

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

11217  
159



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE POSGRADO



TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA  
EN EL HOSPITAL DE LA MUJER

HOSPITAL DE LA MUJER  
DRA. MAYRA ANTONIETA SESMAN BERNAL  
ASESOR: DR. MAURICIO PICHARDO CUEVAS.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



REVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TESIS

*1 - en*

---

DR. MAURICIO PICHARDO CUEVAS  
HOSPITAL DE LA MUJER  
ASESOR DE TESIS

*Doña Ma de Lourdes Martínez Zumbán*

---

JEFA DE ENSEÑANZA

*[Signature]*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo profesional.

NOMBRE: *Esaura Antojito*  
*Sesaca De la*  
FECHA: *02 OCT 2009*  
FIRMA: *[Signature]*



HOSPITAL DE LA MUJER  
JEFATURA DE ENSEÑANZA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**DEDICATORIA**

A Dios por permitirme vivir y llegar hasta aquí.

A Ricardo Antonio, mi hijo...

El motivo de mi vida y de todo cuanto realizo.

A mis padres, mis hermanas y mi hermano. Por que sin su apoyo esto no hubiera sido posible.

A todas aquellas personas que durante mi formación han contribuido con su amistad, ayuda, consejos, enseñanza y tiempo a ella.

A mi asesor, por que sin conocerme aceptó el compromiso de serlo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**INDICE**

	Página
Marco Teórico	1
Planteamiento del Problema	15
Pregunta de Investigación	18
Hipótesis	19
Objetivos	20
Metodología	21
Resultados	22
Conclusiones	26
Referencias	29
Tablas	32
Gráficas	43

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN



## MARCO TEÓRICO

La Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) comprende diversas alteraciones inflamatorias de la porción superior del tracto genital femenino, que incluyen endometritis, salpingitis, absceso tubo-ovárico y peritonitis pélvica <sup>1</sup>. En Estados Unidos de Norteamérica afecta al 11% de las mujeres en edad reproductiva <sup>2</sup>. En dicho país, se estima que aproximadamente es motivo de 2.5 millones de consultas cada año y más de 275, 000 mujeres son hospitalizadas anualmente por EPI. Así, se estima que en los Estados Unidos el costo anual asciende a 2.7 billones de dólares. Adicionalmente, 1.5 billones de dólares se invierten cada año en las principales secuelas que origina, tales como infertilidad, embarazo ectópico y ausentismo laboral <sup>2</sup>.

La EPI resulta de la diseminación canalicular directa de organismos desde el endocérvix hacia el endometrio y la mucosa de las trompas de Falopio. Los agentes etiológicos más frecuentes son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, sin embargo, también puede ocurrir infección por diversos organismos aerobios y anaerobios. Es posible encontrar infección polimicrobiana hasta en el 40% de los casos <sup>3</sup>. Numerosas especies de bacterias aeróbicas y anaeróbicas se encuentran de manera normal en el tracto genital inferior de mujeres asintomáticas y pueden encontrarse en el tracto genital superior en casos de EPI, con o sin la presencia de organismos sexualmente transmisibles. La enfermedad pélvica inflamatoria puede incluir bacterias aeróbicas, anaeróbicas o bien ambas. Se refiere que aproximadamente en dos terceras partes de los casos, están involucrados micro-organismos anaerobios <sup>3</sup>.

Las bacterias aeróbicas endógenas asociadas con EPI incluyen enterobacteriaceae, particularmente *Escherichia coli*, *Estafilococo sp.*, y *Estreptococo sp.*, incluyendo al enterococo. Los anaerobios que se asocian con enfermedad pélvica inflamatoria incluyen *Peptococo*, *Peptoestreptococo*, *Estreptococo anaeróbico*, y *Prevotella sp.*, principalmente

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN



conocida como *Bacteroides* sp (*Bacteroides fragilis*, *Bacteroides melaninogenicus* y *Bacteroides bivius*).

El período de incubación para EPI permanece sin definirse. Se sabe que en mujeres con cervicitis gonocócica los síntomas de EPI generalmente inician durante la primera mitad del ciclo menstrual<sup>4</sup>.

Dentro de los factores de riesgo se considera que la edad se relaciona de manera inversa con la ocurrencia de EPI. A las adolescentes sexualmente activas se les diagnostica de tres a cuatro veces más frecuente en comparación con aquellas cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 25 a los 29 años. La enfermedad es más frecuente cuando existen antecedentes de múltiples compañeros sexuales, así como una nueva pareja sexual en los seis meses previos<sup>4</sup>.

Las prácticas contraceptivas influyen sobre el riesgo de EPI. Está demostrado que los métodos de barrera tanto mecánicos como químicos disminuyen el riesgo. Por otra parte, existen reportes controversiales entre la utilización de anticonceptivos hormonales orales y el DIU sobre el riesgo de desarrollar EPI. La asociación entre el uso de DIU y el desarrollo de EPI, al parecer ocurre cuando existe contaminación de la cavidad endometrial al momento de la inserción y se limita al período de los primeros cuatro meses. Cuando ocurre un episodio de EPI posterior a dicho lapso, se considera como resultado de patógenos sexualmente transmitidos de manera reciente<sup>5</sup>.

Diversos autores han documentado la asociación de vaginosis bacteriana con el desarrollo de EPI, así como la utilización de duchas vaginales y la menstruación. Se señala que la menstruación retrógrada puede contribuir a que organismos sexualmente transmitidos que se encuentran en el endocérvix, puedan diseminarse hacia las trompas de Falopio.

Por otra parte, Scholes y cols., publicaron un trabajo donde señalan un mayor riesgo de padecer EPI cuando existen antecedentes de tabaquismo y abuso de sustancias<sup>6</sup>.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Diversas comunicaciones señalan que todos los procedimientos ginecológicos invasivos se asocian con riesgo para el desarrollo de infección en la porción superior del tracto genital. Tales procedimientos incluyen lavado tubario, histerosalpingografía, biopsia endometrial y legrado uterino. No está demostrado que el uso de antibióticos profilácticos prevenga el desarrollo de infecciones pélvicas asociadas con dichos procedimientos <sup>7</sup>.

Desde el punto de vista clínico, la EPI puede presentarse con diversos signos y síntomas. En la historia clínica típica se describe una paciente con dolor abdominal en la porción inferior del abdomen, usualmente después de la menstruación, con fiebre y secreción vaginal fétida o purulenta. Asimismo, se sabe que numerosas mujeres con EPI presentan sintomatología muy leve. El dolor pélvico o en la porción inferior del abdomen constituye el síntoma más frecuente, usualmente es bilateral y puede ser leve. La endocervicitis se manifiesta como secreción vaginal. Asimismo, cuando una mujer presenta escaso sangrado mientras está bajo prescripción de anticonceptivos hormonales orales o de manera posterior a una gestación puede ser indicativo de EPI. Cuando ocurre náuseas y vómito puede ser indicativo de peritonitis. La inflamación hepática puede ser resultado de diseminación peritoneal y ocasionar hepatitis aguda (Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis) <sup>3</sup>. Aproximadamente 5% de pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria tienen asociado el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Este síndrome consiste en una perihepatitis inflamatoria y fibrinosa, asociada con dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, y ligera alteración en las pruebas de función hepática. Este proceso se asocia con EPI causada por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* <sup>8</sup>.

La tríada de dolor en la porción inferior del abdomen, dolor anexial y dolor a la movilización cervical se considera suficiente para establecer el diagnóstico de EPI, siempre y cuando no se encuentre ninguna otra entidad explicativa de dichos datos. Otro hallazgo consistente con el diagnóstico de EPI incluye una cervicitis mucopurulenta. Durante la exploración física el hallazgo de una masa anexial palpable sugiere el

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN



desarrollo de un absceso tubo-ovárico. La fiebre elevada es una evidencia adicional de EPI. Monif (1982) propuso una clasificación clínica para la EPI que consta de cuatro fases: Fase I.- Salpingitis aguda sin pelviperitonitis. Fase II.- Salpingitis aguda con pelviperitonitis. Fase III.-Salpingitis con formación de abscesos tuboováricos. Fase IV.- Ruptura de abscesos tuboováricos<sup>9</sup>.

Los criterios diagnósticos actualmente recomendados por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos son los siguientes: Criterios Mínimos.- (1) dolor en la porción inferior del abdomen, (2) dolor a la movilización de los anexos, (3) dolor a la movilización cervical. Debe instituirse tratamiento empírico cuando se encuentran los criterios mínimos de inflamación pélvica y cuando no exista otra causa concomitante. Criterios Adicionales.- (1) temperatura oral mayor a 38.3° C, (2) secreción cervical o vaginal, (3) aumento en la velocidad de sedimentación globular, (4) confirmación por laboratorio de infección cervical por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*. Debido a la inexactitud diagnóstica y tratamiento innecesario que pueda aumentar la morbilidad, puede necesitarse una evaluación diagnóstica detallada para mujeres con signos clínicos severos con la finalidad de aumentar la especificidad en el diagnóstico. Los siguientes se consideran Criterios Definitivos para el diagnóstico de EPI: (1) evidencia histopatológica de endometritis mediante biopsia endometrial, (2) ultrasonografía transvaginal o abdominal que demuestre un absceso tubo-ovarico o anomalías en las trompas de Falopio, (3) alteraciones laparoscópicas consistentes con EPI<sup>1</sup>.

