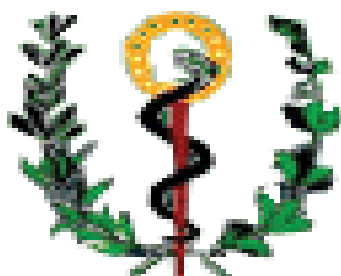


BRIGADA MÉDICA CUBANA EN ORURO. BOLIVIA.



**“Aspecto Epidemiológico de la Enfermedad Inflamatoria
Pélvica en Oruro. Bolivia. De Enero a Diciembre del 2007”.**

**Autor: Dr. José Ángel Benitez Alvarez
Especialista de Primer Grado en Dermatología**

**Tutor: MSC Luís Alberto Romero
Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral**

**Proyecto para optar por el título de maestría en enfermedades
infecciosas
Oruro 2010**

DEDICATORIA:

Dedico este trabajo a mi esposa por su gran comprensión.

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a todos los profesores por su dedicación.

INDICE

Introducción.....	1
Objetivos.....	5
Marco teórico -----	6
Diseño metodológico -----	33
Resultados y discusion -----	40
Conclusiones -----	56
Recomendaciones -----	57
Referencias Bibliográfica -----	58
Anexos	

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en 214 pacientes que acudieron a la consulta de ginecología del Hospital Integral Comunitario (HIC) de Caracollo en el departamento de Oruro, Bolivia, en el periodo comprendido del 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2007, para conocer el comportamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) en las pacientes de dicha consulta.

La información obtenida del cuestionario fue recopilada en forma computarizada para lo cual se creó una base de datos en una computadora Pentium IV utilizando el Sistema Excel versión 2003, Donde se calculó el porcentaje como medida resumen. Como resultado tenemos que el grupo de edades de 25-34 años, fue el de mayor incidencia, al igual que las ama de casa, con respecto al nivel educacional predominó el primario, la edad de aparición de la EIP por primera vez está representado por jóvenes entre 15 y 19 años de edad, todas las pacientes presentaron dolor espontáneo o a la palpación en hipogastrio, la evolución favorable y el tratamiento médico fueron los más utilizados.

Recomendamos un seguimiento minucioso y dispensarización de los grupos de riesgo, la detección de estadios precoces de la enfermedad y tratamiento adecuado de la misma para evitar la aparición de complicaciones que pongan en riesgo el futuro reproductivo de estas mujeres y que se extienda este tipo de estudio en el país, con la realización de actividades educativas con estudios de impacto.

CAPITULO 1.

INTRODUCCION

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) es un proceso inflamatorio que afecta los órganos genitales internos femeninos (útero, trompas, ovarios, parametrios y peritoneo pélvico) y debe ser sospechada en toda mujer sexualmente activa que manifiesta dolor abdominal con antecedentes recientes de una manipulación ginecológica o coito infectante es una seria consecuencia médica y económica de las infecciones de transmisión sexual en mujeres jóvenes. .

La etiología de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica es de naturaleza poli microbiana, pero los gérmenes más frecuentes productores de la enfermedad son la *Neisseria gonorrhoeae* (25-80%) y la *Chlamydia trachomatis* (10-40%).^{1,2}

Los factores de riesgos más importantes incluyen la actividad sexual durante la adolescencia, la promiscuidad, los antecedentes de Enfermedad inflamatoria Pélvica y de cualquier infección de transmisión sexual (ITS), con estas últimas se relacionan la mayoría de los casos de Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Otros factores que han sido relacionados con el incremento de esta entidad son el uso de dispositivos intrauterinos (DIU) y las infecciones puerperales y post aborto, también se asocia con algunos procedimientos operatorios, tales como dilatación

de cuello, curetaje uterino, histerosalpingografía e historia de Enfermedad Inflamatoria Pélvica previa.³

El aumento en la actividad sexual entre las adolescentes, la disminución de la edad promedio de su iniciación, ha tenido como consecuencia un aumento en la frecuencia de las infecciones de transmisión sexual y su secuela la E.I.P en pacientes más jóvenes, lo que representa un problema médico en la actualidad. Es una enfermedad de las mujeres sexualmente activas, siendo rara en la premenarquía, el embarazo y la postmenopausia.⁴

Internacionalmente una de cada nueve mujeres son tratadas en un año por esta entidad, una de cada 4 presentan como secuela dolor pélvico crónico y se estima que 1 de cada 8 adolescentes sexualmente activas desarrollarán esta enfermedad antes de los 20 años; cerca del 10% al 30% de las mujeres perderán la capacidad de embarazarse luego de haber sufrido un episodio de la patología, incrementándose en dependencia del número de estos.⁸⁻¹²

En la actualidad debe sospecharse en toda mujer en edad fértil y sexualmente activa, siendo más frecuente y agresiva en la adolescencia; Estados Unidos reporta un millón de padecimientos agudos y del 16 – 20% en este grupo debido fundamentalmente al comienzo precoz de la sexualidad, la promiscuidad, las enfermedades de transmisión sexual, aparición del SIDA y con ellas el incremento de abortos, y otras técnicas invasivas ginecológicas.¹³⁻¹⁵

La E.I.P afecta en la actualidad a más de un 50 % de la población femenina en edad reproductora, entiéndase como tal, a todas las mujeres en edades entre los

13 y 49 años de edad. El estimado de episodios de esta entidad en los Estados Unidos alcanzó en un estudio realizado en 1992 entre las 620 mil y los 2 millones de mujeres y se estima que alrededor de 420 mil se atendieron en médicos privados.

En Cuba la Infección Pélvica constituye el motivo de ingreso de más del 60 % de los casos de Ginecología, sólo superado por los trastornos hemorrágicos. Esta incidencia se ve favorecida por condiciones socio-ambientales como: relaciones sexuales en edades tempranas de la vida, embarazo y parto precoz, cambio frecuente de parejas sexuales, hábitos y costumbres específicas de determinadas comunidades, uso indiscriminado de medicamentos antimicrobianos, deficiencias en la selección y manejo de métodos de anticonceptivos y en el diagnóstico y tratamiento de infecciones genitales.

En un estudio realizado en el municipio de Cienfuegos en el año 2003, se reportaron 346 casos de mujeres con esta entidad, así mismo en una investigación sobre el comportamiento de la misma en la provincia Holguín se presentaron 957 pacientes.^{15,16}

En Bolivia también se observa una alta incidencia de esta enfermedad, motivo por el cual asisten frecuentemente las mujeres a consulta de ginecología.

En el año 2008 arribamos en cumplimiento de misión internacionalista a la República de Bolivia, trabajamos inicialmente en la comunidad y posteriormente en un Hospital Integral Comunitario de 2do nivel. En ambos sitios pudimos percibir la elevada frecuencia de E.I.P fundamentalmente en la mujer joven, dado por el

desconocimiento de hábitos higiénicos, pobre educación sexual, la situación económica y social de este grupo de edad. Por la frecuencia de dicha entidad ginecológica en el municipio de Caracollo, provincia Cercado del Departamento de Oruro, provocando procesos inflamatorios, con secuelas desfavorables que repercuten sobre la salud reproductiva femenina, nos motivamos a realizar esta investigación con el objetivo de conocer el comportamiento de la misma permitiéndonos trazar estrategias encaminadas a mejorar la salud de la mujer boliviana.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Enfermedad inflamatoria Pélvica se ha convertido en un problema de Salud Publica importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más deprimidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Actualmente la E.I.P constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en Salud Publica en la Republica de Bolivia.

CAPITULO 2

OBJETIVOS

GENERALES:

Identificar el comportamiento de la Enfermedad Infamatoria Pélvica en pacientes atendidas en la consulta de ginecología del HIC de Caracollo en el período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2007.

ESPECIFICOS:

1. Describir las principales características demográficas en el grupo de estudio.
2. Relacionar la Enfermedad Inflamatoria Pélvica con el comportamiento sexual previo a su diagnostico.
3. Identificar los síntomas y signos más frecuentes presentados al momento de la consulta.
4. Describir la evolución clínica de las pacientes y el tipo de tratamiento más utilizado en las mismas.

CAPITULO 3

MARCO TEÓRICO.

Recuento anatómico y fisiológico del aparato reproductor.

Es imprescindible recordar la anatomía y fisiología del aparato reproductor en sus aspectos básicos para poder interpretar adecuadamente los procesos y alteraciones que se presentan en la práctica diaria.

No debemos olvidar que la mayoría de las mujeres que debe atender un médico de la familia o un ginecólogo son normales, sobre todo las gestantes, y que muchas veces el conocimiento preciso de la anatomía y fisiología permite interpretar adecuadamente fenómenos normales o variaciones de la normalidad que sólo requerirán de una explicación correcta a la paciente y así se evitan diagnósticos erróneos y conductas inadecuadas con la utilización de técnicas invasivas y tratamientos injustificados que nos pueden llevar a una iatrogenia, tanto física como mental.^{15 -17}

Son ejemplos de estos fenómenos muy sencillos el dolor producido por la ovulación, o un trastorno menstrual único, aislado, en una mujer bien reglada, la simple espera de 2 ó 3 semanas para tomar una decisión en una mujer con un atraso menstrual ante un posible embarazo deseado o la confusión diagnóstica por la mala interpretación de las características del contenido vaginal normal con sus variaciones cíclicas, como la mucorrea que acompaña a veces la etapa ovulatoria.

Recuento anatómico.

El aparato reproductor se divide para su estudio en 3 partes, que son: los genitales externos, los internos y las mamas

Genitales externos

Vulva y vagina.

La parte visible en el exterior, por la simple observación, conocida como la vulva, se extiende desde el pubis hasta el perineo y está formada por: el monte de Venus, los labios mayores y menores, el clítoris, el vestíbulo con el orificio uretral y el orificio vaginal, que en el caso de las vírgenes es llamado orificio del himen y termina en el centro del perineo por delante del ano. Están presentes también los orificios de las glándulas de Skene (para uretrales) y de Bartoleen. La vulva como tal es una abertura en el centro de la región perineal, que se encuentra recubierta de vellos sobre todo por delante, en la zona del monte de Venus, con un vello púbico grueso que habitualmente se extiende hacia los labios mayores, repliegues laterales o rodetes gruesos de piel con abundante tejido celuloadiposo que se unen por detrás en la horquilla vulvar. Por dentro de los labios mayores y paralelos a ellos se encuentran los labios menores o ninfas, que son unos repliegues cutáneos delgados, sin grasa en su interior; éstos se continúan hacia delante para unirse y cerrar en un capuchón al clítoris (prepucio). El clítoris es el órgano eréctil de la mujer y tiene una estructura cavernosa similar a la del pene. Por detrás del clítoris con su capuchón y enmarcado por los labios menores se encuentra el orificio externo de la uretra y por detrás de éste, el introito vaginal.^{18 - 20}

El introito puede estar parcialmente ocluido en las vírgenes, sobre todo en niñas y adolescentes, por la membrana conocida como himen, con orificios de forma y

disposición variables y del cual quedan restos después del inicio de las relaciones sexuales y los partos (carúnculas mirtiformes).

