

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS DE TRABAJADORES DEL ESTADO

U.M.F. OBSERVATORIO
ZONA PONIENTE, MEXICO, D.F.

147

I. S. S. T. E.
GACION PONIENTE
DELEGACION MEDICA

FEB. 6 2001

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD
PELVICA INFLAMATORIA

ICA OBSERVATORIO
DIRECCION

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

FRANCISCO JAVIER ZARCO SALAS



SSSTE

MEXICO, D.F.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar.

Presenta:

FRANCISCO JAVIER ZARCO SALAS

AUTORIZACIONES:



~~Dr. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.~~



~~Dr. ARNULFO TRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.~~



~~Dr. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.~~

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar.

Presenta:

FRANCISCO JAVIER ZARCO SALAS



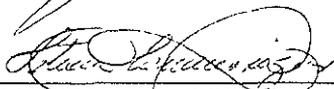
Dr. HÉCTOR GILES HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
U.M.F. OBSERVATORIO.



Dr. HÉCTOR GILES HERNÁNDEZ
ASESOR DE TESIS I.S.S.S.T.E.



Dr. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS



Dra. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.

ÍNDICE GENERAL

MARCO TEÓRICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
JUSTIFICACIÓN	28
OBJETIVOS	29
MATERIAL Y MÉTODOS	30
DECLARACIONES ÉTICAS	31
RESULTADOS	32
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	46

La enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), representa un importante problema Médico, y un constante desafío para los responsables de la salud pública.

Aunque en la actualidad constituye una causa rara de muerte, la EPI es Responsable de un elevado índice de mortalidad con todas las repercusiones clínicas que de ella derivan, así como sociales y económicas.

Según estudios recientes, el número de pacientes diagnosticados con EPI van en aumento día con día; su tratamiento así como el de sus secuelas absorbe una parte significativa de los recursos médicos en todos los países desarrollados.

Junto con el término genérico de EPI, se reconoce hoy a un conjunto de entidades clínicas cuyo denominador común es la invasión microbiana de los órganos que configuran el tracto genital superior y de sus tejidos de soporte. La infección puede predominar en un punto; singularmente la trompa de Falopio, pero todo el sistema se haya potencialmente alterado.

Las características microbiológicas y clínicas además de terapéuticas de la EPI, han variado substancialmente en los últimos años. Mientras que en el Pasado, la infección de los órganos genitales era predominantemente por un solo germen y caso exclusivamente por gonococos, en la actualidad sabemos que la mayoría de las infecciones son polimicrobianas, con participación de microorganismos tanto aeróbicos como anaeróbicos.

La identificación de nuevos agentes etiológicos y la creciente participación de gérmenes anaeróbicos como factor patógeno asociado, han traído consigo una modificación de la patología, dando lugar a cuadros clínicos diferentes con todas las dificultades de diagnóstico diferencial e implicaciones terapéuticas que ello conlleva.

Aunque se ha relacionado la EPI con enfermedades de transmisión sexual, no siempre el mecanismo primario y fundamental de la invasión microbiana de muchas infecciones pélvicas es el contacto sexual. Con el esclarecimiento de la naturaleza polimicrobiana de muchas infecciones pélvicas consideramos que estas juegan un papel importante en la etiología de dichos procesos (9).

Además hoy sabemos que muchas infecciones pélvicas no complicadas y casi la totalidad de abscesos tubo-ováricos son causadas por microorganismos residen en el franco genital inferior(29).

Como consecuencia en los cambios de los hábitos sexuales se ha visto un aumento en la incidencia de EPI, esto hace que parte de otros estudios el más eficaz contra las infecciones genitales radica en el diagnóstico precoz, combinado con medidas de carácter preventivo.

Durante muchos años, el punto de vista tradicional acerca de la EPI, fue que sus características clínicas eran razonablemente uniformes y definibles sobre la base de la historia, el examen físico y de las pruebas de laboratorio; empero, el empleo sistemáticos de la laparoscopia para el diagnóstico de ese tipo de infección dio como resultado una visión considerable modificada tanto de sus manifestaciones clínicas, como de los problemas del diagnóstico diferencial.

La EPI, se define como un síndrome agudo, de origen infeccioso, atribuido al acceso de microorganismos de la vagina y endocervix al endometrio, trompas de Falopio, ovarios, peritoneo pélvico y en ocasiones peritoneo abdominal.

Es una infección bacterial adquirida en la comunidad presumiblemente o son usualmente incluidos al hablar de EPI y se consideran entidades independientes.

Se han empleado los términos salpingítis, anexitis, salpingooforitis y peritonitis pélvica como sinónimo de esta enfermedad; sin embargo ya que con frecuencia no es posible limitar el proceso patológico a una sola porción del aparato genital femenino, parece más adecuado referirse al término EPI en sentido amplio.

La EPI recurrente aumenta el riesgo de otros trastornos tales como adherencias pélvicas, dolor pélvico crónico, dispareunia, absceso tubo-ovárico, embarazo ectópico e infertilidad, muchos de los cuales conducen a cirugía pélvica mayor (2).

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En 1683, Mauriceau fue el primero en descubrir tumores anexiales (2). En 1870, las necropsis relevaban la presencia de anexitis (18). En 1879, Neisser descubre la *Neisseria gonorrhoeae* y documenta una amplia documentación entre anexitis e infección gonococal (28).