En el estudio PEACH se encontró que los criterios mínimos para EPI emitidos por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades tuvieron una sensibilidad del 83%, y una especificidad del 21.8%, y en dicho estudio se señala que el criterio con mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica correspondió al dolor a la movilidad de los anexos, alcanzando una sensibilidad del 95.5% y una especificidad de 3.8%. En cuanto al dolor

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN



abdominal se encontró una sensibilidad del 93.9% y una especificidad del 7.4%. El dolor a la movilización cervical alcanzó una sensibilidad de 91.6% y una especificidad de 12.6%. El dolor a la movilización uterina presentó una sensibilidad de 94.2% y una especificidad de 5.3%. Dentro de los criterios adicionales la secreción anormal cervical o vaginal presentó una sensibilidad del 79.7% y una especificidad del 29.8%. La hipotermia tuvo una sensibilidad del 11.1% pero una especificidad del 94.7%. Los resultados bacteriológicos positivos alcanzaron una sensibilidad de 56.0% y una especificidad de 81.6% <sup>10</sup>.

La presentación clínica de la EPI puede diferir dependiendo del organismo patógeno primario involucrado. La enfermedad pélvica inflamatoria gonocócica usualmente tiene un comienzo agudo con múltiples signos y síntomas que incluyen fiebre elevada, signos peritoneales y secreción vaginal purulenta. La formación de abscesos no es muy frecuente. La respuesta terapéutica usualmente es rápida. La enfermedad pélvica inflamatoria debida a *Chlamydia* usualmente presenta una sintomatología más leve. Con moderado dolor pélvico crónico y sangrado irregular.

Frecuentemente, *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* coinciden en casos de EPI. La enfermedad pélvica inflamatoria causada por organismos distintos a *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* con frecuencia cursa de manera semilaguda o recurrente. La fiebre y los síntomas peritoneales no son prominentes, la velocidad de sedimentación globular está elevada, la formación de abscesos es frecuente y la respuesta al tratamiento no es tan rápida <sup>11</sup>.

En ocasiones resulta difícil establecer el diagnóstico de EPI debido al pleomorfismo en sus síntomas y signos. Se sabe que numerosos casos de EPI pasan inadvertidos y por otra parte, numerosas mujeres son diagnosticadas y reciben tratamiento para EPI cuando en realidad tienen otro padecimiento. El médico especialista en Ginecología y Obstetricia debe considerar que ningún antecedente, así como tampoco ningún dato de la

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN



exploración física o prueba de laboratorio es lo suficientemente sensible y específico para el diagnóstico de EPI. La combinación de los datos clínicos y de laboratorio pueden mejorar la sensibilidad y especificidad diagnóstica. Así, el diagnóstico de EPI puede alcanzar un Valor Predictivo Positivo del 60% al 90%. También debe considerarse que el Valor Predictivo Positivo es mayor cuando se consideran ciertos aspectos epidemiológicos, como por ejemplo, casos de EPI en mujeres adolescentes y mujeres con otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) concomitantemente con elevados índices de infección por gonorrea y chlamydia <sup>12</sup>.

Los estudios de laboratorio escasamente mejoran la precisión diagnóstica en la EPI. La cuenta leucocitaria se encuentra elevada tanto en pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria como en pacientes con otras condiciones. Con frecuencia, tanto la Velocidad de Sedimentación Globular como la Proteína C reactiva se encuentran elevadas en pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria y pueden ser de utilidad para valorar la respuesta al tratamiento, pero dichas pruebas son no específicas. Prácticamente, en todas las mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria se encuentran leucocitos en el exudado vaginal, y por tanto, la ausencia de éstos, pone en duda el diagnóstico. En un estudio reciente se encontró gran sensibilidad diagnóstica para este dato <sup>13</sup>.

El médico especialista en Ginecología y Obstetricia debe obtener cultivos o bien realizar otros estudios de laboratorio para identificación de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* en toda mujer en quien se sospeche EPI. Un cultivo positivo, no solamente sustenta el diagnóstico de EPI, sino además enfatiza la necesidad de administrar tratamiento a los compañeros sexuales. Desde luego, también es recomendable realizar exámenes para otras ETS como el VIH y la sífilis <sup>14</sup>.

Está indicada la realización de un estudio ultrasonográfico cuando: (1) existe la sospecha de una masa anexial, (2) en caso de que exista duda en el diagnóstico o bien, (3) cuando la paciente no responde al tratamiento inicial. El ultrasonido presenta adecuada

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



sensibilidad y especificidad diagnóstica para el diagnóstico de absceso tubo-ovárico. Sin embargo, el resultado normal de un estudio ultrasonográfico, no excluye el diagnóstico de EPI <sup>15</sup>.

Otro procedimiento de gran utilidad es la laparoscopia que puede utilizarse para obtener una mayor precisión diagnóstica, aunque no siempre se encuentra disponible este recurso de manera inmediata. Por otra parte, debe considerarse la realización de dicho procedimiento en pacientes con incertidumbre diagnóstica, especialmente si se sospecha embarazo ectópico y en pacientes quienes han recibido diversos tratamientos para EPI con la finalidad de excluir otras entidades como la endometriosis.

La laparoscopia también es de utilidad cuando se trata de preservar la fertilidad al realizar lisis de adherencias <sup>16</sup>.

Los criterios laparoscópicos para la enfermedad pélvica aguda según Jacobson incluyen criterios mínimos: (1) eritema de las trompas de Falopio, (2) edema e inflamación de las trompas de Falopio, (3) exudado de la fimbria o serosa de la trompa de Falopio. El sistema de puntuación incluye enfermedad leve: criterios mínimos, más trompas móviles; enfermedad moderada que incluye los criterios mínimos y las trompas se encuentran fijas y dudosamente permeables. La enfermedad severa presenta una masa inflamatoria <sup>17</sup>.

En pacientes con manifestaciones leves, incluyendo sangrado uterino anormal, es útil realizar una biopsia endometrial. Este procedimiento cuando está indicado representa una importante alternativa diagnóstica cuando se encuentra indicado.

Dentro del diagnóstico diferencial debe ser considerada la posibilidad de un embarazo ectópico en toda mujer con signos sugestivos de EPI. Resulta necesario efectuar una prueba de embarazo para excluir dicha posibilidad. Asimismo, la realización de un estudio ultrasonográfico es importante para descartar un embarazo ectópico. En caso de que no pueda excluirse un embarazo ectópico, debe considerarse la realización de una laparoscopia diagnóstica.

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN



También puede ser difícil distinguir entre una apendicitis aguda y la EPI. La apendicitis usualmente se presenta con dolor unilateral, náusea, vómito y signos peritoneales. Mediante la exploración física y el ultrasonido usualmente se puede diferenciar entre apendicitis y EPI. Cuando se sospecha apendicitis, también puede estar indicada la realización de un estudio laparoscópico.

La endometriosis típicamente se manifiesta con dolor cíclico y dismenorrea, y puede ser también difícil distinguirla de EPI. El diagnóstico definitivo de endometriosis solamente puede efectuarse mediante laparoscopia.

Los quistes ováricos pueden presentarse con síntomas agudos similares a EPI. Los datos de dolor a la mitad del ciclo menstrual, localización unilateral del dolor, palpación de una masa y ausencia de cervicitis mucopurulenta sugieren el diagnóstico de quiste de ovárico. En estos casos, la ultrasonografía es sumamente útil para el diagnóstico.

Las cuatro consecuencias a largo plazo bien documentadas de la EPI incluyen: (1) enfermedad recurrente, (2) dolor pélvico, (3) infertilidad y (4) embarazo ectópico. Aproximadamente una cuarta parte de mujeres que padecen EPI desarrollarán una o más de estas secuelas. Aproximadamente 20% de las mujeres que padecieron EPI padecerán algún tipo de dolor pélvico crónico. El dolor puede ser esporádico o cíclico y puede ser intenso y en ocasiones requiere de histerectomía. La EPI y sus secuelas constituyen aproximadamente el 25% de las causas de histerectomía abdominal que se realizan anualmente en los Estados Unidos de Norteamérica<sup>18</sup>.

Las mujeres que han padecido EPI presentan mayor riesgo de infertilidad debido a obstrucción tubaria. Aproximadamente 20% a 30% de los casos de infertilidad son resultado de obstrucción tubaria, usualmente consecuencia de EPI. El riesgo de infertilidad se relaciona con el número y severidad de episodios de EPI. Asimismo, la infertilidad se asocia con el inicio temprano de vida sexual activa y con infecciones que involucran *Chlamydia trachomatis* o formación de abscesos tubo-ováricos. Por otra parte,

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN



las mujeres quienes se embarazan posterior a EPI tienen mayor riesgo de presentar embarazo ectópico. Las secuelas de infertilidad y embarazo ectópico se asocian con la duración de la sintomatología de manera previa al inicio del tratamiento <sup>19</sup>.

No existe un estudio clínico comparativo que sustente algún régimen terapéutico. Por lo que se requiere evaluar cuidadosamente la respuesta al tratamiento, el uso racional de antibióticos, evaluación y tratamiento de parejas sexuales para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

Para minimizar el riesgo de infección progresiva y subsecuente infertilidad, el tratamiento no debe aguardar al resultado de los cultivos sino que debe instituirse una vez que se efectúa el diagnóstico clínico <sup>19</sup>.

La observación y el tratamiento hospitalario se sugiere de acuerdo a las siguientes razones: (1) cuando no puede ser excluida una urgencia quirúrgica como un embarazo ectópico o apendicitis, (2) cuando no puede asegurarse una tolerancia al régimen terapéutico cuando menos por 72 horas, (3) enfermedad severa (ej, absceso pélvico o tubo-ovárico, peritonitis), (4) pacientes inmunocomprometidos (infección por VIH, con una baja cuenta de linfocitos CD4, terapia inmunosupresora), (5) pacientes embarazadas, (6) falla de respuesta a la terapia ambulatoria. Anteriormente diversos autores recomendaban hospitalización para todas las pacientes adolescentes, pero no existe evidencia que sustente este argumento <sup>1</sup>.