Los labios menores también se unen por detrás, aunque es frecuente que no se identifiquen muy claramente en su parte posterior, en la llamada comisura posterior en el centro del perineo que separa la vulva del ano. En las márgenes laterales del orificio vaginal y por dentro de los labios menores, se encuentran a cada lado los orificios de excreción de las glándulas de Bartholin o vestibulares, cuya función es la lubricación de los genitales durante el coito. También a ambos lados del orificio externo de la uretra se hallan los orificios de excreción de las glándulas para uretrales o de Skene.

Aunque no son visibles al exterior, debemos recordar que las estructuras cavernosas del clítoris tienen unas extensiones o prolongaciones hacia atrás llamadas bulbos vestibulares que cumplen una función eréctil y de excitación durante las relaciones sexuales. La vagina es un órgano tubular, aplanado en sentido antero posterior en condiciones normales, que presenta una cavidad virtual. La pared anterior es más corta, de unos 6 a 8 cm. y la posterior más larga, de unos 8 a 10 cm. El diámetro de la vagina es de 3 a 4 cm., lo que se evidencia cuando se distiende con un espéculo; durante el parto sufre una distensión que puede aumentar su diámetro hasta 10 a 12 cm. Para permitir el paso del feto. Se continúa con la vulva a nivel del introito u orificio vaginal en su extremidad inferior. En su límite superior se inserta en el cuello uterino y adopta la forma de una cúpula que divide al cuello uterino en 3 partes: la porción intravaginal propiamente dicha (*portio vaginalis uteri*), la vaginal o zona de inserción de la cúpula o bóveda y la supravaginal²¹

Mamas.

Las mamas se encuentran en la cara anterior del tórax y están formadas por glándulas de secreción externa, rodeadas de tejido adiposo y recubierto por la piel; se extienden predominantemente entre la tercera y la sexta costillas y entre la línea axilar anterior y la paraesternal o la línea media en las muy voluminosas. En la mayoría de las mujeres existe una ligera asimetría entre las 2 mamas y su volumen o tamaño varían de acuerdo con la constitución física o biotipo, y sufre variaciones a lo largo de la vida de la mujer, los embarazos y muchas veces cambios en el estado nutricional.

Cada mama tiene de 10 a 20 lóbulos, que a su vez están constituidos por lobulillos que se encuentran separados por una armazón conjuntiva. Los lóbulos vierten su contenido a través de un conducto excretor galactóforo que presenta una dilatación o seno antes de desembocar en el pezón por un orificio o poro. Están irrigadas por las arterias mamarias internas, intercostales y mamarias externas (ramas de la axilar). La red venosa de la mama con frecuencia se observa superficialmente, sobre todo durante la lactancia, y los vasos linfáticos drenan hacia los ganglios axilares que en el cáncer de mama son asiento frecuente de metástasis. Están inervadas por ramas de los nervios intercostales y ramas torácicas del plexo braquial. La mama descansa sobre los músculos pectorales y parte del serrato, separados por fascias conjuntivas. La zona más prominente de la mama es el pezón, donde desembocan los conductos galactóforos que se rodean de fibras musculares y tejido conjuntivo, sobre las cuales actúa la oxitocina. Está rodeado por una areola o zona de piel más oscura, con prominencias, llamadas glándulas de Morgagni (glándulas sebáceas), que en el

embarazo aumentan de volumen y son denominadas tubérculos de Montgomery. La coloración del pezón y la areola aumenta mucho más en la gestación.

Genitales internos.

Se encuentran ubicados en la pelvis menor, que constituye la parte inferior de la pelvis, formada por los huesos coxales y el sacro. El límite superior de la pelvis menor sigue el borde superior del pubis, la línea innominada del coxal y el borde superior de la primera vértebra sacra. El límite inferior llamado *suelo pelviano* está constituido por 3 planos musculares, de los cuales el más importante es el plano profundo. Dentro de la pelvis menor encontramos los genitales internos: ovarios, trompas y útero. Excepto los ovarios (únicos órganos no recubiertos por el peritoneo), tanto los genitales internos como los demás órganos pelvianos están recubiertos por el peritoneo. Los genitales internos se relacionan con la vejiga por delante, con los uréteres lateralmente y con el rectosigmoide por detrás.

Ovario.

Órgano par y simétrico situado en la pelvis menor, en la llamada foseta ovárica, limitada por detrás por los vasos ilíacos internos; por delante, por el ligamento infundíbulo pelviano, y por encima por la línea innominada del coxal. Queda por detrás y a un lado del útero, al cual está unido por el ligamento uterovárico, y lateralmente unido al ligamento ancho por el mesovario, que se continúa con el ligamento infundíbulo pelviano al llegar a la pared pelviana. El ovario tiene forma ovoide, aplanada, con un diámetro longitudinal mayor que 3 a 5 cm., uno transversal de 2 a 3 cm. y un espesor de 1 a 2 cm. Estos diámetros son menores

en la niña, aumentan en la pubertad y en la edad adulta, y disminuyen en la menopausia.

Trompa.

Órgano par que se encuentra en ambos lados del útero, con el que se comunica al nivel del cuerno uterino y que se extiende lateralmente hasta el ovario, cerca del cual termina. Tiene una longitud de 9 a 12 cm. y forma de tuba o trompeta. Se divide en 4 porciones: intersticial (a través de la pared uterina), ístmica (a la salida del útero), ampular (intermedia y la más extensa) y fimbria o pabellón (lengüetas del extremo libre abdominal). El diámetro de la luz tubaria es de 1 mm en la porción intersticial, algo más en la ístmica y de 4 mm en la ampular.

El perineo, que constituye el ligamento ancho se divide en 3 aletas: la anterior, por delante del ligamento redondo, la media, entre éste y la trompa, y la posterior, entre la trompa y el ovario.

Útero.

Órgano único, situado en el centro de la pelvis y fijado a la pelvis ósea por los ligamentos laterales o de Mackenrodt como elementos fundamentales, y secundariamente por los ligamentos útero sacros por detrás, y en un menor grado, por fibras que lo unen a la vejiga y al pubis por delante (ligamento uterovesicopubiano). Los ligamentos redondos que sirven como elemento de orientación salen de un punto cercano al cuerno uterino, penetran en el conducto inguinal y llegan a los labios mayores, donde se fijan. El útero está separado del pubis por la vejiga y la cavidad abdominal por delante, y de la excavación sacra por el rectosigmoide, y a veces por algunas asas iliales, por detrás. Tiene forma de pera invertida, aplanada en sentido antero posterior y se divide para su estudio en

2 porciones: cuerpo y cuello. La porción superior o cuerpo, de 4 a 5 cm de diámetro longitudinal, presenta una cavidad triangular isósceles de base superior, cuyos ángulos coinciden con el inicio de las trompas, recubierta por el endometrio y con una capacidad de 4 a 6 ml, la que puede aumentar en las mujeres multíparas.^{21 - 23}

La porción inferior o cuello, de 3 cm. de largo con un conducto de 3 a 5 mm de diámetro, tiene un límite superior (orificio cervical interno) que lo comunica con la cavidad uterina, y otro inferior (orificio externo) que lo comunica con la vagina. Existe una zona de transición entre el cuello y el cuerpo, algo por encima del orificio cervical interno, denominada *istmo del útero*, que tiene gran importancia en la gestación y el parto, ya que da lugar al llamado segmento inferior. La cúpula vaginal o límite superior de la vagina se une al cuello por debajo de los ligamentos que se fijan en la región ístmica, dejan por debajo una porción vaginal del cuello, llamada también exocérvis, visible en el examen con espéculo o valvas, detalle de extraordinaria importancia en el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones del cuello, sobre todo del cáncer.

Suelo Pelviano.

Para completar el conocimiento básico de la anatomía relacionada con el aparato genital es importante recordar la constitución del llamado suelo pelviano, cerrado por estructuras músculo aponeuróticas, que dejan paso a las porciones terminales de los tractos urogenital y digestivo, constituido por 3 planos: superficial, medio y profundo.

RECuento Fisiológico

La fisiología de la maduración sexual se comporta como un proceso gradual, dependiente de la maduración progresiva del sistema nervioso central en el tránsito de la niñez a la adultez de la mujer. La corteza cerebral, el hipotálamo y la adenohipófisis intervienen en la regulación neuroendocrina del ciclo sexual en la mujer. En el hipotálamo se acumulan progresivamente sustancias que se comportan como transmisores adrenérgicos y colinérgicos que viajan a través de los trayectos nerviosos hacia el hipotálamo posterior, en la región del núcleo arcuato, relacionado con la producción de factores u hormonas de liberación (GnRH). Cuando la acumulación de estas sustancias alcanza un determinado límite, variable de una mujer a otra, se produce la estimulación sobre la hipófisis, la cual actuará sobre el ovario a través de las gonadotropinas, para estimular la producción de las hormonas ováricas, las que a su vez actuarán sobre los distintos efectores que forman parte del aparato reproductor, todo lo cual dará lugar a los cambios puberales y a la menarquía.²²

El impacto que la infección pélvica ejerce sobre la condición física de la mujer va desde la infección asintomática o silente a una mayor morbilidad, que en algunos casos puede llegar hasta la muerte. Incluye una variedad de condiciones inflamatorias que afectan el tracto genital superior. Los Centros de Control de Enfermedades (en inglés, CDC) la definen como un síndrome agudo debido al ascenso de microorganismos de la vagina o el cuello uterino al endometrio, trompas uterinas y en ocasiones a las estructuras vecinas (ovarios, peritoneo y cavidad pelviana). Bajo el término de Enfermedad Inflamatoria infecciosa pélvica se encuentran una variedad de condiciones inflamatorias que afectan la parte alta

del aparato genital femenino, tejido conectivo subyacente y cavidad pélvica. La entidad circunda un espectro clínico ampliamente increíble; desde formas “silentes” o infecciones sintomáticas hasta una enfermedad tan aguda que compromete la vida. La mayoría de los médicos conocen lo impreciso que es este término en la literatura médica. Muchos autores incluyen las infecciones que aparecen durante el embarazo, post parto, post aborto, o el post operatorio. En muchos casos la anatomía, microbiología y los hallazgos histopatológicos son casi indistinguibles de una verdadera EIP.