En 1898 Nocard y Roux aislaron el agente etiológico de la pleuropulmonía de los gatos, este organismo fue cultivado posteriormente a partir del tracto genital humano. En 1907, Halbestaedter y Von Prowazek, así como Linder y colaboradores observaron la relación que existía entre la conjuntivitis de inclusión en el neonato, cervicitis femenina y uretritis masculina, a través del tiempo y con el advenimiento de nuevas técnicas de cultivo se supo que éstas alteraciones eran debidas a *Chlamydia trachomatis* (18). En 1919 Carlos Stefano describe la triada: peritonitis, perihepatitis y salpingitis, primero indicios del síndrome Fitts-Hugh-Curtis, pero el nombre con el que se conoce este síndrome se debe a los investigadores norteamericanos; Curtis que en 1930 a través de laparotomía observó la presencia de adherencias en “cuerdas de violín” entre el hígado y la pared anterior del abdomen, estos hallazgos se observaron en pacientes con datos clínicos e histológicos de infección tubarica previa, argumentándose que las anormalidades hepáticas y tubáricas resultaban de una infección inicialmente gonocócica (11). En 1934, Fitz, Hugh describió una peritonitis localizada en la superficie anterior del hígado, el diafragma, la pared abdominal anterior en pacientes con dolor abdominal alto y con antecedentes de haber padecido gonorrea (11). En 1977, se aisló *Chlamydia trachomatis* a partir de las trompas en una salpingitis, uno de los avances más sobresalientes en el diagnóstico, este procedimiento ha sido el empleo de la laparoscopia procedimiento inicialmente descrito por Keling en 1902, y aplicado a Jacoboensen 1910 (18).

FLORA NORMAL DEL APARATO GENITAL FEMENINO

La microflora que coloniza habitualmente el aparato genital femenino, se circunscribe tan solo a tres sitios anatómicos.

- a) Genitales externos
- b) Vagina
- c) Cerviz

Las estructuras internas son estériles y la presencia de cualquier microorganismo en ellas deben considerarse normal.

La flora que normalmente se encuentran es muy heterogénea; dependiendo del estado de equilibrio ecológico que existe con el huésped, tales microorganismos son capaces de expresarse como patógenos oportunistas y causar cuadros de enfermedades infecciosas como sería la EPI.

La colonización de la vagina en la recién nacida, se inicia supuestamente por el canal del parto a partir de la propia flora materna, de tal manera que en este "inoculo original" predominaran los lactobacilos, acompañado de una mezcla de bacterias aerobias y anaerobias. El epitelio vaginal de la recién nacida es rico en glucógeno por el estímulo estrogénico proveniente de la madre, por lo que los microorganismos capaces de fermentar esa fuente y de soportar la acidez producida, son los que ven favorecida su adherencia específica de las células epiteliales y su multiplicación posterior.

Poco después del nacimiento, la ausencia de estrógeno provoca que el epitelio vaginal, se vuelva fino, atrófico y carece de glucógeno, afectándose la flora lactobacilar no proliferando al crecer el sustrato, por lo tanto el ph se eleva de 3.5 a 5 hasta niveles de 6 a 8; predominando hasta poco antes de la menarca cocos gram positivo, bacilos gram + y bacilos gram -, facultativos anaerobios (2).

En contraste con estrógenos y progesterona en cantidades suficientes, se incrementa el contenido celular del glucógeno y el ph disminuye.

Durante su vida reproductiva, la mayoría de las mujeres albergan 3 a 8 tipos Principales de bacterias patógenas en un momento determinado (3).

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

A continuación se describen la influencia hormonal, el ph vaginal y los microorganismos vaginales ordinarios en diferentes épocas de la vida de la mujer (3).

EDAD	INFLUENCIA HORMONAL	PH VAGINAL	MICROORGANISMOS
Nacimiento	Estrógenos	3.5 a 5	Lactobacilos Anaerobios y Aeróbicos.
Lactancia	Ninguna	6.1 a 8	Cocos y Bacilos gram (+).
Pubertad y vida reproductiva	Estrógenos progesterona	3.5 a 4.5	<p>Aeróbicos %</p> <p>Lactobacilos 70</p> <p>Staphilococcus Epidermidis 30</p> <p>Difteroides 30</p> <p>Staphilococco alfa h. 50</p> <p>Streptococcus beta h. 20</p> <p>Anaerobios %</p> <p>Bacteriales frágiles 40</p> <p>Peptococos 50</p> <p>Clostridium 15</p> <p>Veillonela 15</p>

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

COMPOSICIÓN DE LA SECRECIÓN VAGINAL.

La leucorrea suele ser unas descargas vaginal blanquesina que se produce cualquier edad que afecta de hecho a todas las mujeres en alguna etapa de la vida. Aunque la descarga vaginal es fisiológica y ocurre casi siempre, cuando se vuelve más abundante o anormal, es irritativa o tiene olor fétido se considera patológica.

La descarga se acompaña a menudo de irritación vulvar; con frecuencia éstos trastornos se deben a infecciones de la vagina o del cuello uterino, otras causas son tumores uterinos, estimulación estrogénica o psíquica, traumatismos, cuerpos extraños, duchas en exceso y atrofia vulvovaginal.

Las secreciones vaginales constituyen el motivo principal por el que la mujer acude al consultorio del Ginecólogo y provienen (3):

1. Moco cervical
2. Células escamosas exfoliadas
3. Productos metabólicos de la microflora
4. Exudado de las glándulas sudoríparas sebáceas de Bartholin
5. Líquido endometrial y oviductos.

El volumen de las secreciones en la vagina normal varía durante todo el ciclo menstrual. En la fase inmediata posterior la menstruación, cuando la concentración de estrógenos es baja, la mucosa es delgada y relativamente activa y haya poca secreción de las células cervicales. Al aumentar la producción de estrógenos, las células vaginales proliferan y se exfolian en forma rápida y en las cervicales secretan más y más moco. En la ovulación cuando la producción de estrógenos y la descamación vaginal alcanza un máximo; algunas mujeres perciben el flujo solo en este momento; posteriormente las secreciones disminuyen hasta justo antes del inicio de la menstruación (4).