La elección del régimen antibiótico para EPI es empírica, deben utilizarse antibióticos de amplio espectro que tengan cobertura para los organismos más frecuentes. Los esquemas antimicrobianos recomendados por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica son los siguientes: Tratamiento intrahospitalario esquema A: Cefoxitina, 2g IV cada 6 h ó Cefotetan, 2 g cada 12 h más Doxiciclina, 100 mg IV ó VO cada 12 h. Tratamiento intrahospitalario esquema B: Clindamicina, 900 mg IV cada 8 h más Gentamicina con dosis inicial de 2 mg/Kg IV ó IM,

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN



seguido por una dosis de mantenimiento de 1.5 mg/Kg IV cada 8 h. Los esquemas A y B se continúan durante 24 a 48 horas después de que se demostró mejoría clínica significativa y posteriormente se administra Doxiciclina, 100mg vía oral cada 12 h (esquema A) o Clindamicina 600 mg VO cada 8 h (esquema B), hasta completar una duración total de 14 días. El tratamiento ambulatorio puede consistir en el esquema A con Ofloxacina.

No existe evidencia clínica que sustente la utilización de otros antibióticos cefalosporínicos, tales como Ceftrizoxima, Cefotaxima y Ceftriaxona. Algunos expertos consideran que pueden reemplazar a la Cefoxitina o al Cefotetan. Las fluoroquinolonas no se recomiendan para utilizarse en menores de 18 años de edad. Debe considerarse administrar antibióticos con espectro para anaerobios (Clindamicina o Metronidazol) en pacientes con absceso tubo-ovárico, EPI recurrente o cuando exista antecedente de cirugía pélvica reciente. Si la paciente tiene DIU, debe retirarse inmediatamente. En caso de pacientes con tratamiento oral o parenteral la mejoría clínica debe ocurrir en las primeras 72 horas.

La mayoría de los autores sugieren utilizar combinaciones de fármacos tanto para terapia intrahospitalaria como ambulatoria. No se ha determinado con precisión la duración óptima del tratamiento.

Los regímenes antimicrobianos recomendados proporcionan curación clínica del 75% al 94% y curación microbiológica del 71% al 100%.

La hospitalización para el tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria con administración de antibióticos parenterales se sugiere para todas las pacientes con enfermedad severa, que usualmente se acompaña de náusea, vómito, fiebre elevada, signos peritoneales o formación de absceso pélvico.

La EPI durante la gestación es poco frecuente y usualmente conlleva elevados índices de pérdidas fetales <sup>1</sup>.

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN



En pacientes con absceso tubo-ovárico debe instituirse tratamiento antimicrobiano, debido a que del 75% al 80% de los casos responden adecuadamente a los antibióticos. La mayoría de abscesos menores de 8 cm responden a tratamiento médico. Sin embargo, la ruptura de abscesos o bien, abscesos que no responden a tratamiento médico durante cuatro o cinco días, deben ser removidos quirúrgicamente. Cada vez se documenta más la utilización de laparoscopia, pelviscopia y aspiración transvaginal para la remoción de abscesos<sup>1</sup>.

En el año 2000 se publicó el estudio de Enfermedad Pélvica Inflamatoria y Salud Clínica (PEACH) que constituye el estudio clínico aleatorio más grande realizado en Norteamérica para evaluar la efectividad del tratamiento ambulatorio en comparación con el tratamiento intrahospitalario para la enfermedad pélvica inflamatoria moderada en relación para la prevención de la infertilidad. Dicho estudio se realizó de marzo de 1996 a febrero de 1999 e incluyó mujeres con edades comprendidas entre 14 y 37 años derivadas de 13 Centros de Salud de Estados Unidos. El estudio PEACH mostró que no existen diferencias significativas en cuanto a frecuencia de embarazos, infertilidad, dolor pélvico crónico y embarazo ectópico entre mujeres que recibieron una Cefalosporina y Doxiciclina de manera ambulatoria o intrahospitalaria. A pesar de que ambos esquemas fueron clínicamente efectivos, ninguno proporcionó una curación óptima. Aproximadamente 6% de las participantes continuaban con *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis* después de un periodo de 30 días. De manera similar, una importante proporción de mujeres continuaban con endometritis persistente. La importancia clínica de estos hallazgos no es clara pero enfatiza la preocupación de una inflamación persistente después del tratamiento. En dicho estudio también se demostró que los índices de embarazo ectópico prácticamente fueron similares a los reportados para la población general<sup>10</sup>.

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Existen dos causas infrecuentes de EPI que incluyen la actinomicosis, causada por *Actinomyces israelii* que es una bacteria gram positiva anaeróbica que típicamente se encuentra en el tracto gastrointestinal. Se han descrito casos de infección pélvica por diseminación hematógena o en pacientes con DIU. Cuando se diagnostica EPI por actinomicosis deben administrarse dosis elevadas de penicilina, tetraciclina, eritromicina o clindamicina pero es muy frecuente que se requiera intervención quirúrgica. La tuberculosis del tracto genital se observa principalmente en mujeres de edad avanzada quienes adquirieron la enfermedad antes de que existiera una adecuada quimioprofilaxis. Usualmente es secundaria a la diseminación hematógena desde el pulmón. Los sitios más frecuentemente afectados son las trompas de Falopio y el endometrio. La enfermedad puede manifestarse hasta después de 10 años de que infectó el tracto genital, usualmente con sangrado uterino anormal. El diagnóstico puede confirmarse mediante examen histológico que revela los granulomas típicos, o por cultivo obtenido mediante biopsia endometrial. Asimismo, es de utilidad la tinción para organismos ácido resistentes. El tratamiento incluye la administración de dos o tres fármacos antifímicos durante 18 a 24 meses <sup>4</sup>.

Si la paciente requiere internamiento hospitalario en repetidas ocasiones por exacerbaciones agudas de una EPI con abscesos tubo-ováricos bilaterales, puede estar indicada una intervención quirúrgica definitiva. Es por ello que si vale la pena un seguimiento exhaustivo y vigilancia estrecha de la evolución de aquellas pacientes diagnosticadas con EPI.

En la medida de lo posible dicha intervención deberá realizarse en un momento en que la infección se encuentre latente. De todas maneras, la intervención quirúrgica puede presentar dificultades pero la incidencia de complicaciones será menor que si la paciente es operada en una fase aguda de la infección.



El momento cronológico de la intervención quirúrgica es un factor importante. Debe haber reabsorción completa del exudado inflamatorio que rodea el foco de infección .

Existen criterios que recomiendan un tratamiento más intensivo en pacientes sin respuesta clínica evidente o que exhiben una respuesta parcial después de 24 a 72 hrs.

El realizar una histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral es con la finalidad de reducir el período prolongado de tratamiento intensivo en aquellas pacientes que de todas maneras están destinadas eventualmente a una operación.

Lamentablemente la mayoría de las pacientes con absceso pélvico agudo son jóvenes y por lo general desean conservar la capacidad de procrear, aún cuando en numerosas ocasiones sea imposible.

En este grupo de pacientes la preservación de la función ovárica es un beneficio importante en el tratamiento.

De cualquier forma es importante recordar que el tratamiento quirúrgico se reserva para aquellas pacientes en las que se sospecha la presencia de absceso pélvico y que presentan las siguientes características:

Abdomen agudo

Choque séptico

Bacteriemia persistente

Falla del tratamiento conservador ( 48 a 72 hrs )

Fiebre

Peritonitis

Íleo persistente

Tumoración creciente

Anomalías de laboratorio persistentes

Pacientes sin deseo de fertilidad

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El tratamiento quirúrgico debe ser lo más conservador posible. Es aconsejable realizar colpotomía posterior si existe absceso en el fondo de saco de Douglas. La ruptura del absceso con peritonitis generalizada, debe considerarse y tratarse como una emergencia quirúrgica, realizándose generalmente histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral <sup>20-22</sup>.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La EPI comprende diversas alteraciones de la porción superior del tracto femenino, que incluyen endometritis, salpingitis, absceso tubo-ovárico y peritonitis pélvica. En nuestro país se desconoce la incidencia de esta entidad. En Estados Unidos de Norteamérica afecta al 11% de las mujeres en edad reproductiva. En dicho país, se estima que anualmente es responsable de 2.5 millones de consultas y 275,000 internamientos hospitalarios, representando una erogación de 5 billones de dólares. La EPI resulta de la diseminación ciliar directa de organismos desde el endocérnix hacia el endometrio y la mucosa de las trompas de Falopio. Los agentes etiológicos más frecuentes son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, sin embargo también puede ocurrir infección por diversos organismos aerobios y anaerobios <sup>1-3</sup>.

Están documentados diversos factores de riesgo para el desarrollo de esta entidad incluyendo la edad, antecedente de múltiples compañeros sexuales, vaginosis bacteriana, duchas vaginales y la menstruación. Asimismo, también existen publicaciones que correlacionan el antecedente de tabaquismo y abuso de sustancias con EPI. Por otra parte, también existen reportes controversiales entre la utilización de anticonceptivos hormonales orales y el DIU sobre el riesgo de desarrollar EPI <sup>4-6</sup>. Desde el punto de vista clínico, la triada de dolor en la porción inferior del abdomen, dolor a la movilización de los anexos y dolor a la movilización cervical se considera suficiente para establecer el diagnóstico de EPI siempre y cuando no se encuentre ninguna otra entidad explicativa de los datos. Los criterios diagnósticos actualmente recomendados por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) son los siguientes: criterios mínimos.- (1) dolor en la porción inferior del abdomen, (2) dolor a la movilización de los anexos, (3) dolor a la movilización cervical. Debe instituirse tratamiento empírico cuando se encuentran todos los criterios mínimos de inflamación pélvica y cuando no exista otra causa concurrente. Criterios adicionales son: (1) temperatura oral mayor a 38.3° C, (2) secreción cervical o



vaginal, (3) aumento en la velocidad de sedimentación globular, (4) confirmación por laboratorio de infección cervical por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*. Debido a la inexactitud diagnóstica y tratamiento innecesario que pueda aumentar la morbilidad, puede necesitarse una evaluación diagnóstica detallada para mujeres con signos clínicos severos con la finalidad de aumentar la especificidad en el diagnóstico. Los siguientes se consideran criterios definitivos para el diagnóstico de EPI: (1) evidencia histopatológica de endometritis mediante biopsia endometrial, (2) ultrasonografía transvaginal o abdominal que demuestre un absceso tubo-ovárico o anomalías en las trompas de Falopio, (3) alteraciones laparoscópicas consistentes con EPI <sup>1</sup>.