Nosotros definimos la Enfermedad Inflamatoria Infecciosa Pélvica como: *la infección que asciende desde el aparato genital bajo (vagina y cérvix) hacia las Trompas de Falopio, ovarios y peritoneo pélvico.*

La mayoría de los autores citan la Enfermedad Inflamatoria Pélvica “Silente” como causada por bacterias como la Chlamydia Trachomatis. La OMS manifiesta gran preocupación por el marcado aumento en el número de casos con infecciones de transmisión sexual (ITS) y estima que aproximadamente se presentan 250 millones de casos nuevos por año; por lo que las infecciones por Chlamydias han sido consideradas las ITS de mayor incidencia a nivel mundial. Las Chlamydias Trachomatis son un grupo de bacterias intracelulares obligadas que se caracterizan por poseer ADN y ARN, cromosomas bacterianos y pared celular químicamente similar a las bacterias Gram negativas, además se dividen por fisión binaria y son sensibles a determinados antibióticos.

La prevalencia de la infección varía en dependencia del país, nivel cultural, etc. pero los resultados son realmente alarmantes dependiendo además de las técnicas para su diagnóstico.^{23 - 24}

Se plantea que alrededor de un 3- 5 % de las mujeres que padecen EIP pueden presentar cuadro de peri hepatitis conocido como Síndrome de Fitz- Hugh- Curtis; con un cuadro clínico inespecífico y que puede ser confundido con cuadros inflamatorios infecciosos del aparato digestivo o respiratorio o tener como manifestación fundamental el dolor en hipocondrio derecho.

El diagnostico se puede plantear en mujeres con vida sexual activa y por laparoscopia o visualización directa se describan las adherencias peri hepáticas.

Durante el embarazo Bidela describe que el 25 % de las mujeres infectadas pueden desarrollar Endometritis, Salpingitis y el número de abortos, partos pretérminos, Rotura de membranas y Corioamnionitis es mayor.

La Chlamydia Trachomatis es un patógeno importante productor de Fosfolipasa, que activa el ácido araquidónico del amnios y el corion, estimulando la producción y liberación de Prostaglandinas.

Se ha reportado la asociación de este germen con el virus del papiloma humano como factor predisponente en la etiopatogenia del cáncer de cuello uterino.²⁵

EPIDEMIOLOGÍA

La OMS estimó que en el año 2000, una de cada dos mujeres que alcanzaran la edad reproductiva en los años 70, habría tenido un episodio de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). De ellas 25 % estuvo hospitalizada, 25 % fue sometida a cirugía mayor y 20 % quedaron estériles.

La mayoría de los casos de EIP están relacionados con enfermedades de transmisión sexual.

Entre 8 a 20 % de las mujeres con cervicitis por gonococos no tratadas y 8 a 10 % de las mujeres con cervicitis por Chlamydias no tratadas se complican con EIP.

Otros factores que han sido relacionados con el incremento de EIP incluyen el uso de dispositivos intrauterinos e infecciones puerperales y post aborto; también se asocia con algunos procedimientos operatorios, tales como dilatación y curetaje uterino, histerosalpingografía e historia de EIP previa.²⁶

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica suele presentarse en las edades extremas donde existe mayor actividad sexual. Ambos sexos se afectan por igual. La mayoría de los casos de enfermedad inflamatoria pélvica están relacionados con enfermedades de transmisión sexual. La E.I.P. ha afectado por lo menos una vez al 10% de las mujeres en edad reproductiva.

Esta patología es más frecuente entre la 2da y la 3ra décadas de la vida con una alta incidencia (25% a 50%) en nulípara y deja en muchas ocasiones secuelas tales como infertilidad, algia pélvica crónica, aumenta las incidencias de embarazo ectópico, elevando la morbilidad de las mujeres en edad fértil.²⁷

ETIOLOGÍA

La causa de la EIP es de naturaleza poli microbiana; una amplia variedad de microorganismos han sido aislados en el tracto genital superior de las mujeres afectadas, entre ellos *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y micoplasmas, bacterias anaerobias y aerobias tales como especies de bacteroides, *Peptoestreptococos*, *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia Coli*, estreptococos del grupo B, etc.

En la patogénesis de esta afección se mencionan como vías de propagación en primer lugar la vía ascendente, que además de ser la más importante es la que más formas clínicas de esta enfermedad proporciona, otras son la vía linfática, la hemática y por contigüidad. Dentro de los factores favorecedores se mencionan la

inmadurez del sistema inmune en el aparato genital, los bajos niveles de anticuerpos protectores contra clamidias, los cambios cíclicos del moco cervical y las malas condiciones socioeconómicas.

Según la severidad del cuadro clínico la EIP se clasifica en:

- Enfermedad Inflamatoria Pélvica estadio I o salpingitis aguda sin pelvi peritonitis.
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica, estadio II o salpingitis aguda con pelvi peritonitis.
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica estadio III o salpingitis con formación de absceso (Piosalpinx o absceso tuboovárico).
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica Estadio IV o Rotura de abscesos tuboováricos.

El diagnóstico clínico de salpingitis aguda en ocasiones se hace muy difícil por 2 aspectos fundamentales: la variación en el cuadro clínico de las pacientes y los cambios en la distribución y aparición de microorganismos patógenos productores de esta enfermedad; es por esto que cada día se hace necesario la utilización de técnicas que aseguren un diagnóstico preciso y oportuno de esta entidad, lo que evitaría secuelas en la actividad reproductiva de estas mujeres.⁵

Como la Enfermedad Inflamatoria Pélvica es frecuentemente consecuencia de una infección de transmisión sexual (ITS), su profilaxis está basada en la prevención de las infecciones del tracto genital inferior, promoviendo programas para ello, así como en el diagnóstico precoz, oportuno y tratamiento eficaz de estas infecciones antes de avanzar a una EIP, sin olvidar el tratamiento de las parejas sexuales. Es

preferible sobre tratar las infecciones del tracto genital inferior que dejar de hacer el diagnóstico.

Las mujeres con un episodio de Enfermedad Inflamatoria Pélvica tienen el riesgo de nuevos episodios (EIP recurrente) que debe ser tratada igual que el episodio inicial, teniendo de 6 a 10 veces más probabilidad de tener un embarazo ectópico.

6

Existe diversidad de criterios en cuanto al tratamiento de la paciente con Absceso Tubo-ovárico (ATO) no roto y generalmente se decide sobre la base de la edad, paridad y circunstancias clínicas de la paciente.

Las pacientes con peritonitis generalizada debido a la sospecha de la rotura de un absceso tubo-ovárico o con enfermedad refractaria al tratamiento médico son candidatas al tratamiento quirúrgico. Cuando un absceso pélvico se localiza en el fondo de saco de Douglas y diseca al tabique rectovaginal la colpotomía posterior es una buena vía de drenaje del absceso.

Los propósitos del tratamiento son la resolución completa de la infección y la prevención de la infertilidad y el embarazo ectópico, descritas como las principales complicaciones tardías.⁷

CUADRO CLÍNICO

Frecuentemente la EIP se presenta con escaso o ningún signo o síntoma. El dolor es el síntoma más frecuente, de intensidad variable en relación con la extensión y gravedad del proceso; se incrementa con los cambios de posición y con la de

ambulaci3n, se hace intolerable cuando la EIP se extiende al peritoneo, y obliga a la paciente a permanecer acostada. La fiebre puede elevarse hasta 39 3 40 grados cent3grados y est3 acompa1ada de escalofr3os. La leucorrea frecuentemente precede en 10 a 20 d3as el inicio del dolor pelviano. Aproximadamente $\frac{3}{4}$ partes del total de las mujeres refieren un aumento del flujo vaginal. En la EIP causada por gonococo o clamidia, los s3ntomas generalmente se inician durante la menstruaci3n o durante la fase proliferativa del ciclo menstrual. Los s3ntomas gastrointestinales son poco frecuentes en la EIP ligera o moderada; pero en las formas severas con participaci3n peritoneal s3 est3n presentes las n3useas y v3mitos. Se han reportado dolor o molestias en el cuadrante superior derecho del abdomen en 5 % de los casos, debido a peri hepatitis concomitante. Los s3ntomas mencionados anteriormente se acompa1an de taquicardia, polipnea y en ocasiones de toma del estado general. Las distintas formas cl3nicas tienen un cuadro cl3nico muy parecido, pero con diferencias que dependen de la porci3n del aparato genital que est3 afectado.

La endometritis es la inflamaci3n de la mucosa uterina cuando es invadida por los microorganismos, con predominio del dolor en bajo vientre y ante la movilizaci3n del 3tero.

En la salpingitis se produce la inflamaci3n de la mucosa tubaria, que por lo general es bilateral y puede evolucionar desfavorablemente con el cierre del extremo distal de la trompa, y la consiguiente acumulaci3n de pus que denominamos *Piosalpinx*.

El contenido tubarico puede escapar por su extremo distal y provocar peritonitis p3lvica que de acumularse en el fondo del saco de Douglas formar3a el

denominado *absceso de Douglas*. El extremo fímbrico de la trompa puede unirse a la corteza ovárica y el material infectado penetrar en el ovario por el punto de rotura folicular o penetrar directamente la cortical ovárica, con lo que se forma un verdadero *absceso ovárico*. El piosalpinx o el absceso tuboovárico pueden figurarse o romperse, y verter su contenido en la cavidad abdominal lo cual provocaría un cuadro de extrema gravedad. El piosalpinx puede evolucionar hacia la resolución con modificación del pus, que toma un aspecto claro, transparente, y mantiene la distensión tubaria (*hidrosalpinx*).^{28 - 30}

Las pacientes que han presentado un episodio de EIP tienen el riesgo de volver a padecerlo, y en ese caso deberán ser tratadas igual que la primera vez.

DIAGNÓSTICO

Deben ser examinados los genitales externos en busca de enrojecimientos, fisuras, ulceraciones, verrugas y secreciones. La inspección del cuello uterino es fundamental, ya que puede mostrar la existencia de endocervicitis mucopurulenta o la presencia de más de diez leucocitos polimorfo nucleares por campo microscópico, de gran magnitud al observarse en la coloración de Gram. Durante el examen pélvico bimanual, el dolor a la movilización del cuello uterino y de los anexos uterinos es la piedra angular en el clásico diagnóstico clínico de EIP, y su valor predictivo es de 70 % cuando se realiza exploración laparoscópica como confirmación diagnóstica.