Por lo tanto, conviene resaltar que la vagina sana presenta secreción fisiológica procedente de los sitios ya anotados; así mismo en lo anterior influyen los parámetros del ph, glucógeno, cantidad y calidad de flora, ciclo menstrual, particularidades de anatomo-estructurales y hábitos sexuales e higiene y está constituida por (2):

1. Agua 92 a 98 %
2. Componentes de bajo peso molecular
 - Inorgánicos: NaCl, K. Sulfatos, fosfatos.
 - Orgánicos: Ac, Ascórbico, aminoácidos, colesterol, Ácidos grasos, glucosa.
3. Componentes de alto peso molecular: Mucinas, Globulina, Albúmina, polisacáridos, etc.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
EPIDEMIOLOGIA.

En México no se ha logrado precisar la frecuencia de esta enfermedad; sin embargo, se sabe que puede ser muy variable al igual que todo el mundo (2).

En efecto de las infecciones pélvicas en el estado físico de la mujer, varía desde los síntomas leves hasta enfermedades graves y, en algunos casos incluso la muerte. El costo del tratamiento de tales infecciones es muy alto si se incluye en directo de la atención médica y otro tipo indirecto, como el ausentismo laboral (3).

El costo directo para EPI y su asociación con sus secuelas de embarazo ectópico e infertilidad se aproxima a los 4.2 millones de dólares al año, en los Estados Unidos este costo puede aumentar a 10 millones de dólares anuales, para el año 2000 si persiste la incidencia del padecimiento de manera recurrente (6).

La EPI es vista aproximadamente en el 1% de las mujeres entre 15 y 25 años (6).

Se calcula que hacia el año 2000 en E.U. una de cada 4 mujeres que llegó a la edad de gestar en el decenio de 1970 habrá sufrido un episodio de enfermedad pélvica inflamatoria; dicha proporción 25% habrá sido hospitalizada, igual porcentaje habrá sido objeto de operaciones mayores y 20% será estéril (3).

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo valorados para el desarrollo de EPI y sus secuelas, dependen primariamente de la identificación de variables asociadas con la adquisición de enfermedades de transmisión sexual; estas variables clínicas relacionan a la capacidad de la paciente a se susceptible, así como a factores que pueden promover el ascenso de estos patógenos: Estos factores de riesgo incluyen (5):

1. **EDAD:** La EPI es más frecuente en mujeres jóvenes, esto es relacionado a la conducta y a la potencial adquisición de ETS; puede también reflejar características biológicas que conducen al desarrollo de EPI, tales como baja prevalencia de anticuerpos protectores para Chlamydia, largas zonas de ectopia cervical y gran permeabilidad de moco cervical (5). Es más frecuente en mujeres menores de 30 años, entre 15 y 19 años es tres veces más común y entre los 20 y 24 años es de dos veces en comparación con las pacientes de 24 a 29 años de edad (2).
2. **NIVEL SOCIO-ECONÓMICO:** Es más común en el nivel socioeconómico bajo. Esto puede atribuirse a escasos servicios sanitarios, falta de atención médica adecuada.
3. **ABUSO DE SUSTANCIAS:** Las duchas vaginales han recibido considerable atención como una práctica que puede ser asociada a EPI; dos hipótesis explican esta asociación: Primero, puede alterar la flora vaginal, por lo que existiría menos protección contra los organismos patógenos y segundo: la ducha puede evitar microorganismos vaginales y cervicales a la cavidad uterina e incrementar el riesgo de infección tracto genital.
4. **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:** Diferentes estudios han encontrado un incremento en el riesgo de EPI con el uso de dispositivos intrauterinos (DIU), esto puede ser debido a la introducción de microorganismos de la vagina y cerviz a la cavidad uterina durante su inserción. El uso de métodos de barrera puede disminuir el riesgo de desarrollar EPI, ya que los espermatozoides no serían un vehículo que llevarían las bacterias al útero. Los anticonceptivos orales tiene un efecto variable en el desarrollo de EPI, ellos aparentemente incrementan el riesgo de infección endocervical con Chlamydia trachomatis

probablemente por aumento de la zona de ectopia cervical, ofreciendo una zona amplia de células endocervicales para fijación. Se ha postulado que la combinación con progesterona induce cambios en el moco cervical disminuyendo la penetración bacteriana: además el flujo menstrual disminuye en ausencia de ovulación, lo que provoca menor menstruación de la proliferación bacteriana (5).

5. NO. DE PAREJAS SEXUALES: Mujeres con múltiples parejas sexuales tiene una frecuencia de 4 a 6 veces mayor que las que tienen una sola pareja, de desarrollar EPI; sin embargo recientes estudios reportan que la conducta sexual tal como número de coito, sexo oral, más que número de parejas y edad de inicio de vida sexual, pueden ser importantes como factores de riesgo (7).

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
PATOGENIA

La EPI es un síndrome generalmente atribuido al ascenso de gérmenes desde la vagina a cerviz hacia el tracto superior del aparato genital, el cual se considera estéril. La vía ascendente implica en alrededor del 99% correspondiendo a la forma espontánea al 85% y en un 14% a las relacionadas con procedimientos invasivos de los órganos genitales tales como histerosalpingografía, legrado uterino, aplicado de DIU, biopsia de endometrio o exploración instrumental.

En el restante 1% la EPI inicia como salpingitis secundaria a apendicitis aguda o a diferentes infecciones intra-abdominales.

Dentro de la propagación ascendente, cabe mencionar dos vertientes; la exógena y la endógena, la primera motivada por agentes externos principalmente por ETS, sin restar importancia a las manipulaciones del aparato genital femenino, las cuales se mencionan arriba; no obstante cada vez cobra más importancia la vía endógena, debido a la multitud de factores coadyuvantes que actúan sobre el equilibrio de la vagina (9).