Tradicionalmente los estudios de laboratorio escasamente mejoran la precisión diagnóstica en la EPI. La cuenta leucocitaria se encuentra elevada tanto en pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria como en pacientes con otras condiciones. Con frecuencia, tanto la velocidad de sedimentación globular como la proteína C reactiva se encuentran elevadas en pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria y pueden ser de utilidad para valorar la respuesta al tratamiento, pero estas pruebas son no específicas. Prácticamente, en todas las mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria se encuentran leucocitos en el exudado vaginal, y por tanto, la ausencia de estos, pone en duda el diagnóstico. En un estudio reciente se encontró gran sensibilidad diagnóstica para este dato.

El médico Gineco-Obstetra debe obtener cultivos o bien realizar otros estudios de laboratorio para identificación de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* en toda mujer en quien se sospeche EPI. Un cultivo positivo, no solamente sustenta el diagnóstico de EPI, sino además enfatiza la necesidad de administrar tratamiento a los compañeros sexuales. Desde luego, también se recomiendan realizar exámenes para otras ETS como el VIH y la sífilis <sup>10-13</sup>.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Está indicado la realización de un estudio ultrasonográfico cuando existe la sospecha de una masa anexial; en caso de que exista duda en el diagnóstico o bien, cuando la paciente no responde al tratamiento inicial. El ultrasonido presenta adecuada sensibilidad y especificidad diagnóstica para el diagnóstico de absceso tubo-ovárico. Sin embargo, un ultrasonido normal, no excluye el diagnóstico de EPI.

Otro procedimiento de gran utilidad es la laparoscopia que puede utilizarse para obtener una mayor precisión diagnóstica, aunque no siempre se encuentra disponible este recurso de manera inmediata. Por otra parte, debe considerarse la realización de este procedimiento en pacientes con incertidumbre diagnóstica, especialmente si se sospecha de embarazo ectópico y en pacientes quienes han recibido diversos tratamientos para EPI con la finalidad de excluir otras entidades como la endometriosis <sup>15-17</sup>.

Aunque se desconoce el impacto de la EPI en nuestro país, se sabe la importancia de las infecciones ginecológicas y su repercusión en cuanto a la inversión en la atención sanitaria de los episodios agudos, así como en el estudio y tratamiento de las secuelas que ocasiona, y principalmente su repercusión sobre la mujer, ocasionando una morbilidad importante en el grupo de edad fértil y que conlleva en muchos casos a enfermedad recurrente y crónica, afectando su calidad de vida. En virtud de lo anteriormente mencionado es importante realizar una revisión de los casos clínicos de este padecimiento para conocer la incidencia, presentación clínica, así como la experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la EPI y sus principales complicaciones en nuestra Institución.



**PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

**¿ Es adecuado el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria en el  
Hospital de la Mujer ?**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



### **HIPÓTESIS**

**El tratamiento médico y quirúrgico de las pacientes con Enfermedad Pélvica Inflamatoria establecido en el Hospital de la Mujer, realizado en forma oportuna es el adecuado para disminuir y/o prevenir las complicaciones de esta enfermedad.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## OBJETIVOS

### **OBJETIVO GENERAL.**

Determinar si el tratamiento establecido en el Hospital de la Mujer para las pacientes diagnosticadas con EPI es eficaz y oportuno.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Determinar cuales son los factores que determinan la evolución de la EPI.
- Describir los métodos diagnósticos utilizados para la EPI.
- Determinar dentro de las modalidades de tratamiento de la EPI (Médico o Quirúrgico) cual es el predominante.
- Comparar los lineamientos de manejo que se observan en esta Institución con los recomendados en la literatura médica internacional.
- Determinar complicaciones de la EPI.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## METODOLOGÍA

Se efectuó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional que incluyó a las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital de la Mujer con diagnóstico de Enfermedad Pélvica Inflamatoria durante el periodo comprendido entre enero de 2001 y diciembre de 2002. Para ello, se llevo a cabo la revisión de la información contenida en los expedientes clínicos de las pacientes con este diagnóstico, mismos que fueron solicitados al Archivo Clínico de esta Institución Hospitalaria. De cada paciente se registraron las siguientes variables: Edad, escolaridad, estado civil, ocupación. Antecedentes gineco-obstétricos que incluyeron edad de la menarca, ritmo y características de la menstruación, inicio de vida sexual activa, número de compañeros sexuales, número de gestaciones, número de partos, número de abortos y operaciones cesáreas. También se consideró el antecedente de embarazos ectópicos cuando los hubo y antecedente de infecciones cervicovaginales y de transmisión sexual. Asimismo, se registró el método de planificación familiar utilizado. Por otra parte, se registro el diagnóstico motivo de ingreso al hospital, métodos diagnósticos utilizados, modalidades de tratamiento instituido y diagnóstico de egreso. Se excluyeron a las pacientes que no aceptaron el tratamiento propuesto por el equipo médico tratante y aquellas que se hayan embarazado durante su tratamiento. Asimismo, se excluyeron las pacientes con diagnóstico de EPI quienes estuvieran de manera concomitante bajo tratamiento con terapia inmunosupresora, corticosteroides y patología responsable de inmunosupresión. Se eliminaron del estudio las pacientes quienes abandonaron el tratamiento y dejaron de acudir al hospital. Los datos se capturaron y procesaron en el programa SPSS v. 10 Chicago, Ill. Para el análisis de los resultados se utilizaron procedimientos de estadística descriptiva tales como media, desviación estándar y porcentajes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **RESULTADOS**

Durante el período de estudio se registraron un total 9434 ingresos al Servicio de Ginecología, de los cuales 150 tuvieron diagnóstico de EPI, lo que nos resulta en una prevalencia de 1.58 %.

Se revisaron los expedientes de las 150 pacientes con diagnóstico de EPI, excluyéndose 47 de acuerdo con los criterios de exclusión. De los 103 restantes, 48 pacientes (46.60%) tuvieron EPI aguda y 55 (53.40%) EPI crónica, tal como se muestra en la figura 1.

**Pacientes con EPI aguda.-** La edad de las 48 pacientes con diagnóstico de EPI aguda osciló entre los 15 y los 45 años (edad media,  $30.21 \pm 6.86$  DE). La distribución por grupos etáreos se ilustra en la figura 2, en donde se observa que el 66.65% de las pacientes estuvo comprendido entre las edades de 20 a 34 años. Asimismo, el grupo más frecuentemente afectado fue el comprendido entre las edades de 25 a 29 años, correspondiendo casi al 30% de los casos. En este grupo de pacientes, el estado civil predominante fue el de Casada con 47.91% (23 pacientes), seguido por el de Unión Libre (31.25%) y el de Soltera con 18.8% (figura 3). En cuanto a escolaridad, predominó el nivel de secundaria con 45.8% (22 pacientes), seguido por estudios a nivel primaria en 22.9% (11 pacientes) tal como se observa en la figura 4. En la figura 5 es posible apreciar que el 62.5% (30 pacientes) se dedicaba a labores del hogar. Por otra parte, solamente dos pacientes (4.16%) refirieron antecedente positivo de tabaquismo.

En relación con los antecedentes gineco-obstétricos, se encontró que la edad de la menarca osciló entre los nueve y los 17 años (edad media,  $12.70 \pm 1.60$  DE) y su distribución por frecuencias correspondiente se muestra en la figura 6. En la tabla I se resume el ritmo menstrual referido en este grupo de pacientes y sus características se ilustran en la figura 7. El inicio de vida sexualmente activa en promedio fue de 18.09 años  $\pm 2.84$  DE y su distribución correspondiente se muestra en la figura 8. La distribución



según el número de compañeros sexuales referidos se muestra en la figura 9, que en promedio fue de  $1.86 \pm 4.140$  DE.

En relación con el método de planificación familiar utilizado en la figura 10 se muestra que el 37.5% (18 pacientes) utilizaban DIU, seguido en frecuencia por los anticonceptivos hormonales orales en el 14.58% de los casos.

En cuanto al examen para Detección Oportuna de Cáncer, 45.8% tuvieron como resultado negativo clase II. El 18.8% refirió nunca haberse realizado dicho examen (figura 11).

La distribución de las pacientes según el número de gestaciones, partos, abortos y operación cesárea se ilustra en las figuras 12 a 15. Solamente una paciente (2.08%) refirió antecedente de haber tenido un embarazo ectópico.

Los diagnósticos motivo de ingreso de las pacientes a este Centro Hospitalario se resumen en la tabla II, donde se aprecia que el diagnóstico más frecuente fue el de Síndrome Doloroso Abdominal en el 27.08% de los casos (13 pacientes), seguido por 16.66% de las pacientes con diagnóstico de Síndrome Doloroso Abdominal por probable absceso pélvico (8 pacientes) y 16.66% de las pacientes ingresaron con el diagnóstico de Síndrome Doloroso Abdominal por EPI.

Únicamente cinco pacientes tuvieron reporte de Cultivos Cérvico-Vaginales. De los cuales, dos resultaron positivos para *Candida sp* y *Estafilococo coagulasa* positivo; un cultivo resulto positivo para *Actinomyces israelii*; uno para *Gardnerella vaginalis* y uno para *Candida sp* y *Gardnerella vaginalis*, tal como se muestra en la tabla III.

Los resultados de los estudios ultrasonográficos practicados se resumen en la tabla IV.