Los estudios de laboratorio muestran que el aumento de la velocidad de eritrosedimentación, de los leucocitos y de la proteína C reactiva está asociado con la EIP.

El examen ultrasonográfico permite mostrar la presencia de las masas pélvicas (abscesos tuboovárico), trompas dilatadas (Piosalpinx o hidrosalpinx) y líquido en el fondo del saco de Douglas. Éste es un examen no invasivo que se realiza como complemento del examen pélvico bimanual. El estudio laparoscópico fue inicialmente utilizado para la confirmación del diagnóstico clínico y está indicado en pacientes en quienes, además de la sospecha clínica de EIP, se incluye la posibilidad de apendicitis, enteritis regional, embarazo extrauterino, endometriosis, quiste de ovario, sangramiento intrabdominal por ovulación o ruptura del cuerpo lúteo. La laparoscopia también puede ser utilizada en la toma de muestras para estudio microbiológico.³¹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El más importante de los errores en el diagnóstico diferencial es omitir la apendicitis aguda o el embarazo ectópico. Las características del dolor (lugar de inicio, localización, irradiación y duración) pueden ayudar a establecer el diagnóstico, así como las características de las secreciones vaginales o sangramiento genital.

COMPLICACIONES.

1. Plastrón pélvico crónico.
2. Infertilidad.
3. Embarazo ectópico.

4. Sepsis.
5. Peritonitis localizada o generalizada.
6. Insuficiencia respiratoria aguda: Lo más temido en la sepsis es la instalación de una insuficiencia respiratoria aguda, como manifestación de una lesión pulmonar aguda, que puede evolucionar hacia un síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA) en el 5 al 40% de los pacientes.
7. Shock séptico: Puede presentarse hasta en el 20 % de los enfermos portadores de una sepsis y su mortalidad es elevada.
8. Trastornos de la coagulación: Pueden presentarse trastornos de la coagulación tales como trombocitopenia, CID y fibrinólisis. La sepsis constituye la causa principal de CID y su presencia, diagnosticada por los medios de laboratorio o por la presencia de una diátesis hemorrágica, constituye un signo de mal pronóstico.
9. Insuficiencia renal: La oliguria puede presentarse precozmente por depleción del volumen intravascular o por una inadecuada hipoperfusión renal. Posteriormente se desarrolla una necrosis tubular aguda.
10. Síndrome de disfunción múltiple de órganos: El daño endotelial de la sepsis, así como las alteraciones de la oxigenación que se provocan, constituyen el común denominador para que se instale el síndrome de disfunción múltiple de órganos, que agrava el pronóstico del paciente en forma proporcional al número de órganos en disfunción. Hasta nuestros días, si existe disfunción de 3 órganos o más durante 5 días, la mortalidad alcanza el 100%.
11. Otras complicaciones: Pueden presentarse hemorragias del tractus gastrointestinal e insuficiencia hepática terminal

SECUELAS

La explicación más aceptada para el actual incremento de la infertilidad es el impacto de factores exógenos, debido al aumento de las infecciones transmitidas sexualmente como causa de EIP, por lo que la mayoría de los casos de infertilidad pueden ser atribuidos a infecciones de las trompas uterinas.

El embarazo ectópico (tubario) también está asociado con EIP previa y la oclusión incompleta de la luz tubaria.

Las mujeres que han padecido de EIP tienen 6 a 10 veces más probabilidades de tener un embarazo ectópico. En la mayoría de los estudios, aproximadamente la mitad de las trompas extirpadas por embarazo ectópico muestran signos de infección anterior y las pacientes refieren una historia de EIP. Otra consecuencia conocida por todos los ginecólogos es el dolor pelviano crónico, definido como aquél con una duración de 6 o más meses, frecuentemente relacionado con el ciclo menstrual y más pronunciado durante la ovulación y la fase lútea; la dispaurenia es frecuente.

La proporción de pacientes con dolor pélvico crónico aumenta con el número de episodios de EIP y la mayoría presenta cambios morfológicos de las trompas uterinas y ovarios, relacionados con la extensión de adherencias pelvianas, uterinas y anexiales.³²

TRATAMIENTO.

La EIP casi siempre es consecuencia de una enfermedad de transmisión sexual, por lo que su profilaxis está basada en la prevención de las infecciones del tracto genital inferior, en su diagnóstico precoz y oportuno y en el tratamiento eficaz de estas infecciones antes que avance a EIP, sin olvidar el tratamiento de las parejas

sexuales. Es preferible sobre tratar las infecciones del tracto genital inferior que dejar de hacer el diagnóstico.

Preventivo

Constituye el pilar fundamental del tratamiento. Debemos hacer énfasis en la educación sexual de los jóvenes, la utilización de anticoncepción de barrera, La técnica correcta para el aseo personal, El tratamiento adecuado y oportuno de las infecciones geniales bajas y otras medidas que tienen una importancia vital en la profilaxis de la enfermedad.

Es importante iniciar el tratamiento de la EIP tempranamente. La mayor parte de los casos pueden ser tratados de forma ambulatoria, siempre que los hallazgos sean típicos, la enfermedad ligera (temperatura menor que 38,3°C, conteo de leucocitos inferior a 15 000 por mm³, y no existan masas pélvicas ni reacción peritoneal), la paciente tolere los medicamentos por vía oral y es seguro que seguirá el tratamiento. Todas las pacientes tratadas de forma ambulatoria, deben ser reevaluadas dentro de las 72 horas después de la evaluación inicial y las que no hayan mejorado deben ser hospitalizadas. La hospitalización puede ser recomendable en las situaciones siguientes: los hallazgos no son característicos, la temperatura es de 38,3 °C o más, el conteo de leucocitos es igual o superior a 15 000 por mm³, la paciente presenta una masa anexial o absceso tuboovárico, existen signos de reacción peritoneal, no tolera los medicamentos por vía oral o no se puede excluir una urgencia quirúrgica (embarazo ectópico o apendicitis aguda). Si la paciente porta un dispositivo intrauterino, este debe ser retirado. Algunos recomiendan hacerlo después de 24 horas de tratamiento.

Profilaxis.

No cabe duda que las bases para la E.I.P. están dadas por una buena atención ginecológica, evitar los procedimientos invasivos en el aparato genital educar sexualmente a la población.

Tratamiento.

Las únicas pacientes que pueden hacer tratamiento ambulatorio son las que presentan el estadio I y II de la enfermedad a excepción de las adolescentes.

Toda paciente con el diagnóstico de E.I.P. en estadio III, y IV deben ser hospitalizadas en centros que cuenten con servicios de ginecología.

Al ingreso pueden indicarse los siguientes complementarios:

1. Serología y VIH.
2. Hemograma con diferencial.
3. Eritrosedimentación: al ingreso y después cada 3-5 días.
4. Parcial de orina.
5. Exudado de vaginal simple y cultivo.
6. Test de Gram.
7. Ultrasonido ginecológico al ingreso y después de cada 7 días.
8. Laparoscopia en los casos con dudas diagnósticas.
9. Laparoscopia en caso de E.I.P en estadio IV.

Medidas generales

1. Reposo en posición semisentada
2. Bolsa de hielo en hipogástrico (no es imprescindible).
3. La dieta será de acuerdo al estado de la paciente y si tiene o no vómitos.
4. Si anemia, debe ser corregida de acuerdo a su intensidad.
5. Vigilar hidratación y aporte de electrolitos.
6. Vigilar la evolución de la enfermedad por tacto vaginal cada 5 días
ultrasonido cada 7 días y eritrosedimentación cada 3-5 días.

Medicación sintomática:

1. Analgésicos: Dipirona (600 mg) c/ 8 horas o 1 tableta (300 mg) c/8hrs.
2. Sedantes e Hipnóticos: Diazepam (5mg) 1 tableta c/8hrs .Puede usarse cualquier tipo de sedante o hipnótico.

Terapéutica antibiótica:

Esta debe ser encaminada a lograr un amplio espectro, debido a la posible etiología poli microbiana de la enfermedad .La medicación antibiótica debe ser administrada por vía endovenosa, siempre que no esté contraindicada dicha vía.

Los antibióticos deben ser siempre combinados:

I-a) Penicilina cristalina: 2-4 millones UI, EV, C/ 4-6 HORAS. Gentamicina (3-5 mg x Kg. x día) dividido en 3 dosis .E/V.

Si existe sospecha de infección por algún germen anaerobio como en los casos que el factor predisponente sea la colocación o retiro de un DIU o la presencia de abscesos debe adicionarse a las combinaciones anteriores el Metronidazol (500 mg) E/V c/ 8hrs a pasar en 20 minutos, si no existen contradicciones para la vía oral ,como vómitos o intolerancias puede ser utilizada esta vía ya que el medicamento es absorbido en su totalidad por vía digestiva ,la dosis es de 250-500 mg c/ 8hrs las tabletas contienen 250 mg del medicamento.

La terapéutica antibiótica debe ser entre 7-10 días.

Si trascurrida 48-72 hrs. del uso de estos antibióticos la fiebre persiste por encima de 38°C el estado general de la paciente no mejora o empeora , debe cambiarse la terapéutica antibiótica y pasar a usar combinaciones antibióticas del grupo II.

II-a) Cefalosporina y Aminoglucósidos.

b) Tratamiento II- a) + Metronidazol.

c) Cefalosporina y Doxiciclina.

d) Quinolonas y Clindamicina o Metronidazol.

La Doxiciclina ha dado muy buenos resultados en el tratamiento de la E.I.P. cuya etiología es por Chlamydia trachomatis, además de tener una eficacia aceptable contra el gonococo.

Las Quinolonas como el Ofloxacin tienen actividad contra algunos gérmenes facultativos Gram positivos y contra Gram negativos incluyendo el Gonococo y la Chlamydia pero la actividad contra los anaerobios es muy limitada, es efectiva en

el tratamiento de la Salpingitis no complicada con accesos tuboovárico, en estos casos si se usa, debe asociarse a la Clindamicina (Lincomicina que tiene gran actividad contra anaerobios y gérmenes Gram +).

La asociación de esteroides a la terapéutica antibiótica en la E.I.P. es muy discutida. Quienes condenan su uso lo hacen por su efecto inmunodepresor aduciendo que este efecto favorece la progresión de la Sepsis. Quienes lo defienden plantean que al mejorar la perfusión tisular, mejora el estado general, la fiebre desaparece y la eritrosedimentación disminuye, parece ser que favorece la entrada de antibióticos a los abscesos. Estudios realizados en EUA aseguran que, su uso asociado a los antibióticos logra una curación del 75% de los abscesos y principalmente del absceso tuboovárico, mientras que los abscesos tratados solo con antibióticos curan en un 50%, por lo que su uso disminuye la necesidad de tratamiento quirúrgico. No se ha podido determinar aun la influencia que pudieran tener los esteroides en el aumento de esterilidad post-E.I.P.