En cuanto a la vía ascendente, existen diferentes mecanismos de transmisión: La trichoma vaginalis ha sido relacionada al ascenso de infección bacteriana hacia el tracto genital alto; ésta capacidad de trichomonas vaginalis, no ha sido bien estudiada pero dada la alta prevalencia de éste germen en población con enfermedades de transmisión sexual, se cree que algún impacto debe tener en el desarrollo de EPI, principalmente en mujeres con infección por Chlamydia trachomatis, Brockman y cols. Ponen de manifiesto la relación entre co-infección con Trichomina vaginalis y evidencia de EPI en mujeres colonizadas con Chlamydia trachomatis (10).

El espermatozoide sería otro factor en la producción de EPI; varias experiencias sugieren un rol fundamental en el transporte de gérmenes por esta vía, a través del moco cervical.

Los procesos que por vecindad pueden afectar el aparato genital son la apendicitis en contacto homolateral, produciéndose la infección o propagación del foco infectado, y otros procesos, como diverticulitis, enfermedad de Crohn y peritonitis que pueden dar lugar a cuadros anexiales (9).

En un porcentaje elevado de pacientes de EPI, se desarrolla el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, el que se define como una perihepatitis asociada a salpingitis, el diagnóstico debe sospecharse en aquella paciente joven con vida sexual activa que tenga antecedentes de promiscuidad en ella o en su pareja, siendo más probable el diagnóstico si cuenta con el antecedente de EPI; el diagnóstico definitivo se realiza con la visualización de la adherencia perihepática por laparoscopia o laparotomía, recomendándose la primera (11).

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
ETIOLOGÍA

Es difícil determinar la etiología microbiológica de la EPI, ya que el lugar de la infección no es fácilmente accesible, así que la mayoría de los estudios publicados sobre la etiología de la EPI se han basado en la demostración de la infección endocervical por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (7).

La etiología es frecuentemente polimicrobial, involucrando microorganismos endógenos y exógenos.

Los microorganismos exógenos son principalmente los transmitidos sexualmente y son responsables de la mayoría de los casos de EPI, estos son: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*.

La flora vaginal endógena es predominantemente anaerobia, consistiendo en: peptococos, peptostreptococos, bacteroides, así como estreptococo, *E. Coli* y esterobacterias (tabla 2).

Diferentes estudios en los E.U. estiman que en pacientes con EPI, *Neisseria gonorrhoeae* esta presente en 30 a 80% de los casos y en 25 a 40% de los casos pueden estar asociadas a *Chlamydia trachomatis* (8).

En un estudio realizado en 1995 en el INPer. Cuyo objetivo era determinar la etiología de la EPI leve a moderada, se incluyeron 42 pacientes, 32 tuvieron diagnóstico laparoscópico de EPI, a los cuales se realizaron 127 aislamientos de endocervix, endometrio y líquido peritoneal; de estos 31 (25%) fueron gérmenes involucrados en ETS, aislándose *Chlamydia trachomatis* y *Gardnerella vaginalis* y no encontrando un solo caso de *Neisseria gonorrhoeae* (13).

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
TABLA No. 2

ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

FLORA EXÓGENA	FLORA ENDÓGENA
TRANSMISIÓN SEXUAL <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Neisseria Gonorrhoeae</i>	ANAEROBIA <i>Peptococcus</i> <i>Peptostreptococcus</i> <i>Bacteriodes Frágiles</i>
MICOPLASMAS <i>Mycoplasma hominis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i>	AEROBIOS <i>Streptococcus sp.</i> <i>E. Coli</i> <i>Staphilococcus sp.</i> <i>Bacilos coliformes</i>

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO.

Todos los años, muchas mujeres jóvenes quedan estériles, otras tienen un embarazo ectópico y algunas inician un dolor abdominal crónico, como resultado de las secuelas de un proceso inflamatorio pélvico. Un proceso que con frecuencia ha pasado desapercibido y no se había diagnosticado, pero que ha producido la destrucción anatómica y funcional del aparato genital.

López Salva (14) reporta síntomas y signos presentes en las pacientes con diagnóstico confirmado de EPI y su porcentaje de presentación éstos son: dolor abdominal 98%, moderado en el 28% e intenso en el 70%, fiebre superior a los 38* C, leucorrea 76%, metrorragia 79%, náuseas y/o vómito 52%, diarrea 34.3% y sintomatología urinaria 45%.

El dolor abdominal es el síntoma más constante, y aunque es inespecífico, tiende a localizarse o a ser más intenso en los cuadrantes inferiores, generalmente bilateral de intensidad variable y más intenso durante el coito, con los cambios de posición o con las maniobras de valsalva; si se localiza en hipocondrio derecho puede surgir la presencia de perihepatitis. La leucorrea tiende a ser abundante la mayoría de los casos. Durante la etapa inicial de la infección, cuando ésta se localiza al útero, se presenta una fase de endometritis y puede haber sangrado genital anormal. Las pacientes que desarrollan fiebre en el padecimiento tienen cuadros clínicos más severos que las que evolucionan afebrile. La náusea, vómito y distensión abdominal se debe a la participación de estructuras vecinas (2).

El dolor pélvico crónico y la dismenorrea son motivos comunes de consulta en ginecología, la paciente con estos problemas representan un reto para el médico ya que son mujeres que han recibido múltiples tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, en estas pacientes la laparoscopia han permitido determinar con precisión la existencia o no de patología pélvica, en cosa de la EPI confirma el diagnóstico en el 44% de los casos (15).