Dieciocho pacientes (37.5%) recibieron únicamente tratamiento médico (Véase tabla V) y en 30 pacientes, adicionalmente al tratamiento médico, se realizó tratamiento quirúrgico (62.5%), cuyo diagnóstico postquirúrgico se resume en la tabla VI.

**Pacientes con EPI crónica.-** En la figura 16 se ilustra la distribución por grupos etáreos de las 55 pacientes con diagnóstico de EPI crónica, en donde se observa que el grupo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



más frecuentemente afectado correspondió al de 30 a 34 años, comprendiendo casi el 40% de los casos. La edad media en el grupo de pacientes con EPI crónica fue de 34.0 años  $\pm$  7.98 DE (rango, 20 a 56 años). Treinta pacientes (54.54%) refirieron ser Casadas, diecinueve (34.54%) refirieron vivir en Unión Libre y cuatro (7.27%) eran solteras (figura 17). En cuanto a escolaridad, predominó el nivel de secundaria con 34.54% (19 pacientes), seguido por el de primaria con 25.45% (14 pacientes) y preparatoria con 20% (11 pacientes), tal como se observa en la figura 18. En la figura 19 se observa que el 65.45% se dedican a labores del hogar como ocupación predominante. Seis pacientes (10.90%) refirieron antecedente de tabaquismo.

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, la edad de la menarca osciló entre los 9 y los 15 años (edad media, 12.25 años  $\pm$  1.34 DE) y su distribución por frecuencias se aprecia en la figura 20. En la tabla VII se resume la distribución por frecuencias del ritmo menstrual y las características de la menstruación se aprecia en la figura 21. En este grupo de pacientes, el inicio de la vida sexualmente activa fue en promedio a los 18.53 años  $\pm$  3.78 DE y su distribución correspondiente se resume en la tabla VIII. La distribución según el número de compañeros sexuales referidos se muestra en la figura 22, que en promedio fue de 1.88  $\pm$  0.97 DE. Veinticuatro pacientes (43.63%) refirieron no utilizar método de planificación familiar alguno y ocho pacientes (14.54%) refirieron utilización de DIU (Véase figura 23).

En relación con la Detección Oportuna de Cáncer se encontró que 32.72% (18 pacientes) tuvieron resultados negativo clase II. Nueve pacientes (16.36%) refirieron nunca haberse sometido a la detección. En 27 pacientes (49.09%) no se encontró reportado en el expediente y una paciente (1.81%) tuvo resultado de Neoplasia Intra-Cervical (NIC) I-II, asociado con lesión por Virus del Papiloma Humano.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



La distribución de las pacientes según el número de gestaciones, partos, abortos y operación cesárea se ilustra en las figuras 27 a 27. En ningún caso hubo antecedente de embarazo ectópico.

En la tabla IX se resumen los diagnósticos motivo de ingreso de las pacientes a esta unidad, siendo el más frecuente el de Esterilidad Primaria (34.54%) en 19 pacientes, seguido por el de Sangrado Uterino Anormal y Miomatosis de Pequeños elementos en diez pacientes (18.18%).

La distribución por frecuencias de los resultados de los Cultivos Cérvico-Vaginales realizados se resumen en la tabla X. Los resultados de los estudios ultrasonográficos realizados se resumen en la tabla XI. En 22 pacientes (40%) se efectuó procedimiento de laparoscopia diagnóstica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CONCLUSIONES

- El tratamiento establecido para las pacientes diagnosticadas con enfermedad pélvica inflamatoria en el Hospital de la Mujer ya sea médico quirúrgico tomando en cuenta el hecho de el 46.6% de las pacientes tuvieron la forma de presentación de Epi aguda con el consecuente tratamiento quirúrgico ya sea como la laparotomía exploradora más drenaje de absceso pélvico o histerectomía total abdominal (62.5% ) fue oportuno evitando las posibles complicaciones, y de forma oportuna en el momento del diagnóstico.
- Debido a la forma de presentación en las pacientes diagnosticadas con enfermedad pélvica inflamatoria, este diagnóstico fue hecho de forma clínica generalmente, es decir tomando en cuenta la sintomatología y los hallazgos encontrados: SX doloroso abdominal en un 27.08%, SX doloroso abdominal probable absceso pélvico 16.66%. De ninguna forma se hace caso omiso de los criterios diagnósticos recomendados en la literatura mundial, los cuales son los mismo considerados principalmente para llevar a cabo un diagnóstico.
- En aquellas pacientes en quienes de diagnóstico EPI crónica 53.4% la forma de diagnosticarla fue un tanto diferente tomando en cuenta que la gran mayoría se realizo en ellas al momento de hallazgos quirúrgicos o laparoscópicos como en las pacientes contempladas en la clínica de esterilidad por laparoscopia (22%) o incluso en pacientes en quienes al momento de someterlas a cirugía se encontraron datos compatibles con esta patología realizándose el diagnóstico de forma retrospectiva.
- En un porcentaje muy pequeño de pacientes se utilizó el recurso ultrasonográfico como apoyo para el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria 27%, observándose que desafortunadamente al menos en estos casos el diagnóstico no

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



fue siempre el acertado, con un porcentaje del 17% de coincidencia de diagnóstico ultrasonográfico con los hallazgos quirúrgicos.

- Una de las conclusiones más importantes resultado de este estudio es el saber que dentro de las modalidades de tratamiento de enfermedad pélvica inflamatoria el predominante en nuestra institución es el tratamiento quirúrgico, siempre tomando en cuenta el estado de la paciente al momento de realizar el diagnóstico, así como las características de cada una de ellas y con la seguridad plena del beneficio absoluto para la paciente.
- El hecho de que en nuestra institución por todo lo explicado predomine el tratamiento quirúrgico para las pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria no quiere decir que no se contemple y se lleven a cabo otras formas de tratamiento cuando así lo ameritan nuestras pacientes, como en el caso del tratamiento médico. En el caso de no contar con la seguridad absoluta de que la paciente sea candidata a tratamiento quirúrgico se instituyó tratamiento médico el cual consiste en antibióticos de amplio espectro con cobertura para los organismo más frecuentes. En el hospital de la mujer el esquema más utilizado es el recomendado por la CDC conocido como esquema B consistente en el uso de Clindamicina y Gentamicina por 24 a 48 hrs. Después de demostrar mejoría clínica significativa, continuando con tratamiento domiciliario una vez que la paciente es dada de alta.
- Las complicaciones presentadas en las pacientes diagnosticadas con enfermedad inflamatoria pélvica e nuestra institución fueron mínimas considerando el estado en que ingresaron dichas pacientes y el momento de su diagnóstico y tratamiento el cual fue inmediato, como fue el caso de solo una paciente que presentó posterior a someterla a tratamiento quirúrgico septicemia con tiempo prolongado de evolución previo a su ingreso y tratada de forma no adecuada previamente.



- Las complicaciones posquirúrgicas por los procedimientos a los que fueron sometidas todas las pacientes son nulas, lo que nos muestra finalmente que la decisión de someterlas a dicha modalidad de tratamiento fue la acertada.
- Un caso diferente es el de las pacientes en quienes el motivo inicial de consulta no fue el de enfermedad pélvica inflamatoria como las pacientes de la Clínica de esterilidad existente en el Hospital de la Mujer y que al ser sometidas al protocolo establecido correspondiente específicamente laparoscopia diagnóstica, los hallazgos durante este procedimiento fueron los datos concluyentes para el diagnóstico.
- En estas pacientes dependiendo del grado de afectación y pronóstico fue indicado inmediatamente el tratamiento médico o quirúrgico necesario con el fin de evitar mayores complicaciones, así como el avance de esta patología.
- En el estudio de la enfermedad pélvica inflamatoria existen grandes avances en cuanto a etiología, cuadro clínico y lo más importante en su diagnóstico y tratamiento, las recomendaciones actuales en la literatura mundial muestran que existen amplias posibilidades para ello, pero es importante conocer las alternativas de tratamiento con los nuevos fármacos incluyendo antibioterapia y medicamentos de apoyo con el fin de evitar al máximo las complicaciones derivadas de ella, tomando en cuenta que estas afectan principalmente a mujeres con edad reproductiva y laboral.
- En nuestro medio aún cuando no se cuenta con todas las posibilidades o los recursos para el diagnóstico existentes en otras instituciones debido a limitaciones económicas tanto de las pacientes como de nuestro hospital, sabemos que la experiencia es un punto importante para ello y sobre todo la prevención en cuanto a la salud sexual disminuyendo al máximo factores de riesgo y una vez establecida la sintomatología el diagnóstico precoz y tratamiento exacto de esta enfermedad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## REFERENCIAS

1. Ressel G.W. CDC Releases 2002 Guidelines for Treating STD's: Part I. Diseases characterized by vaginal discharge and PID. American Family Physician 2002; 66: 25-9.
2. McNeely S, Hendrix L, et al. Medically sound, cost effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 1271-8.
3. Carey C J. Pelvic Inflammatory Disease and Vaginitis. Noble: Textbook of Primary Care Medicine, Mosby, Philadelphia, 3<sup>rd</sup> ed. 2001, pp 224-33.
4. AAP 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. Am Acad Pediatrics, 25<sup>th</sup> ed., pp. 110-44.
5. Ness B, Soper ED, et al. Hormonal and barrier contraception and risk of upper genital tract disease in the PID Evaluation and Clinical Health PEACH study. Am J Obst and Gynecol 2001; 185: 24-41.
6. Tuomala RE, Chen KT. Gynecologic Infections. Part I. En Ryan: Kistner's Gynecology and Women's Health, Mosby, Philadelphia. 1999. 7<sup>th</sup> ed. 455-462.
7. Mandell: Principles and Practice of Infectious Disease. Churchill Livingstone, London. 2000. 5<sup>th</sup> ed., pp. 1241-1243.
8. Berg AO. Screening for Chlamydial Infection. Am J Prev Med 2001; 20 (suppl 3): 90-93.
9. Monif GRG. "Clinical staging of acute bacterial salpingitis and its therapeutic ramifications" Am J Obstet Gynecol. 1982; 143: 489.
10. Ness BR, Soper ED, et al. Effectiveness of inpatient and out patient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: Results from the PEACH randomized trial. Am J of Obstet Gynecol 2002; 186: 185-200.