Dosis de 15-30 mg de Prednisona, vía oral en 24 horas dividida en 3 dosis parece ser la dosis ideal, el tiempo de tratamiento es variable y está en relación con la localización e intensidad del proceso inflamatorio pélvico.

Se plantean otros esquemas de tratamiento antibiótico en la E.I.P y por su actualidad y magníficos resultados exponemos el del Centro de Control de E.I.P de EUA:

I. Tratamiento no hospitalizado.

a) Cefoxitín: 2 g, intramuscular, junto con la indicación de Probenecid o Ceftriaxone 250 MG. intramuscular dosis única.

Doxiciclina: 100mg vía oral cada 12 horas por 14 días.

b) Ofloxacin: 400 mg vía oral cada 12 horas por 14 días.

Clindamicina: 450 mg vía oral cada 6 horas o Metronidazol: 500 mg vía oral 12 horas por 14 días.

II. Tratamiento Hospitalizado.

a) Cefoxitín: 2 g E/V c/ 6 horas o Cefotetan: 2 g, E/V, c/12 horas.

Doxiciclina: 100 mg cada 12 horas, v/o ó E/V.

b) Clindamicina: 900 mg E/V cada 8 horas.

Gentamicina: E/V ó I/M, una dosis de ataque de 2 m. x Kg. de peso y dosis de mantenimiento de 1.5 mg x Kg. de peso c/ 8 horas.

Esta terapéutica antibiótica se mantiene hasta 48 - 72 horas después que la paciente está asintomática.

Tratamiento quirúrgico (criterios)

1. Rotura de abscesos (estadio IV de la enfermedad).
2. Persistencia de abscesos tuboovárico después de tratamiento Antibióticos.
3. Empeoramiento de la paciente a pesar del tratamiento antibiótico.
4. Persistencia de fiebre y no mejoría de las pacientes en estadio III al cabo de 72 horas de tratamiento antibiótico.

5. Recidivas o reinfecciones repetidas de episodios de E.I.P.

El tratamiento radical (histerectomía con doble anexectomía) estará indicado en pacientes con las formas graves de la enfermedad y en pacientes que tienen su paridad satisfecha.

El tratamiento quirúrgico conservador se realizara en pacientes jóvenes o sin descendencia que no presentan formas graves de la enfermedad.

Actualmente la laparoscopia y la cirugía endoscópica han tomado gran auge en el mundo como una variante del tratamiento quirúrgico clásico.

El drenaje percutáneo, dirigido por ecografía está ganando adeptos como tratamiento del abscesos tuboovárico en mujeres que no tienen hijos.

Seguimiento de la E.I.P:

La paciente que ha padecido una E.I.P. debe tener un seguimiento por el especialista de ginecología quien auxiliado por métodos complementarios de diagnósticos (eritrosedimentación y ecografía) debe orientar a la paciente para evitar:

1. Recidiva de la E.I.P. (cuando aparece un nuevo episodio de la enfermedad antes de las 6 semanas del episodio anterior).
2. Reinfección (cuando aparece después de 6 semanas del episodio anterior).
3. Forma crónica de la enfermedad (dolor pelviano, dispareunia, trastornos menstruales, etc.)

Pronóstico de la E.I.P:

- El 12 % de las pacientes repiten el episodio.
- El 6% puede presentar esterilidad de causa tubárica, que puede ascender a 18 % si tienen una nueva E.I.P. y llegar al 40 % si se repite en 3 ocasiones.
- En aproximadamente el 25 % de los embarazos ectópicos hay antecedentes de E.I.P. y en casi el 50 % puede demostrarse una salpingitis silenciosa.

Entre el 16 y 18 % evolucionan hacia la forma crónica de la enfermedad.

El tratamiento ambulatorio consiste en:

1. Ceftriaxone a 250 mg I/M. en dosis única o Cefoxitín a 2 g I/M. en dosis única más Probenecid a 1 g oral seguido de Doxiciclina a 100 mg oral 2 veces/día durante 14 días. Una alternativa a la Doxiciclina es la tetraciclina a 500 mg oral 4 veces/día por 14 días o Eritromicina en igual dosis y tiempo. Algunos recomiendan el Metronidazol a 500 mg oral 4 veces/día durante 14 días.

2. Debe recomendarse al paciente reposo en cama y abstinencia sexual hasta que todos los síntomas hayan desaparecido y su pareja sexual haya sido tratada.

3. El tratamiento de la paciente hospitalizada tendrá en cuenta el reposo en posición semisentada, vigilancia del aporte hidroelectrolítico y evaluación pélvica cada 3 días para valorar la evolución. Se administrarán antimicrobianos:

a) Régimen A: cefoxitina a 2 g E/V cada 6 horas o Cefotetan a 2 g E/V cada 12 horas u otra Cefalosporina en dosis equivalente; simultáneamente se administrará Doxiciclina a 100 mg E/V u oral cada 12 horas o Tetraciclina a 500 mg cada 6 horas.

b) Régimen B: Gentamicina a 2 mg/Kg. de peso como dosis inicial, y continuar con 1,7 mg/Kg. de peso cada 8 horas más Metronidazol a 0,5 ó 1 g E/V u oral cada 6 a 8 horas o Clindamicina a 600 ó 900 mg E/V cada 8 horas.

Cualquiera de estos esquemas es administrado por lo menos hasta 48 horas después que la paciente mejore. Después del alta hospitalaria debe continuarse la Doxiciclina o tetraciclina hasta totalizar 14 días.

c) También puede utilizarse la combinación de Cefalosporina más Metronidazol, seguida de tetraciclina.

4. Las pacientes con peritonitis generalizada debido a la sospecha de la rotura de un absceso tuboovárico o si éste es refractario al tratamiento, son candidatas al tratamiento quirúrgico. Cuando un absceso pélvico se localiza en el fondo del saco de Douglas y diseca el tabique rectovaginal, la colpotomía posterior es una buena vía de drenaje del absceso.^{33 - 36}

CAPITULO 4

DISEÑO METODOLOGICO.

MATERIAL Y METODO

CONTEXTO Y CLASIFICACION DE LA INVESTIGACION:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en pacientes que acudieron a la consulta de ginecología del HIC de Caracollo en el periodo comprendido del 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2007.

UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo estuvo constituido por 407 mujeres que presentaron Enfermedad Inflamatoria Pélvica y que acudieron a la consulta de ginecología del HIC de Caracollo en el departamento de Oruro, en el período de enero a diciembre del 2007, del total del universo dieron su consentimiento informado para participar en la investigación 214 pacientes diagnosticadas con una Enfermedad Inflamatoria Pélvica en el período antes señalado.

Caso de Enfermedad Inflamatoria Pélvica: Toda paciente que acuda a consulta con Dolor espontáneo o a la palpación en hipogastrio y/o leucorrea purulenta o fétida y/o Fiebre.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Haber sido Diagnosticada con Enfermedad Inflamación Pélvica y que fueron atendidas en la consulta de ginecología del H.I.C de Caracollo con el diagnostico de E.I.P.

- Pacientes que brindaron su consentimiento informado (anexo 1) para su participación en la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Quedaron excluidas aquellas mujeres que en el periodo en que se aplicó el formulario no se encontraban presente en el municipio donde se realizó el estudio.
- Quedaron excluidas aquellas mujeres que no estuvieron de acuerdo en participar en la investigación.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

Los datos se obtuvieron de un formulario confeccionado (anexo 2) por el propio investigador, validado previamente por un grupo de especialistas afines, para recoger los datos de las pacientes seleccionadas.

Los datos obtenidos fueron procesados en paquetes estadísticos SPSS versión 11.0 para Windows según los intereses en cada caso. Los resultados se muestran en tablas de frecuencia absoluta y acumulada y de relación de variables expresadas en número y por ciento, así como gráficos estadísticos, los que se elaboraron en una microcomputadora Pentium 4 utilizando el Sistema Operativo Microsoft Windows XP servipack 2 y los paquetes de programa Microsoft Office 2003 con sus aplicaciones Excel, PowerPoint y Word.

LA INVESTIGACIÓN SE REALIZO EN UNA ETAPA:

Etapas de diagnóstico.

Para la ejecución del estudio en una primera etapa se estableció la comunicación con la administración del Hospital de Caracollo donde se encontraban archivados los registros que recogen a las 407 pacientes atendidas en el periodo a investigar, una vez seleccionados los registros del total de las pacientes atendidas ese año con Enfermedad Inflamatoria Pélvica, se procedió a la comunicación con las pacientes para solicitar su aprobación en participar en el estudio lo que quedó validado a través de un documento que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el estudio (anexo No.1) y se incluyeron un total de 214 pacientes.

Para dar salida a los objetivos específicos se procedió a aplicar el cuestionario (anexo 2) en el encuentro, caracterizándose el grupo de estudio e identificándose el nivel de conocimiento que poseían del proceso de enfermedad que habían presentado lo que permitió la aclaración de cualquier duda de acuerdo a los términos o definiciones empleados.

Evaluación inicial:

El cuestionario inicial fue de 9 preguntas, de ellas, cuatro relacionadas con datos generales de las pacientes y el resto con antecedentes de salud y aspectos sobre la enfermedad que presentaron en el periodo que se investiga. Teniendo en cuenta que ninguna de las pacientes fue hospitalizada y que el nivel de conocimiento sobre la enfermedad que ellas tenían era escaso, las preguntas fueron hechas de manera clara, directas y con poco margen de error a la hora de ser respondidas.

Del procesamiento de la información.

La información obtenida del cuestionario fue recopilada en forma computarizada para lo cual se creó una base de datos en una computadora Pentium IV utilizando la aplicación Excel del programa Microsoft Office versión 2003, Donde se calculó el porcentaje como medida resumen.

Los resultados fueron reflejados en forma de tablas estadísticas de distribución y frecuencias y datos de asociación.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta todos los elementos establecidos en la metodología para la realización del trabajo de terminación de la maestría de Enfermedades Infecciosas en la provincia de Ciego de Ávila.

Técnica de discusión de los resultados.

Los resultados se analizaron utilizando la información previa del autor. Se realizó mediante la justificación de los objetivos y utilización de información científica, aportada por estudios nacionales e internacionales consultados, lo que nos permitió emitir conclusiones y recomendaciones.

