección en el desarrollo del estudio, dispondré de la asistencia médica y sanitaria adecuada, de los tratamientos complementarios que necesite, además de que se tomarán las medidas apropiadas para que el estudio se encuentre debidamente controlado.

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Firma del investigador: _____