Carranza, Lira y Cols (15), revisaron en forma retrospectiva los hallazgos laparoscópicos de 49 pacientes que consultaron por dismenorrea y dolor pélvico; encontrando 9 (18.4%) con datos de enfermedad inflamatoria pélvica, lo que se encuentra dentro de lo comunicado en otras series; en esta revisión se encontró a la endometriosis, a las adherencias, hidrosalpinx, como causa importante de dolor pélvico por lo que éstas entidades se deben de considerar

Dentro de los diagnósticos diferenciales de EPI; en 10% de los casos no hubo hallazgos anormales al momento del estudio.

Sé a propuesto una clasificación sobre la base de los hallazgos laparoscópicos, dividiendo a la EPI en grados, esto sería: Eritema, presencia de material purulento, obstrucción tubárica, piosalpinx o absceso.

La precisión y diferenciación de los grados o estados de la EPI, a dado la pauta para el manejo y tratamiento sucesivos, en algunos pacientes es posible identificar un “plastron anexial”, cuyo manejo no requiere de cirugía, separándola del absceso tubo-ovárico que si requiere de drenaje quirúrgico (16).

En la tabla 3 se agrupan los criterios clínicos mayores y menores que se presentan en la EPI, que al sumarse incrementan la sensibilidad del diagnóstico. Debemos mencionar que no siempre se presentan los signos y síntomas típicos de la EPI, diferentes estudios de mujeres estériles relevan un alto porcentaje con esterilidad factor tuboperotonal, que no tuvieron historia de EPI, hasta el 50% para algunos estudios (17).

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
**CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA
PÉLVICA DE ACUERDO A HALLAZGOS LAPAROSCÓPICOS Y
CLÍNICOS (2)**

LAPAROSCÓPICOS:

LEVE: Eritrema sin exudados purulento espontáneos, pero que puede aparecer al manipular las trompas, que deben encontrarse libres.

MODERADA: Presencia de material purulento, eritrema y edema más marcadas, las trompas pueden estar fijas y el orificio de la fimbria puede estar obstruido.

SEVERA: Piosalpinx o Absceso.

CLÍNICOS:

Grado I: No complicada (limitadas a trompas y/o ovario)

Grado II: Complicada (masa o absceso involucrando trompas y ovarios)

Grado III: Diseminada a estructuras extrapélvicas (abscesos tubo-avárico roto)

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
TABLA No. 3

**CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA**

CRITERIOS MAYORES

- DOLOR ABDOMINAL
- DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO
- DOLOR EN ANEXOS
- SIGNOS DE INFECCIÓN CÉRVICO VAGINAL

CRITERIOS MENORES

- TEMPERATURA MAYOR A 38° C
- TINCIÓN DE GRAM DE ENDOCERVIX POSITIVA PARA DIPLOCOCO GRAM NEGATIVOS
- LEUCOCITOSIS MAYOR A 10 000
- VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR ELEVADA
- MATERIAL PURULENTO POR CULDOCENTESIS
- ULTRASONIDA PÉLVICO SUGESTIVO
- CULTIVO POSITIVO PARA CHLAMYDIA TRACHOMATIS O NEISSERIA GONORRHOEAE.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

CRITERIOS PARA LA HOSPITALIZACIÓN A PACIENTES CON EPI

Los criterios para la hospitalización en pacientes con EPI, están basados en la severidad del cuadro clínico, en la probabilidad de éxito con régimen en pacientes externos, sospecha por infección por anaerobios y diagnóstico incierto (tabla No. 4).

Pacientes con cuadro clínico severo requieren hospitalización, para *monotorizar respuestas tempranas a la terapia y a la posibilidad de la ruptura de un absceso tubo-ovárico*, estos pacientes generalmente tienen los glóbulos blancos elevados a más de 15 000/mm, fiebre mayor a 39* C, signos peritoneales altos, pacientes con nauseas y vómito importante que hacen imposible la terapia oral, requieren hospitalización para la aplicación de antibióticos parenteral, paciente con historia instrumentación intrauterina, uso de DIU, masa pélvica descubierta durante el examen pélvico bimanual puede ser admitidas también; la paciente prepuber y púber deben ser hospitalizada para asegurar que se este llevando el tratamiento (5).

Tabla No. 4

INDICACIONES PARA HOSPITALIZACIÓN

PACIENTES EXTERNOS	INFECCIONES ANAEROBIAS
ADOLECENTE	INSTRUMENTACIÓN INTRAUTERINA
NAUSEA	USO DE DIU
	ABSCESO TUBO-OVÁRICO
CUADRO CLÍNICO SEVERO	DIAGNÓSTICO INCIERTO
PIEBRE MAYOR DE 39* C	FALLA A TRATAMIENTO
LEUCOCITOSIS MAYOR DE 15, 000	EMBARAZO
SIGNOS PERITONIALES ALTOS	URGENCIAS QUIRÚRGICAS
SHOCK SÉPTICO	

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
LABORATORIO

Algunos estudios de laboratorios, como la citología hemática y la velocidad de eritrosedimentación, puede ser útiles pero desafortunadamente es frecuente que sea normal; de las pacientes con EPI comprobadas por laparoscopia en el 50% hay recuento leucocitario normal y la velocidad de eritrosedimentación en 25%. La tinción de Gram puede ser sospechosa la anomalía más frecuente es el número de eritrocitos polimorfonucleares a más de 30 por campo, los especímenes correctamente obtenidos sin exudado vaginal tienen sensibilidad del 67% en el diagnóstico de la salpingitis gonocócica.

Es imperativo obtener cultivos para gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis, los cultivos cervicales para otros microorganismos no son benéficos.

La culdocentesis es útil si el líquido obtenido tiene leucocitos, que indican EPI, o sangre que no se coagula, la cual apunta a hemorragia intraabdominal; el microorganismo suele identificarse con la tinción del líquido aspirado.