BIOETICA MÉDICA. Consideraciones de la ética y bioética.

La moderna tecnología incorpora continuamente nuevos equipos, instrumentos y procedimientos a los amplios recursos ya disponibles en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Sin abandonar la actitud de asimilar y llevar a la práctica los avances y logros de las ciencias médicas, el profesional de la salud no debe dejarse llevar por la impaciencia en su utilización, sin una valoración previa y prudente, sin una

información adecuada y el conocimiento de las experiencias que avalen la aplicación de un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico.

En los medios sociales donde la medicina adquiere un carácter competitivo y mercantil, un novedoso equipo, instrumento o técnica entra a formar parte no solo de los intereses científicos, sino también de los económicos particulares.

No se corresponde esta situación a nuestra sociedad, donde el médico adquiere una elevada responsabilidad científica y humana en la indicación o realización de nuevos procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Muchos procedimientos en uso en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, no están exentos de causar molestias y temores al enfermo y en algunos casos, no puede desecharse el peligro de una complicación de mayor o menor gravedad. De aquí, la obligación por parte del profesional, de ser muy cuidadoso en el momento de decidir la práctica de un proceder técnico, analizar seriamente que objetivo o fines persigue y comprobar si está perfectamente justificada su aplicación.

El estudio está justificado desde el punto de vista ético pues se realiza según lo establecido en la Declaración de Helsinki, modificación de Edimburgo (2000) sobre las investigaciones con seres humanos con fines diagnósticos y o terapéuticos.

-Las personas incluidas pueden obtener un beneficio de su participación, pues el conocimiento de los factores predisponentes de la E.I.P así como sus complicaciones y secuelas, además permite al médico actuar en consecuencia con mayor nivel científico y pautarse un seguimiento adecuado así como poder

modificar dichos factores predisponentes, disminuyendo la frecuencia de esta enfermedad.

- No se trata de la realización de estudios invasivos, sino de la realización de encuesta que permita conocer aspectos relacionados con la enfermedad inflamatoria pélvica.
- Por norma, bajo los principios bioéticos de beneficencia y no- maleficencias se les informa al paciente y los familiares los procedimientos a que son sometidos y en los casos necesarios se les pide su consentimiento.
- Se garantiza la confidencialidad de los datos individuales de los sujetos, los que son recogidos en una base de dato que solo es de dominio de los investigadores y los médicos de asistencia.

Para esta investigación, se solicitó el consentimiento informado a las mujeres (anexo 1).

Para la recolección de la información se confeccionó una lista en Microsoft Excel, del paquete de aplicaciones Microsoft Office 2003. Los datos obtenidos fueron procesados en una computadora Acer, Pentium IV, sistema operativo Windows XP, SP2, expresados en tablas y gráficos para una mejor interpretación y análisis de los resultados.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Escala	Descripción
Grupos de Edad	Cuantitativa continua	15 a 24 25 a 34 35 a 44 45 y mas	Según último año cumplido
Ocupación laboral	Cualitativa nominal politómica	Ama de casa Estudiante Comerciante Trabajadora agrícola	Según resultados del cuestionario aplicado
Nivel Educativo	Cualitativa Nominal politómica	Analfabeta Primaria Secundaria Preuniversitaria Universitaria	Según grado educativo alcanzado
Edad primeras relaciones sexuales	Cuantitativa continua	12 a 15 años 16 a 19 años 20 y mas años	Según resultados del cuestionario aplicado
Episodios previos de la enfermedad	Cuantitativa discreta	1 a 2 3 a 4 5 o mas	Según resultados del cuestionario aplicado
Síntomas y signos mas frecuentes	Cualitativa nominal politómica	Fiebre Leucorrea Dolor Irritación Pélvica	Según resultados del cuestionario aplicado
Evolución de la enfermedad	Cualitativa nominal dicotómica	Favorable desfavorable	Según evolución recogida en el cuestionario aplicado
Forma de tratamiento medico	Cualitativa nominal dicotómica	Tos, medico medico quirúrgico	Según tratamiento aplicado

CAPITULO 5

ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Cuadro 1: Distribución de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria pélvica según grupos de edades. HIC Caracollo, Departamento de Oruro. Republica de Bolivia. Año 2007.

GRUPOS DE EDAD	NÚMERO DE PACIENTES	POR CIENTO (%)
15 - 24 años	74	34,57
25 – 34 años	84	39,26
35 – 44 años	43	20,09
45 y mas años	13	6,08
Total	214	100

Fuente. Formularios

En América Latina y el Caribe la población entre los 14 y 24 años de edad alcanzó 175 millones en el año 2000, lo cual representa alrededor de un tercio de la población total de la región. En esta región muchos jóvenes están teniendo relaciones sexuales, a menudo sin protección, lo cual los coloca en riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH que en el Caribe la epidemia del VIH/SIDA es alarmante entre los más jóvenes. Sin embargo, algunas

iniciativas para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes están dando resultados alentadores.

Según fuente de la Oficina Jurídica para la mujer, en Bolivia el 21% de las jóvenes entre 15 y 29 años son sexualmente activas y sólo el 1,6% usa un método anticonceptivo moderno y 5% métodos tradicionales. La mitad de estos individuos se ubican en el tramo de edad de 15 a 29 años, de los cuales cinco millones son mujeres.

Al analizar el cuadro 1 vemos que hubo franco predominio de las pacientes en los grupos de edades de 25-34 años, con 39,26 % (84 pacientes) y de 15-24 años, con 34,57 con 74 lo que coincide con la literatura revisada que plantea que la enfermedad inflamatoria pélvica es más frecuente en las mujeres jóvenes sexualmente activas. Similares resultados se reportan en un estudio donde se señala que en los Estados Unidos, el grupo de edad de mujeres jóvenes presenta las mayores tasas de enfermedades de transmisión sexual y por consiguiente de procesos inflamatorios pélvicos. Estos resultados concuerdan con lo expuesto por Berdasquera Corcho D y colaboradores donde se demuestra la aparición de esta enfermedad en mujeres en edad fértil y sexualmente activas y de manera agresiva en la adolescencia, esto ha sido corroborado en nuestro estudio.

Cuadro 2: Distribución de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria pélvica según ocupación laboral.

OCUPACIÓN LABORAL	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO %
Ama de casa	79	36,91
Estudiante	48	22,42
Comerciante	32	14,95
Trabajadora agrícola	55	25,72
Total	214	100

Fuente: Formularios

Una de las principales causas que motiva que la mujer boliviana no se incorpore a la vida laboral de forma activa además del bajo nivel cultural es el hecho de que tempranamente asume el rol de ama de casa y madre de familia, también en estos lugares del altiplano boliviano es característico que la mujer contribuya en las labores agrícolas como vía de sustentar a su familia.

Observamos que de la muestra de estudio el mayor por ciento corresponde a mujeres que no se encuentran incorporadas a ninguna labor (36,91%), continuando, las mujeres incorporadas a la labor agrícola que motiva que realicen para esta labor grandes esfuerzos físicos (25,7%). Esta distribución es muy característica de los países con poco desarrollo educacional y cultural, la mujer

boliviana es una de las más desocupadas de América. Estos resultados concuerdan con lo expuesto por Berdasquera Corcho D y Fariñas Reinoso quienes en estudios realizados observaron que en países de Suramérica es frecuente que la mujer se dedique a labores agrícolas y cobra gran fuerza en el trabajo domestico como pilar fundamental en sus familias, estas mismas observaciones encontramos en nuestra muestra de estudio.

En este cuadro se observa como característica de las mujeres bolivianas que no tienen ocupación específica y se dedican a las labores domesticas, a esto se le añade el abandono temprano de los estudios lo que las convierte en personas como poca orientación y una mala formación educacional razón por las que las pacientes no tienen hábitos en la esfera sexual y poca higiene de forma general. Le es imposible en muchas ocasiones continuar la enseñanza ya que se ven sin recursos económicos, lo cual las obliga a contraer matrimonio tempranamente y a trabajar siendo ellas la única fuente de ingreso en el nuevo hogar. En la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado. Sabemos que es característica de todas las sociedades que la mujer tenga menos acceso o ejerza menos control de los recursos de valor que el hombre; por ejemplo, en los países en vías de desarrollo, generalmente a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir. Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos paico-sociales). Por lo tanto, gran parte de la

"educación sexual" que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar.

Cuadro 3: Distribución de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria pélvica según nivel educacional.

NIVEL EDUCACIONAL	NRO	%
Analfabetas	3	1,40
Primaria	118	55,14
Secundaria	76	35,51
PRE- Universitaria	11	5,14
Universitaria	6	2,81
Total	214	100

Fuente: formulario.

En el cuadro 3 observamos que el mayor por ciento de las mujeres han alcanzado solo el nivel primario de sus estudios (55,14%), con un total de 118 mujeres, después continúan las que lograron el nivel secundario con un 35,51%, correspondiendo a 76 mujeres, esto demuestra que ellas abandonan tempranamente sus estudios, correspondiéndose con los elementos encontrados en lo expresado por la enciclopedia libre en: <http://es.wikipedia.org/wiki> donde se

hace un análisis del nivel educacional alcanzado en los distintos países de América.

Los indicadores de educación en Bolivia hasta el 2003, muestran importantes brechas de género. La tasa de asistencia escolar para niñas es de 72% y para niños es de 76.5%. El menor acceso del sexo femenino, así como el abandono escolar temprano se debe a factores socioeconómicos y culturales, tales como la preferencia de la familia por la educación de los hijos varones y la supuesta obligación de la realización de tareas domésticas por parte de las niñas. Al mismo tiempo, factores como la diferencia de calidad en la dotación de servicios educativos, los contenidos discriminatorios de los textos escolares y la actitud de muchos educadores desincentivan la autoestima o interés de las niñas en lograr mejores niveles educativos.

La mujer que asiste a la escuela, lo hace con un significativo rezago, vale decir que una gran parte de las mujeres ingresan a un nivel escolar inferior al correspondiente a su edad. El abandono escolar es más representativo en las mujeres que en los varones adolescentes. Finalmente, el analfabetismo, a pesar de haber disminuido notablemente en el país, es mayor en las mujeres que en los varones.

Al carecer de la educación adecuada, es probable que la madre joven no posea las habilidades que necesita para conseguir un trabajo y conservarlo. Es común que dependa económicamente de su familia o del sistema de asistencia social.

Muchas mujeres jóvenes de comunidades pobres y reprimidas, poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente.