11. Peterson HB, Walker CK, Kahn JG, et al. Pelvic Inflammatory disease. JAMA 1991; 266:2605-11.
12. Wiesenfel HC, Sharon LH, Krohn MA, et al. Lower genital tract infection and endometritis: Insight into subclinical pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol 2002; 100:456-63.
13. Nasraty S. Infections of the female genital tract, Primary Care: Clinics in Office Practice. 2003; 30:254-62
14. Yudin Mark, Hiller S et al. Vaginal polymorphonuclear leukocytes and bacterial vaginosis as marker for histologic endometritis among women without symptoms of pelvic inflammatory disease.
15. Morcos R, Frost N, Hnat M. Laparoscopic versus clinical diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. J Reprod Med 1993; 38: 53-6.
16. Jacobson L, Westrom L. Objetivized diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 1969.;105:1088-98.
17. Jacobson L. Differential diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 1980; 138:1006 1011.
18. Miller and Gravez. Update on the Prevention and treatment of sexually Transmitted Diseases. American Family Physicians Volume 61 Number 2 January 2000.
19. Nelson A, Sinow R et al. Transactions of the Sixty Annual Meeting of the Pacific Coast Obstetrical and Gynecological Society. Transrectal ultrasonographically guided drainage of gynecologic pelvic abscesses. Am J Obstet Gynecol. Volume 182. Number 6. June 2000.
20. Peipert JF and Ness R. Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. American Journal of Obstetrics and gynecology. Volume 184 Number 5. April 2001.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 
21. Eckert LO, Hawes s et al. Endometritis: The pathologic syndrome. American Journal of Obsteric and Gynecology. Vol. 186 Number 4 April 2002.
22. Te Linde, Ginecologia Quirurgica. John D Thompson, John A Rock. Ed Panamericana. Novena Edición 1999.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**TABLA I. PACIENTES CON EPI AGUDA. RITMO MENSTRUAL**

<b>Ritmo</b>	<b>No. de Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
28x3	4	8.3
28x4	5	10.4
28x5	1	2.1
28x8	2	4.2
30-40x5	1	2.1
30-45x8	1	2.1
30x3	10	20.8
30x4	6	12.5
30x5	9	18.8
30x6	6	12.5
30x7	1	2.1
40x5	1	2.1
40x7	1	2.1
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**TABLA II. PACIENTES CON EPI AGUDA. DIAGNÓSTICOS DE INGRESO**

<b>Diagnóstico</b>	<b>No. de Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
Síndrome doloroso abdominal	13	27.08
Síndrome doloroso abdominal, probable absceso pélvico	8	16.66
Síndrome doloroso abdominal, Enfermedad Pélvica Inflamatoria	8	16.66
Abdomen agudo, probable absceso pélvico	5	10.41
Síndrome doloroso abdominal, probable embarazo ectópico	4	8.33
Tumoración anexial derecha	3	6.25
Tumoración anexial derecha, probable carcinoma de ovario	2	4.16
Síndrome doloroso abdominal, probable quiste torcido de ovario	2	4.16
Tumoración anexial izquierda	1	2.08
Tumoración anexial izquierda, probable teratoma	1	2.08
Tumoración anexial izquierda, probable embarazo ectópico	1	2.08
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**TABLA III. PACIENTES CON EPI AGUDA. CULTIVOS CÉRVICO VAGINALES**

<b>Resultado</b>	<b>No. de Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
Candida sp., Estafilococo coagulasa negativo	2	4.16
Actinomyces israeli	1	2.08
Candida sp., Gardnerella vaginallis	1	2.08
Gardnerella vaginalis	1	2.08
Sin reporte	43	89.58
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**TABLA IV. PACIENTES CON EPI AGUDA. HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS**

<b>Resultado</b>	<b>No. de Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin reporte	21	43.75
Útero y anexos normales	6	12.50
Salpingitis izquierda	4	8.33
Tumoración de ovario derecho	4	8.33
Absceso pélvico	2	4.16
Tumoración de ovario izquierdo	2	4.16
Quiste simple de ovario izquierdo	2	4.16
Tumoración mixta de ovario derecho	1	2.08
Embarazo ectópico	1	2.08
Miomatosis uterina de pequeños elementos	1	2.08
Foliculo roto ovario derecho	1	2.08
Salpingitis bilateral	1	2.08
Cervicitis crónica	1	2.08
Salpingitis derecha	1	2.08
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**TABLA V. PACIENTES CON EPI AGUDA. TRATAMIENTO MÉDICO**

<b>Tratamiento</b>	<b>No. de Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
Gentamicina, Clindamicina	6	33.33
Penicilina G sódica cristalina, Gentamicina	4	22.22
Gentamicina	3	16.66
Clindamicina	2	11.11
Ceftazidima	1	5.55
Gentamicina, Doxiciclina	1	5.55
Cefotaxima, Gentamicina	1	5.55
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**TABLA VI. PACIENTES CON EPI AGUDA. DIAGNÓSTICOS DE EGRESO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

<b>Diagnostico</b>	<b>No. Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
LAPE, drenaje absceso, cuña ovario derecho, adherenciolisis, cierre primario de ileon	1	3.33
LAPE, drenaje absceso ovárico, salpingectomía izquierda.	1	3.33
HTA, salpingectomía izquierda, drenaje absceso .	2	6.66
LAPE, drenaje absceso pélvico, SOD.	2	6.66
LAPE, drenaje absceso pélvico	3	10.0
LAPE, drenaje absceso tubario	2	6.66
LAPE, HTA, SOI	2	6.66
LAPE, HTA, SOB	2	6.66
LAPE, drenaje absceso tubo-ovárico izquierdo, adherenciolisis	1	3.33
LAPE, HTA, SOD	3	10.0
LAPE, drenaje absceso pélvico, SOB	1	3.33
LAPE, SOD, drenaje absceso tubo-ovárico	5	16.66
HTA, drenaje absceso pélvico	1	3.33
SOD, drenaje absceso tubo-ovárico	2	6.66
LAPE, SOI, drenaje absceso tubo-ovárico izquierdo	2	6.66
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

LAPE = Laparotomía exploradora  
SOD = Salpingooforectomía derecha  
SOI = Salpingooforectomía izquierda  
SOB = Salpingooforectomía bilateral  
HTA = Histerectomía total abdominal

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



**TABLA VII. PACIENTES CON EPI CRÓNICA. RITMO MENSTRUAL**

<b>Ritmo</b>	<b>No. de Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
20-30x8	1	1.8
20x14	1	1.8
20x3	1	1.8
23-28x6	1	1.8
23-30x6	1	1.8
28-30x4	1	1.8
28-34x6	1	1.8
28x2	1	1.8
28x3	2	3.6
28x4	4	7.3
28x5	2	3.6
28x5	1	1.8
28x6	1	1.8
28x9	1	1.8
29x4	1	1.8
30-35x6	1	1.8
30-60x8	1	1.8
30-90x4	1	1.8
30-90x8	1	1.8
30x3	7	12.7
30x4	7	12.7
30x5	3	5.5
30x6	9	16.4
30x7	4	7.3
30x8	1	1.8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



**TABLA VIII. PACIENTES CON EPI CRÓNICA. INICIO DE VIDA SEXUALMENTE ACTIVA**

<b>Edad</b>	<b>No. de Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
9	1	1.8
11	1	1.8
12	1	1.8
13	1	1.8
14	3	5.5
15	1	1.8
16	8	14.5
17	8	14.5
18	6	10.9
19	7	12.7
20	4	7.3
21	2	3.6
22	5	9.1
23	5	9.1
28	1	1.8
30	1	1.8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**TABLA IX. PACIENTES CON EPI CRÓNICA. DIAGNÓSTICOS DE INGRESO**

Diagnóstico	No. de Pacientes	Porcentaje
Esterilidad Primaria	19	34.54
Sangrado uterino anormal, miomatosis de pequeños elementos	10	18.18
EPI crónica	7	12.72
Esterilidad Secundaria	5	9.09
Embarazo ectópico derecho no roto	3	5.45
Embarazo ectópico izquierdo no roto	2	3.63
Embarazo ectópico izquierdo roto	1	1.81
Tumoración anexial derecha, probable embarazo ectópico organizado	1	1.81
Síndrome doloroso abdominal, tumoración anexial derecha	1	1.81
Dismenorrea incapacitante	1	1.81
Sangrado uterino anormal, miomatosis de grandes elementos	1	1.81
Sangrado uterino anormal, miomatosis de medianos y grandes elementos	1	1.81
Hiperplasia endometrial	1	1.81
NIC I-II	1	1.81
Adenomiosis, EPIC	1	1.81
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA X. PACIENTES CON EPI CRÓNICA. CULTIVOS CÉRVICO VAGINALES**

<b>Resultado</b>	<b>No. de Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin reporte	32	58.18
Escherichia coli, Estafilococo coagulasa negativo	4	7.27
Escherichia coli, Candida sp	2	3.63
Escherichia coli, Estafilococo coagulasa positivo	1	1.81
Escherichia coli, Estafilococo coagulasa positivo, células guía	1	1.81
Escherichia coli, Estafilococo coagulasa positivo, Candida sp	1	1.81
Gardnerella vaginalis, Trichomona vaginalis	1	1.81
Chlamydia trachomatis	1	1.81
Gardnerella vaginalis, Estafilococo coagulasa positivo, células guía	1	1.81
Candida sp, Estafilococo coagulasa positivo, células guía	1	1.81
Candida sp	1	1.81
Candida sp., Chlamydia trachomatis	1	1.81
Estafilococo coagulasa positivo	1	1.81
Estafilococo coagulasa negativo	1	1.81
Cocos gram positivos, bacilos gram positivos	1	1.81
Enterobacter sp., Escherichia coli, Estafilococo coagulasa negativo, Serratia sp., Candida sp.	1	1.81
Células guía	1	1.81
Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae	1	1.81
Cocos gram positivos, Estafilococo coagulasa negativo	1	1.81
Chlamydia trachomatis, Gardnerella vaginalis, Candida sp	1	1.81
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**TABLA XI. PACIENTES CON EPI CRÓNICA. ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO.**