Con la USG se establece la diferencia entre un absceso y una masa anexial; puede apoyarnos cuando la palpación bimanual es insatisfactoria causa de rigidez abdominal o de mujeres obesas; es valiosa en la vigilancia de una masa que se considera en resolución.

En cuanto a la laparoscopia no debe dudarse en emplearla si el diagnóstico es dudoso, ante todo en mujeres con signos clínicos leves; se calcula que por cada 100 mujeres que se diagnostican clínicamente la EPI sin confirmación visual se trata a cuatro mujeres con embarazo ectópico y a tres con apendicitis, lo que provoca demora crítica del diagnóstico. Siempre que se efectúe hay que obtener material para cultivo; sin importar lo que se observe durante el padecimiento.

El examen del compañero sexual, suele ser útil para diagnosticar la supuesta EPI; al menos 80% de los contactos sexuales de mujeres con esta enfermedad, no han sido tratados; hay que obtener material de la uretra para cultivo y tinción de gram (19).

SECUELAS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

La EPI causa clínico agudo, pudiendo llevar a secuelas crónicas muchas mujeres son estériles debido a lesión tubal por EPI, y el riesgo de embarazo ectópico aumenta; el dolor pélvico crónico, dispareunia, dismenorrea secundaria y dolor lumbosacro crónico están también entre las secuelas más significativas (25).

1. **INFERTILIDAD:** La infertilidad secundaria a obstrucción de las trompas Falopio, es una de las consecuencias más desafortunadas de la EPI, se ha observado que la oclusión tubarica y la infertilidad ocurre en 13% de las pacientes después de una infección, 36% después de dos y 75% después de tres ó más (8), otros autores han confirmado que la salpingitis por chlamidia trachomatis aumenta el riesgo de esterilidad en alrededor de 20 a 30% de los casos (8, 26, 27).
2. **EMBARAZO ECTÓPICO:** Otra de las consecuencias del daño tubárico es el embarazo ectópico, los riesgos aumentan de 2 a 7 veces en mujeres que han tenido EPI a las que no han padecido esta infección. Aproximadamente un 35% de las pacientes con embarazo ectópico reportaron historial de EPI.
3. **PARTO HECTÓPICO:** Una alta relación ha sido encontrada entre historia de EPI y parto pretérmino, alteraciones en el mecanismo de mujeres embarazadas pueden llevar a infecciones subclínicas (8).
4. **ABSCESO TUVO-OVÁRICO:** Es una seria y frecuente complicación de EPI, que puede ser fatal si se produce ruptura intraabdominal; es diagnóstico en 3 a 16% de mujeres hospitalizadas con EPI; su tratamiento más efectivo es el drenaje.
5. **INFECCIÓN RECURRENTE:** La reinfección ocurre en aproximadamente 25% de todas las mujeres que han tenido episodio de EPI. Las trompas de Falopio previamente infectadas son más susceptibles a la colonización por bacterias que una que no ha sido infectada.
6. **DOLOR PÉLVICO:** El dolor pélvico crónico de más de 6 meses de duración es experimentado por 18% de las mujeres con EPI, este dolor es relacionado a la adhesión de trompas de Falopio, ovarios y víseras pélvicas (8). Se ha encontrado que la sacroileitis puede ser una secuela tardía de la EPI; que de 2 a 4 años después de la presentación de un cuadro agudo de EPI, el 68% de las mujeres tendrían sacroileitis (25).

La selección de la terapia antimicrobiana adecuada para el tratamiento de infecciones de tracto genital alto en mujeres, requiere de conocimiento a fondo de microorganismos involucrados en las infecciones; y un conocimiento del espectro de los diferentes antibióticos; reconociendo el papel que juega la flora aeróbica mixta, organismo anaerobios y en particular anaerobios gram negativo como bacteroides frágiles en la patogénesis de estas infecciones; el uso de antibióticos de amplio espectro, en los diferentes tipos de bacterias ha sido utilizado de rutina.

Los tratamientos han reemplazado regímenes antiguos, los cuales incluyen ampicilina, penicilina más aminoglucosidos o cefalosporinas de primera generación.

Muchos estudios han dejado claro que el inicio temprano de un régimen adecuado que proteja contra anaerobios como un solo agente de segunda o tercera generación en cuanto a cefalosporinas se refiere a penicilinas de amplio espectro o la combinación de clindamicina o metronidazol a un aminoglucocido, tiene altas cifras de curación y baja incidencia de complicaciones (20).

Los tratamientos actualmente aceptados por el centro de control de enfermedades (CDC) y la organización Mundial de la Salud (OMS), van encaminados a combatir la infección por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* que son los gérmenes más involucrados con la EPI, sin embargo en un estudio realizado en México, para determinar la etiología de la EPI (13), no se aisló *Neisseria gonorrhoeae*, por lo que difícilmente éste germen podrá ser la causa de EPI en nuestro país.

La resistencia microbiana a los antibióticos, continua en aumento, los primeros reportes de cepas resistentes a penicilina de *Neisseras gonorrhoeae* en los E.U. ocurrió en 1975, a partir de ese tiempo se han agregado muchos otros gérmenes resistentes a los antibióticos, que están involucrados en la etiología de la EPI. Una revisión de 36 estudios publicados entre 1973 y 1985 incluyó a 430 pacientes con salpingitis, encontraron producto de Beta Lactamasa en aerobios gram + 26% y gram- 17% y que la enzima fue producida por anaerobios gram + 37% y anaerobios gram - 20% (21).

El continuo incremento de la resistencia a antibióticos de *Neisseria gonorrhoeae* y otros patógenos, requiere vigilancia continua, se ha visto que algunos regímenes antibióticos óptimos o efectivos que son usados frecuentemente en el manejo de la EPI, pueden perder su efectividad en poco tiempo.