Igualmente la mayoría de las mujeres jóvenes presentan una invasión cultural distorsionada, facilitada por la televisión, las revistas pornográficas, la violencia, etc. En contraposición a la falta de programas oficiales sobre educación sexual, han hecho que estas jóvenes se adelanten en su vida reproductiva sin culminar su educación y capacidad para enfrentarse a un futuro más prometedor.

Sabemos que es característica de todas las sociedades que la mujer tenga menos acceso o ejerza menos control de los recursos de valor que el hombre; por ejemplo, en los países en vías de desarrollo, generalmente a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

La falta de instrucción en la joven tiene un efecto importante en su conducta. La necesidad de otorgar educación sexual a nivel primario es muy importante, debido a que los estudiantes abandonan la escuela antes o al finalizar este nivel. En consecuencia, los niños llegan a la adolescencia y a la juventud con conocimientos originados en fuentes no confiables respecto a la sexualidad (medios de comunicación, amistades, creencias populares, etc.).

Adicionalmente, la falta de acceso a la escuela y la deserción escolar de las mujeres, incide en otros aspectos relacionados con mejores niveles de calidad de vida.

Cuadro 4: Distribución de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria pélvica según edad del primer episodio.

GRUPO DE EDADES.	NUMERO DE PACIENTES	POR CIENTO (%)
15 a 19	54	25.23
20 a 24	47	21.96
25 a 29	27	12.61
30 a 34	30	14.02
35 a 39	22	10.29
40 a 44	21	9.82
45 o más	13	6.07
TOTAL	214	100

Fuente: Formularios.

En el cuadro 4 observamos las edades de aparición de la enfermedad inflamatoria pélvica por primera vez, agrupándose el mayor número en edades más jóvenes, entre 15 y 19 años de edad con el 25,23% con un total de 54 pacientes, continuando con el grupo de edad de 20 a 24 años con un 21.96% con 47 pacientes. Estos resultados eran los que esperábamos en nuestro estudio si tenemos en cuenta que en este país las jóvenes inician precozmente las

relaciones sexuales y constituye este uno de los factores predisponentes de las Enfermedades Inflamatorias Pélvicas. Esta misma observación fue encontrada en las revisiones observadas en los trabajos ONUSIDA. Situación de la epidemia, diciembre del 2003. Ginebra, donde se refieren al aumento de la actividad sexual entre adolescentes, la disminución de su iniciación y como consecuencia un aumento en la frecuencia de las infecciones de transmisión sexual y como secuela la inflamación pélvica aguda en pacientes jóvenes.

Cuadro 5: Distribución de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria pélvica según edad de comienzo de las relaciones sexuales.

EDAD	Nº. DE PACIENTES	(%)
12 a 15 años	67	31.30
16-19 años	115	57.73
20 ó mas	32	14.97
Total	214	100

Fuente: formularios.

En el cuadro 5 muestran que el mayor por ciento (57.73%) de las pacientes estudiadas inició sus relaciones sexuales entre los 16 y 19 años y en segundo lugar las iniciaron entre 12 y 15 años para un 31.30%. Los resultados anteriores coinciden con los encontrados en la bibliografía consultada, donde se plantea que

las mujeres adolescentes, sexualmente activas, solteras con varios compañeros sexuales son más propensas a adquirir una infección genital. Estos resultados concuerdan con lo expuesto por García Lahera C., y Álvarez Yabor V.

En el II Congreso de la Mujer, se señala la incidencia cada vez mayor de infecciones de transmisión sexual en el grupo de edad entre 14 y 24 años. Esto se lo atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana. Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con las infecciones de transmisión sexual es la falta de educación y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia estas enfermedades, abortos, hijos no deseados, familias con solo madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, parto, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad.

El principal medio que llega a las madres adolescentes es la Televisión (23.6%). Pero es muy llamativo y alarmante que 129 mujeres (25.1%) no recibió ningún tipo de información sobre esta problemática. Todo esto se corresponde con lo anteriormente planteado. En muchas ocasiones, cabe resaltar la constante publicidad sobre la sexualidad en los medios de televisión, cine y radio y publicaciones, que en vez de informar, resaltan la actividad sexual en jóvenes, y que estando presentes pueden contribuir a propiciar una actividad sexual temprana y en embarazos sucesivos en los jóvenes. Por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal.

Muy diferente es cuando existen programas orientadores y educativos a través de los diferentes medios de difusión, y de vital importancia es las actividades de educación sexual desplegadas en las escuelas.

Para lograr una excelente educación sexual en los jóvenes, es necesario desarrollar actividades y acciones integrales y coordinadas que abarquen el programa destinado a resolver los fenómenos y problemas del Crecimiento y Desarrollo normal y sus derivaciones, relacionados con la evolución del proceso endocrinológico sexual y mental del joven, la feminidad y su entorno social.

Podemos corroborar que muchas de nuestras pacientes tenían un deficiente grado de instrucción, con escasos conocimientos sobre aspectos sexuales y temprano inicio de la vida sexual activa, cuya condición las mantenía aún, en su mayoría dependiente del núcleo familiar de donde procedía. En contraposición a la falta de programas oficiales sobre educación sexual, han hecho que estas mujeres se adelanten en su vida reproductiva sin culminar su educación y capacidad para enfrentarse a un futuro más prometedor.

La educación es también un factor de importancia vital cuando se debe ayudar a la juventud a informarse y a tomar decisiones relacionadas con el sexo. El hecho de enseñarle a los jóvenes cómo utilizar un método anticonceptivo o de control de la natalidad cada vez que tengan relaciones sexuales es imperativo para que los mismos puedan -si así lo desean- mantener relaciones sexuales saludables. En **Chile**, un programa de educación sexual comparó el grupo de intervención con el grupo de control y demostró haber promovido una actitud más madura y responsable frente a la sexualidad.

Cuadro 6: Distribución de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria pélvica según los antecedentes previos de la enfermedad.

NÚMERO DE EPISODIOS PREVIOS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
0	105	49.06
1 a 2	91	42.52
3 a 4	17	7.94
5 ó más.	1	0.48
Total	214	100

Fuente: Formularios.

El mayor por ciento de pacientes estudiadas no tuvo antecedentes previos de Enfermedad Inflamatoria Pélvica como se evidencia en los resultados del cuadro 6, en el que encontramos que 105 pacientes sin antecedentes de EIP para un 49.06%, los cuales son superiores a los encontrados por otros investigadores ²¹⁻²². Donde se observa que el mayor número de pacientes referían antecedentes de enfermedades inflamatorias pélvicas, los resultados de nuestro estudio a pesar de no coincidir con la literatura actual internacional en la que si existe una relación directa demostrable en estudios multicéntricos acerca de esta enfermedad de cierta manera eran esperados si tenemos en cuenta que las pacientes que constituyeron nuestra muestra de estudio son personas de bajo nivel educacional

y en muchas ocasiones desconocían las características de la misma en el momento en que fueron entrevistadas. Pero en otro grupo de ellas si existió, lo que representa las reinfecciones o recidivas por la enfermedad, concluyendo que el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica estuvo presente y parece favorecer la aparición de complicaciones. Estos resultados concuerdan con lo expuesto en Guía para la capacitación de personal de salud para la prevención y manejo de Infecciones vaginales en el 2005 donde se observó que las mujeres con uno a más episodios de EIP tenían mayor riesgo de nuevos episodios.

Cuadro 7: Distribución de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria pélvica según los síntomas y signos mas frecuentes.

PRESENCIA DE SÍNTOMAS Y/ O SIGNOS.	SI		NO	
	No.	(%)	No.	(%)
Fiebre	175	81.77	39	18.23
Leucorrea purulenta o fétida.	113	52.80	101	47.20
Dolor espontáneo o a la palpación en hipogastrio.	214	100	0	0
Irritación peritoneal.	38	17.75	176	82.25
Punción del fondo de saco de Douglas positiva.	2	0.93	212	99.07
Dolor a la movilización cervical.	188	87.9	26	12.1
Dolor anexial al tacto vaginal	214	100	0	0

Fuente: Formularios.

La tríada sintomática de la enfermedad inflamatoria pélvica estuvo presente con mucha frecuencia en las pacientes estudiadas, predominada por el dolor

espontáneo o a la palpación en hipogastrio, el cual se presentó en el 100 % de ellas, seguido de la fiebre y la leucorrea purulenta o fétida respectivamente, no discrepando con los resultados obtenidos por otros investigadores aunque Merola señala que aunque no todas las mujeres con leucorrea tienen enfermedad inflamatoria pélvica, en todas se encuentra secreción vaginal anormal en el examen físico, planteamiento que no se relaciona del todo con nuestros resultados.

Dentro de la signología estudiada el dolor anexial al tacto vaginal y a la movilización cervical fueron los que mayor porcentaje registraron (100 y 87,9% respectivamente), mientras que los otros dos signos restantes tuvieron un porcentaje poco significativo, ya que se relacionan con las etapas más graves de la enfermedad, encontrándose similitud con lo revisado en la literatura, sin embargo recogemos cifras superiores a las reportadas por otros autores.

Es fundamental como bases para el diagnóstico la aparición de dolor en la parte baja del abdomen y la pelvis, por lo regular después del inicio o cese de las menstruaciones, así como hipersensibilidad abdominal, uterina, de los anexos y cervical al movimiento, además de hipertermia mayor de 38°C, leucocitosis superior a 10 000/ml, masa inflamatoria al examen o por ultrasonografía, secreciones cervicales, así como material purulento en la cavidad peritoneal. Estos otros signos son demostrados en estudios realizados por autores que plasman sus investigaciones en el Informe anual conjunto de Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud en el 2004, sin embargo en nuestra investigación encontramos algunas limitaciones para completar las investigaciones

diagnosticas por la negativa y poca colaboración de muchas pacientes en el momento en que acudieron a nuestra consulta médica.

Cuadro 8: Distribución de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria pélvica según evolución de la enfermedad inflamatoria pélvica.

EVOLUCIÓN	NUMERO DE PACIENTES	(%)
Favorable	166	77.57
Desfavorable	48	22,43
Total	214	100

Fuente: Formularios

En la generalidad de las pacientes la evolución fue favorable (166 pacientes), pues su curación se logró con el tratamiento médico impuesto, en el resto de la muestra se presentaron diferentes estadios de la enfermedad, lo cual constituyó el 22.42 % por lo que fue necesario su hospitalización y en algunos de los casos su remisión a centros de mayor nivel para su mejor evaluación y seguimiento. Generalmente las pacientes evolucionan hacia la curación con los novedosos esquemas terapéuticos impuestos, aunque esta depende de muchos factores, como señalan algunos autores como: Morales IM, Sotes Martínez JR y Olachea Lozano AM. Hubo coincidencia en nuestra investigación con los estudios realizados por esos autores y en un gran por ciento se debió a la instauración temprana de una terapéutica adecuada.