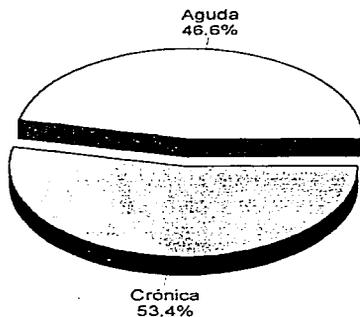
Resultado	No. Pacientes	Porcentaje
Sin reporte	28	50.90
Útero y anexos normales	5	9.09
Útero sin alteraciones, ovarios quísticos	3	5.45
Salpingitis bilateral, líquido libre en fondo de saco	2	3.63
Miomatosis uterina de pequeños elementos	2	3.63
Útero y anexos normales, líquido libre en fondo de saco	2	3.63
Miomatosis uterina de medianos elementos	2	3.63
Miomatosis uterina de grandes elementos	2	3.63
Embarazo ectópico derecho no roto	2	3.63
Embarazo ectópico izquierdo no roto	2	3.63
Miomatosis uterina, hiperplasia endometrial	1	1.81
Miomatosis uterina de pequeños elementos, salpingitis derecha	1	1.81
Cambios fibróticos miométriales	1	1.81
Embarazo ectópico izquierdo roto	1	1.81
Miomatosis de medianos y grandes elementos	1	1.81
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 1. Pacientes con Diagnóstico de EPI.**

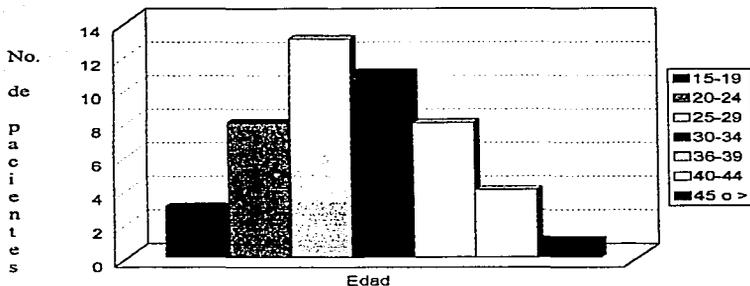


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 2. Pacientes con EPI aguda. Distribución por Grupos Etáreos**

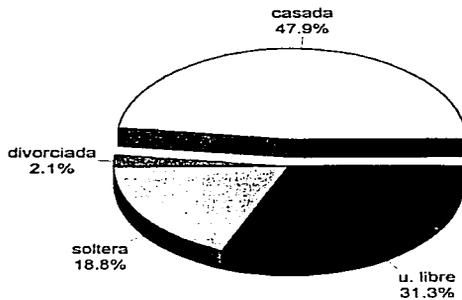


**Fuente:** Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 3. Pacientes con EPI aguda. Estado Civil**

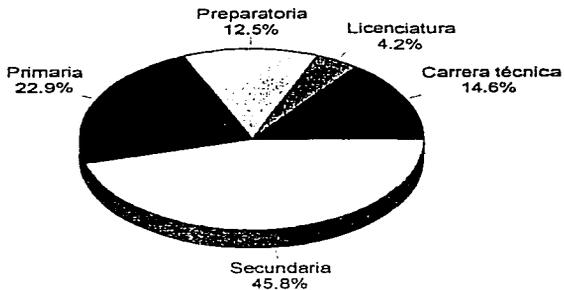


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



**Figura 4. Pacientes con EPI aguda. Escolaridad.**

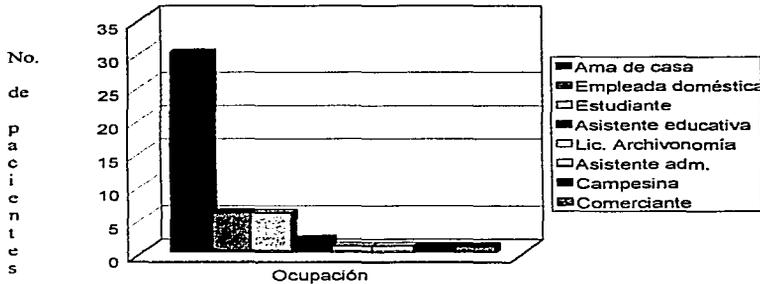


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



**Figura 5. Pacientes con EPI aguda. Ocupación.**

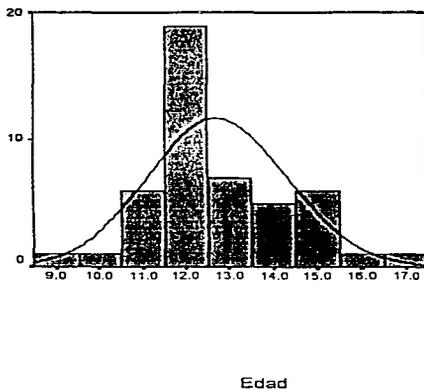


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 6. Pacientes con EPI aguda. Menarca.**

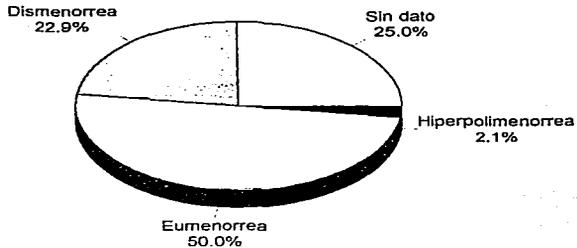


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



**Figura 7. Pacientes con EPI aguda. Características de la Menstruación**

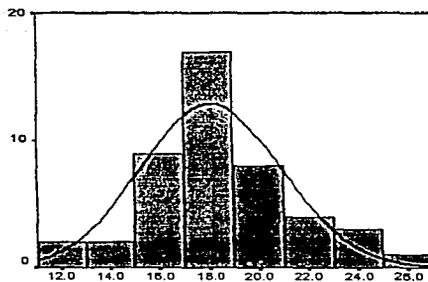


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 8. Pacientes con EPI aguda. Inicio de Vida Sexualmente Activa.**



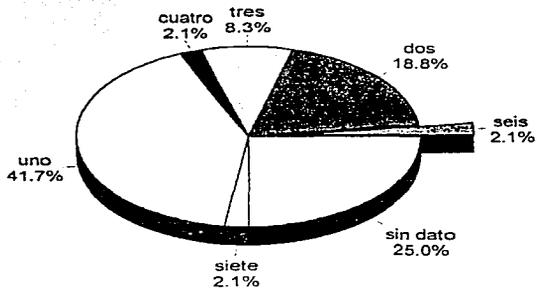
Edad

Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 9. Pacientes con EPI aguda. Número de Compañeros Sexuales.**

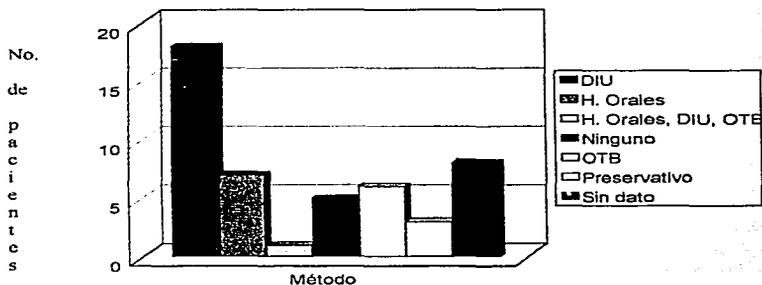


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 10. Pacientes con EPI aguda. Método de Planificación Familiar.**

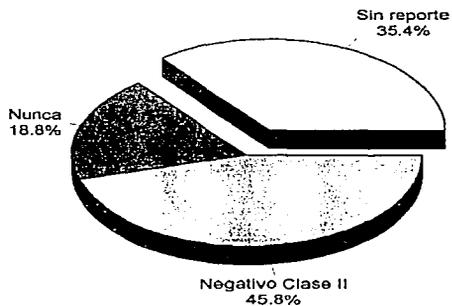


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 11. Pacientes con EPI aguda. Detección Oportuna de Cáncer.**

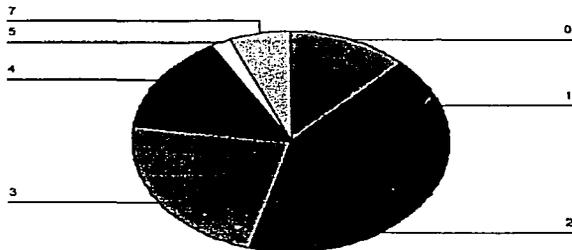


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 12. Pacientes con EPI aguda. Número de Gestaciones.**

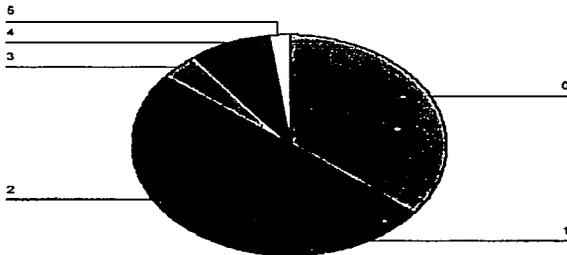


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 13. Pacientes con EPI aguda. Número de Partos.**