Un régimen antibiótico óptimo para EPI, debe llevar a una alta respuesta clínica; debe eliminar microorganismos del tracto genital alto, cavidad peritoneal; debe ser efectivo contra bacterias conocidas que son asociadas a EPI, principalmente a las de transmisión sexual. Un régimen efectivo también requiere actividad contra organismos que son potencialmente capaces de producir EPI recurrente o que tienen un impacto en el futuro de la fertilidad; un régimen óptimo debe tener también efectos mínimos adversos y mínima reacción alérgica tóxica. La selección de un régimen antibiótico óptimo no es una misión fácil, a pesar del incremento del número de antibiótico disponibles y el amplio espectro de muchos de los nuevos (21).

Se han realizado diferentes estudios comparando combinaciones de antibióticos en los E.U.; por ejemplo, ampicilina y sulbactam fueron comparables favorablemente con cefoxitina y doxicilina y clindamicina y gentamicina. Perterson y Cols, estos investigadores reportaron éxitos en el 95% para ampicilina y sulbactam, 94% para cefoxitina y doxicilina y 92% para gentamicina y clindamicina (22).

Resultados muy aproximados fueron encontrados por McGregor y Cols. (23), 85% para ampicilina y Silbatam y 89.6% para cefoxitina y doxicilina.

La CDC, generalmente recomienda enfáticamente la necesidad de combinar la terapia antimicrobiana para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

TRATAMIENTOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS:

RÉGIMEN A: Cefoxitina 2gr IV C/6 hrs o Cefotetan 2 gr IV c 12hrs más Doxicilina 100 mg IV o VO c/ 12 hrs.

RÉGIMEN B: Clindamicid 900 mg IV c/8 hrs más gentamicina 2 mg/kg. De peso IM o IV seguida de unas dosis de mantenimiento de 1.5 mg/kg de peso c/8 hrs.

Estos regímenes deben ser seguidos por lo menos 48 hrs. Después de que el paciente mostró mejoría clínica.

Después de que el paciente sale del hospital, continua con doxicilina 1000 mg dos veces al día, por un total de 14 días, o clindamicina 450 mg VO c/6 hrs por 14 días.

TRATAMIENTOS EN PACIENTES AMBULATORIOS:

RÉGIMEN A: Ofloxacina 400mg VO c/12 hrs por 14 días más clindamicina 450 mg VO c/6 hrs o metronidazol 500 mg c/12 hrs por 14 días.

Se han realizado algunos estudios probando la eficacia, de diferentes antibióticos; la Dra. Narcio y Cols. Realizaron un estudio para ver la eficacia y seguridad de azitromicina en el tratamiento de la infección genital por *Chlamydia trachomatis*, se estudiaron un total de 212 pacientes de los cuales 30 dieron cultivo + a *Chlamydia trachomatis*, las cuales recibieron una dosis única de azitromicina de 1gr; obteniéndose el siguiente resultado: Curación en un 71.5% de los casos y mejoría de los síntomas en el 28.5% de los casos, por lo que concluye que la azitromicina es útil y ofrece una nueva perspectiva en el tratamiento de infecciones por *Chlamydia trachomatis* (24).

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
PREVENCIÓN

Actualmente todas las evidencias disponibles, sugieren que el tiempo en el diagnóstico de EPI, es muy importante por la posibilidad de obstrucción de trompas de Falopio o a otras secuelas que pueden ocurrir.

Por esta razón la prevención de EPI es primordial importancia, se debe evitar exposición a enfermedades de transmisión sexual, limitar el número de parejas sexuales, la mujer debe reconocer que ellas pagan el precio de la EPI, el dolor pélvico crónico y la infertilidad y que juegan un importante papel la prevención de la infección al modificar algunas costumbres sexuales, negándose a tener relaciones con parejas de alto riesgo o insistiendo en el uso de barreras mecánicas y químicas. La identificación temprana y el tratamiento de infecciones del tracto genital bajo no complicadas pueden reducir el riesgo de EPI. Se deben realizar los procedimientos ginecológicos invasivos con la técnica de asepsia adecuadas (5).

CONCLUSIONES:

Los números estudiados demuestran un aumento importante en la incidencia de la EPI en los últimos años.

El conocimiento epidemiológico de la enfermedad es muy fragmentario, por las características de su evolución habitualmente no letal.

En la patógena de la enfermedad merece especial atención a las enfermedades de transmisión sexual.

La laparoscopia es el procedimiento más útil en el diagnóstico definitivo de la enfermedad.

La resistencia a los antibióticos es un serio problema que debemos tomar en cuenta antes de iniciar un tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La frecuencia de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es alta, sin embargo no se ha dado la importancia que requiere, y aunque existe poca captación a nivel estadístico, el padecimiento se ha incrementado.

Ésta patología es altamente trasmisible, los factores que se requieren para que se propicie esta enfermedad son; EDAD es más frecuente en mujeres jóvenes preferentemente entre 15 a 19 años, NIVEL SOCIOECONÓMICO; es más común en el medio bajo, quizás por la falta de información y la falta de atención médica, ABUSO DE SUBSTANCIAS; como las duchas vaginales han recibido consideración al alterar el Ph y por consiguiente a la flora vaginal. METODOS ANTICONCEPTIVOS; principalmente el uso de DIU, al incertar el dispositivo y arrastrar gérmenes de la cavidad vaginal y cervical al interior de la cavidad uterina, NUMERO DE PAREJAS SEXUALES; que se ha visto que aumenta la frecuencia en 4 a 6 veces mayor que las parejas únicas.

La EPI es una enfermedad que por sus características puede considerarse de transmisión sexual, puede ser más frecuente en mujeres que utilizan por más de tres años el dispositivo intrauterino y que no llevan una periodicidad en su revisión.