Cuadro 9: Distribución de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria pélvica según el tratamiento requerido.

TIPO DE TRATAMIENTO	TIPO DE TRATAMIENTO	(%)
Médico	176	82.24
Médico - Quirúrgico	38	17.76
Total	214	100

Fuente: formularios

Como muestra en el Cuadro 9 el tratamiento médico fue el más utilizado para un 70,09%, debido a que la mayoría de las pacientes resuelven con los esquemas terapéuticos instaurados y generalmente en 72 horas remiten los síntomas y esto está relacionado a que el mayor número de casos se clasifico en los estadios I y II, de lo contrario se pasaría a otro régimen de terapia antimicrobiana y de no resolverse el cuadro, pues requieren de añadirsele el tratamiento quirúrgico o realizar este de urgencia en los casos de pelvi peritonitis, como sucedió en aproximadamente 3 de cada 10 mujeres en estudio, resultados similares a los obtenidos por Frasery Jamiensen y el estudio Trends in Reportable Sexually Transmitted and Vaginal Infections Diseases in the United States en el 2004.

CAPITULO: 6

CONCLUSIONES

El mayor porcentaje de enfermas correspondió al grupo de edades 25-34 años, predominando el nivel educacional primario y como ocupación amas de casa. La edad de inicio de las relaciones sexuales fue predominante entre los 16 y 19 años de edad, seguido por las edades de 12-15 años de edad. Los síntomas y signos más frecuentes presentados al momento de la consulta fueron el dolor espontáneo o a la palpación en hipogastrio y el dolor anexial al tacto vaginal, seguido por el dolor a la movilización cervical, la fiebre y la leucorrea fétida o purulenta. La mayoría de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria Pélvica tuvieron una evolución favorable lo que coincide con el tratamiento médico.

CAPITULO 7

RECOMENDACIONES.

- 1- Dada la elevada incidencia de Enfermedad Inflamatoria Pélvica en mujeres jóvenes, recomendamos un seguimiento minucioso y dispensarización de los grupos de riesgo, la detección de estadios precoces de la enfermedad y tratamiento adecuado de la misma para evitar la aparición de complicaciones que pongan en riesgo el futuro reproductivo de estas mujeres.
- 2- Recomendamos que se extienda este tipo de estudio en el país y que se realicen también actividades educativas con estudios de impacto de estas.

CAPITULO 8

BIBLIOGRAFIA

1. Ramin SM, Wendel GD, Hemsell DL. Enfermedades de transmisión sexual e infecciones pélvicas. En: Decherney AH, Pernoll ML. Diagnóstico y tratamiento ginecosbétrico. 7ª ed. México: Manual moderno; 2004. p. 949-89.
2. Bolívar López C, Rodríguez Vázquez. Enfermedad Inflamatoria Pélvica, infección bacteriana del tracto genital superior femenino, que afecta al útero trompas de Falopio y ovarios. Rev Española de Ginecología 2005; 96(8): 115-19.
3. González Merlo J. Enfermedades de las Trompas. En: Hernández González M. Ginecología. 6ª ed. Barcelona: Masson SA; 2004. p. 484-97.
4. Benenson AS. Infecciones genitales por clamidia. En: Griffith R. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. 3ª ed. Washington: Organización Panamericana de Salud; 2005. p. 256-62.
5. Woo PC. Actinomyces Hongkongensis sp. nov. a novel Actinomyces species isolat from a patient with pelvic actinomycosis. Syst Appl Microbiol 2003; 38(4):518-22.

6. Guerra Verdecia, Hernández Fonseca N, Guerra Vázquez N, Proenza Macías J. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. Rev Cub Obste Ginecol 2002; 25(1): 66-70.
7. Cutie León E. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. En: Rigol RO. Obstetricia y ginecología. 4ª ed. La Habana: ECIMED; 2000. p. 56-63.
8. Hatcher RA, Kowal D, Guest F, Stewart GK. Enfermedades sexualmente transmisibles. En: Tecnología anticonceptiva. 4ª ed. Atlanta: Printed Matter; 2003. p. 114-6.
9. Botella Llusia J, Clavero Núñez JA. Enfermedades del aparato genital femenino. En: Tratado de Ginecología. Ed Revolucionaria. La Habana: Editorial Científico Técnico; 1983. p. 421-40.
10. Román Fernández L, Erice Candelario AI, Ulloa Cruz V. Afecciones ginecológicas más frecuentes. En: Álvarez Sintet R. Temas de Medicina General Integral. 1ª ed. La Habana: Editorial Ciencias médicas; 2001. p. 773-75.
11. Morera Castro YA, González LA. Síndrome de flujo vaginal. Rev Cub Medicina General Integral 2002; 19(2): 68-72.
12. Mattingly RE. La inflamación pélvica y sus secuelas. En: Te Linde RW. Ginecología operatoria. 2ª ed. La Habana: Científico técnico; 2005. p. 226-9.
13. Van de Lande J, Spsnjaard L, Buerger MP. Two women with a chronic process in the lower abdomen. Ned Tijdschr Geneesk 2005; 147(48):2357-60.

14. Bob PS, Famolare NE. Teaching and communication strategies working with the hospitalized adolescent with Pelvic Inflammatory Disease. *Pediatric Nurs* 2004; 124(11): 17.
15. García Hernández A. Comportamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en el municipio de Cienfuegos. *Rev Cub Med Gen Int* 2005; 15(4): 76-8.
16. Arostica Valdés N. Enfermedad Inflamatoria Pélvica y sus costos. *Rev Cub Obstet y Ginecol* 2005; 27(3): 23-5.
17. Casas L, Peña L, Pérez Z. Información sexual en un grupo de adolescentes. Camaguey. Cuba. *Rev Cub Medicina General Integral* 2006; 31(4): 12-6.
18. Blythe MI. Pelvic Inflammatory Disease in the adolescent population. *Sem Pediatric Sur* 2005; 29(6): 43-51.
19. Darroch JE, Singh S. Salud sexual y reproductiva. *New York Journal* 2005; 22(3): 33-4.
20. Sáez G. La sexualidad humana. *NET WORK* 2006; 10(4): 21-4.
21. Chowdhung SNM. Are providers missing oportunities to address reproductive tract infections? Experiencie from Bangladesh. *Int Family Planning Perspepct* 1999; 25(2): 92-97.
22. Rome ES. Pelvic inflammatory disease. *Curr Opin Ginecol* 2004; 6(4).Pérez SA. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. 2ªed. La Habana: CIMED; 1997.
23. Tsanadis G and coll. Bacteriological cultures of removed intrauterine devices and pelvic inflamatory disease. *Contraception*. 2006; 65(5):339-42.

24. Merola G, Beherman R. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Su repercusión en la sexualidad. UNICEF 2006; 10(2): 7-10.
25. Usandizaga J. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 3ª ed. Madrid: Editorial Mc Graw Hill; 2001.
26. Filho R. Contribution of prognostic ultrasonographic examination of pelvic inflammatory disease. DST J Bra Doencas Sex Transm Sei-oui 2005; 9(5):10-4.
27. Celis G. Bilateral tubal abscess with peritonitis caused by streptococcus pneumoniae. Microbiol Clin 2006; 18(2): 92-3.
28. Hewitt ED, Elliot P, Morris JK, Wald NJ. Complications of the PID. Journal of Medical Screening 2005; 6(4): 182-85.
29. Castilla E, Mutchink O, Muñoz E. Estudio latinoamericano sobre Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Bol Sanit Panam 2006 ; 76(10): 194- 202.
30. Sosa Marín M. Absceso tuboovárico. Sexología y sociedad 2006; 8(2): 10-11.
31. Collado Orta R, Gazapo Pernas, Rigol Ricardo O, Heredia Hernández B, Concepción Gallardo R, Trelles Aguabella E. Acupuntura y ginecología. Rev Cub Obstet y Ginecol 2005; 25(1): 5-9.
32. Penney E. The copper intrauterine device as long term contraception. J Fam Plann Reprod health Care 2006; 30(1):29-41.
33. Fraser AM, Brochert JC. Tratamiento de urgencia en la Enfermedad Inflamatoria Pélvica. New Eng 2005; 332(17): 113-17.

34. Jamienson DJ. Risk Factors for a complicated clinical course among women hospitalized with pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2004; 8(2): 88-93.
35. Boyd A *et al.* The World's Youth 2005 Data Sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2005.

Anexo 1

Modelo de Consentimiento informado

Por este medio yo ----- paciente del HIC de Caracollo estoy de acuerdo en participar en la investigación sobre la enfermedad inflamatoria pélvica que se realizará en la consulta de ginecología de nuestro HIC, teniendo en cuenta que se me explicaron los objetivos de la misma y las ventajas que se reportarán en la comunidad y para mí en el orden general, donde se me garantiza que toda la información que voy a brindar tendrá carácter confidencial y que solo se utilizará con fines investigativos. Tengo posibilidad de retirarme de la misma si lo considero oportuno para que así conste mi propia voluntad, firmo el presente consentimiento informado junto al médico que brinda las explicaciones.

Día____ Mes _____ Año_____

Firma de la paciente

Firma del médico

Anexo 2

Cuestionario

Estimada paciente necesitamos su colaboración para el llenado de este modelo que permita realizar un estudio para conocer los factores que inciden en que usted sufra de una enfermedad inflamatoria pélvica.

1. Edad de la paciente_____
2. Nivel de escolaridad ____Primaria sin terminar ____Primaria terminada
____Secundaria sin terminar ____Secundaria terminada ____Preuniversitario
____Universitario ____Iletrado.
3. Ocupación de la paciente _____.
4. Edad de aparición de la enfermedad por primera vez _____.
5. Edad de comienzo de las relaciones sexuales _____.
6. Relación de la EIP con antecedentes previos de la enfermedad: De 1 a 2____,
De 3 a 4____, De 5 o más y No____.
7. Síntomas de comienzo de la EIP: Fiebre____, Leucorrea purulenta o
Fétida____, dolor espontaneo o a la palpación en hipogastrio____,
Irritabilidad peritoneal____, Punción del saco de Douglas positivo____, Dolor
a la movilización cervical____ y Dolor anexial al tacto vaginal____.
8. Evolución de la enfermedad en: Favorable____ o Desfavorable____.
9. Tratamiento requerido por la paciente: Medico____ o Médico-Quirúrgico____.

Muchas Gracias.