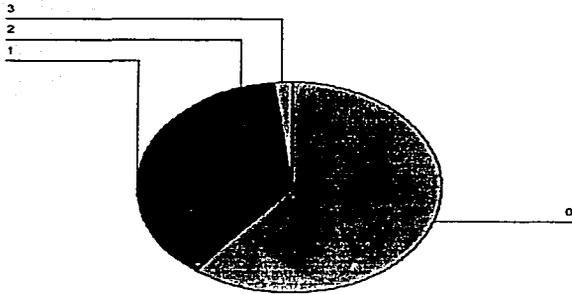


**Fuente:** Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 14. Pacientes con EPI aguda. Número de Abortos.**

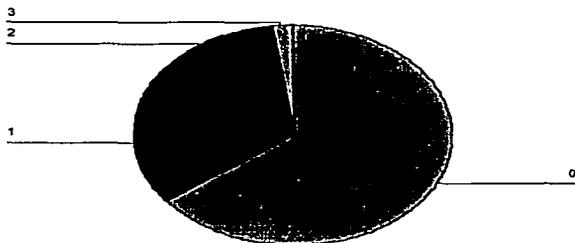


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 15. Pacientes con EPI aguda. Número de Operación Cesárea.**

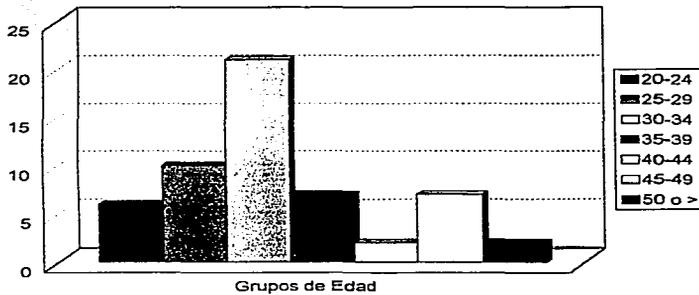


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 16. Pacientes con EPI Crónica. Distribución por Grupos Etáreos.**

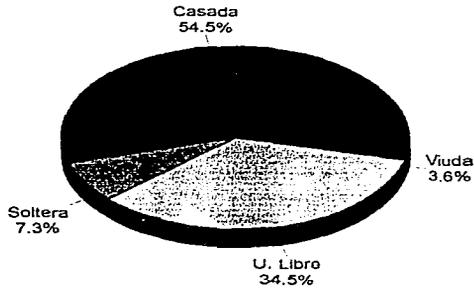


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 17. Pacientes con EPI crónica. Estado Civil.**

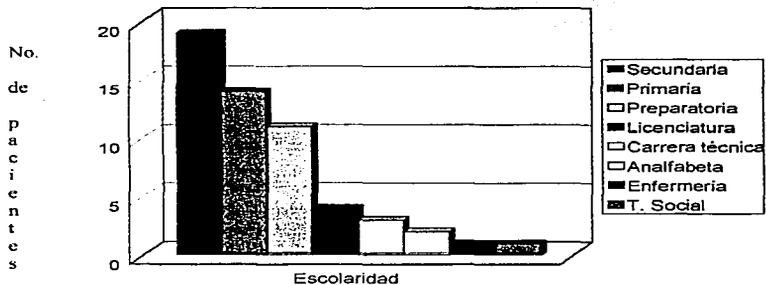


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Figura 18. Pacientes con EPI crónica. Escolaridad.

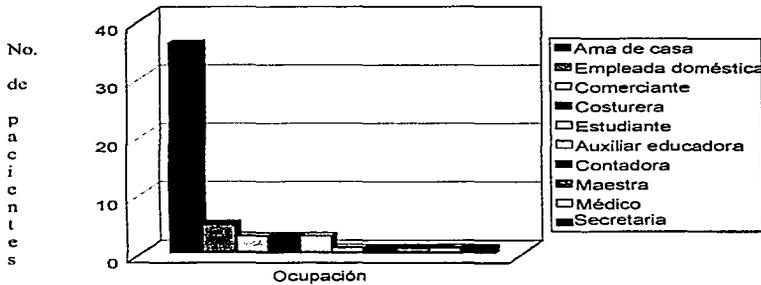


Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 19. Pacientes con EPI crónica. Ocupación.**

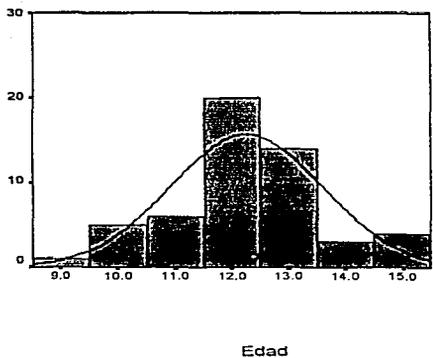


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 20. Pacientes con EPI crónica. Menarca.**

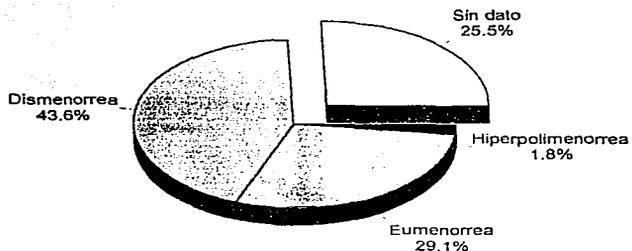


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



**Figura 21. Pacientes con EPI crónica. Características de la Menstruación.**

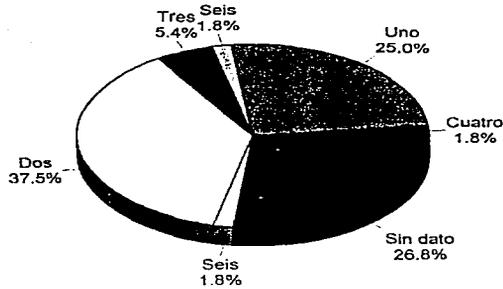


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 22. Pacientes con EPI crónica. Número de Compañeros Sexuales.**

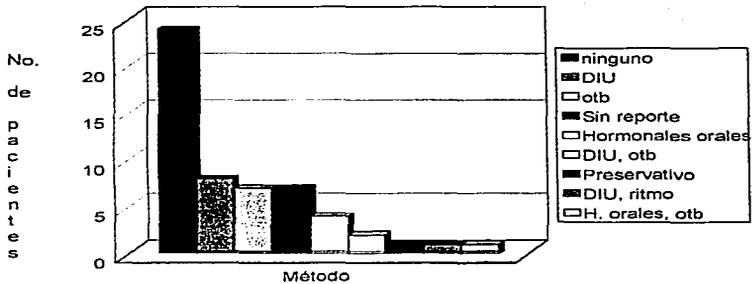


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 23. Pacientes con EPI crónica. Método de Planificación Familiar.**

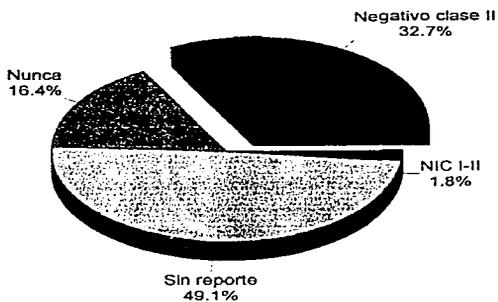


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 24. Pacientes con EPI crónica. Detección Oportuna de Cáncer.**

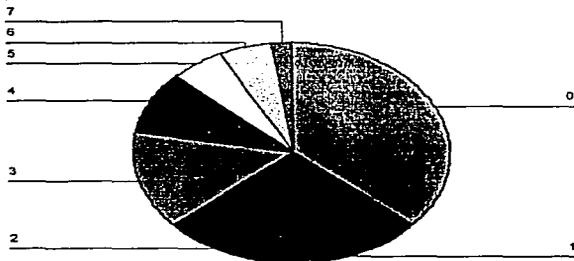


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 25. Pacientes con EPI crónica. Número de Gestaciones.**

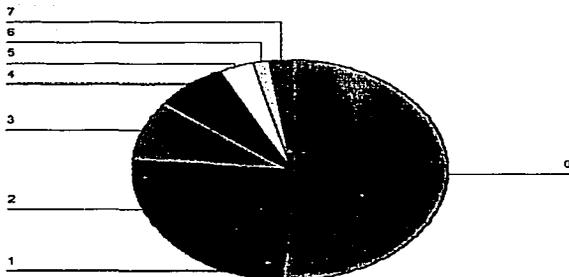


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



**Figura 26. Pacientes con EPI crónica. Número de Partos.**

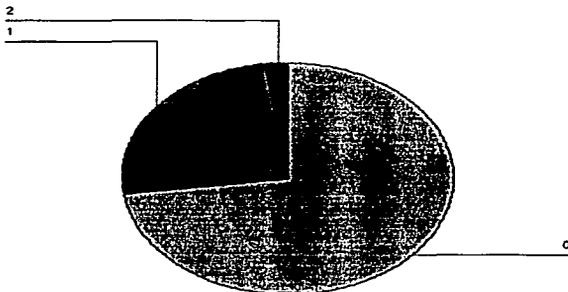


**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 27. Pacientes con EPI crónica. Número de Abortos.**



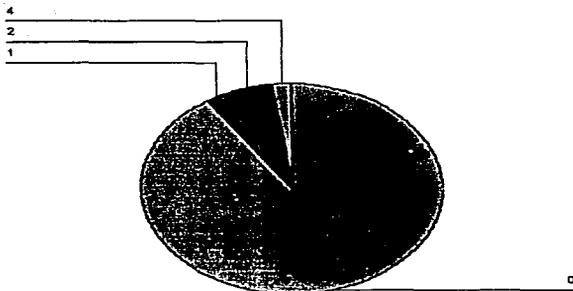
**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

UNA TESIS NO  
LA EXISTE



**Figura 28. Pacientes con EPI crónica. Número de Operación Cesárea.**



**Fuente: Archivo Clínico del Hospital de la Mujer.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**