En la mayoría de los casos pasa desapercibida, y las pacientes que acuden a consulta son diagnosticadas como infecciones del tracto vaginal y reciben tratamiento individualizado.

En consulta de primer nivel se ha observado que muchas pacientes acuden cuando su padecimiento es ya avanzado y con padecimiento franco de EPI.

¿Cuáles son las características clínicas más frecuentes de las pacientes con EPI adscritas al consultorio 4 de la Clínica de Medicina Familiar Observatorio.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
JUSTIFICACIÓN

La enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) representa un importante problema médico, y un constante desafío para los responsables de la salud pública. Aunque en la actualidad constituye una causa rara de muerte, la EPI es responsable de un elevado índice de mortalidad con todas las repercusiones clínicas que de ella derivan, así como sociales y económicas.

Según estudios recientes, el número de pacientes diagnosticados con EPI van aumentando día con día; su tratamiento así como el de las secuelas absorbe una parte significativa de los recursos médicos en todos los países desarrollados.

Como consecuencia en los cambios de los hábitos sexuales se ha visto un aumento en la incidencia de la EPI, esto hace que parte de otros estudios, el más eficaz contra las infecciones genitales, radica en el diagnóstico precoz, combinado con medidas de carácter preventivo.

Es una infección bacteriana adquirida en la comunidad presumiblemente o son usualmente incluidos al hablar de EPI y se consideran entidades independientes.

Se han empleado los términos Salpingitis, Anexitis, Salpingooforitis y Peritonitis pélvica como sinónimo de esta enfermedad; sin embargo ya que con frecuencia no es posible limitar el proceso patológico a una sola porción del aparato genital femenino, parece más adecuado referirse al término EPI en sentido amplio.

La EPI recurrente aumenta el riesgo de otros trastornos tales como adherencias pélvicas, dolor pélvico crónico, Dispareunia, Absceso Tubo-ovárico, Embarazo ectópico e infertilidad; muchos de los cuales conducen a cirugía pélvica mayor.

La contribución al primer nivel de atención, es proporcionar un mejor conocimiento de esta patología para que el médico le de la importancia que se requiere ya que es un problema de salud pública.

En cuanto al paciente, la magnitud de esta patología nos da pauta para proporcionarles educación para la salud en cuanto a medidas preventivas para evitar contagiosidad, así como proporcionarles un tratamiento completo.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las características clínicas más frecuentes de las pacientes con EPI.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Registrar en que grupo etareo es más frecuente.
- 2.- Determinar la frecuencia del padecimiento en grupo de clasificaciones clínicas.
- 3.- Identificar la escolaridad de las pacientes con EPI.
- 4.- Conocer el numero de parejas sexuales de las pacientes con EPI.
- 5.- Conocer el método de planificación usado por las pacientes con EPI.
- 6.- Conocer los datos clínicos más frecuentes en las pacientes con EPI.
- 7.- Conocer si se realiza o no duchas vaginales en las pacientes con EPI.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio observacional, prospectivo Transversal y Descriptivo.

DEFINICIÓN DE UNIVERSO:

Pacientes femeninos derechohabientes del ISSSTE de la clínica observatorio efectuados en un periodo de un año entre enero de 1995 a enero de 1996.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La muestra para este estudio fue no aleatoria y de tipo secuencial de 180 pacientes del sexo femenino en edad reproductiva.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se incluyeron en este estudio a todas las pacientes adscritas de la U.M.F. Observatorio preferentemente a las adscritas al consultorio # 4 y que tengan padecimiento vaginal.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Mujeres menores de 15 años y mayores de 49 años. Y que tengan otro tipo de padecimiento que no sea vaginal.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Pacientes que no aceptaron ser incluidas en el protocolo.

FORMA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se aplicó un cuestionario en el que se preguntó: edad, escolaridad, No. De parejas sexuales, si ha tenido dolor en la relación sexual, si tiene o ha tenido dolor pélvico, si ha tenido una o más veces alguna infección vaginal, si utiliza algún método anticonceptivo y tiempo de usarlo, si se realiza o no duchas vaginales y con que frecuencia lo hace.

DECLARACIONES ÉTICAS:

Según la declaración de Helsinki, el presente estudio no tiene implicaciones éticas. El punto 6 de las investigaciones clínicas manifiesta que: el médico puede combinar la investigación médica con la atención profesional a fin de acordar nuevos acontecimientos médicos, pero solo en la medida que la investigación se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

1

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
RESULTADOS

Durante el año de enero de 1995 a enero de 1996 acudieron a consulta de la Clínica Observatorio 76160 pacientes de ambos sexos en ambos turnos, de los cuales fueron 26656 mujeres en edad fértil, y 3998 acudieron por padecimiento propio de la mujer y 999 por cervicovaginitis.

En el mismo periodo en el consultorio #4 turno vespertino asistieron 4760 pacientes de los cuales 721 fueron de enfermedades propias de la mujer y 180 con problemas de cervicovaginitis.

En la distribución de casos por grupos de edad los resultados son los siguientes: de 15 a 19 años con 75 casos, de 20 a 24 años fueron 45 casos, de 25 a 29 años se presentaron 38 casos y de 30 a 49 años se diagnosticaron 22 casos (gráfica No. 1).

De acuerdo al grado de escolaridad se encontró que 10 personas son analfabetas, 68 cursaron primaria, 59 con secundaria, 31 con preparatoria o equivalente y 12 con licenciatura (gráfica 2).

Los métodos de Planificación Familiar que utilizaban fueron de la siguiente forma, 137 se controlaban con DUI y el resto se controlaban con hormonales, de los orales se presentaron 42 pacientes, y el resto fueron hormonales inyectables solo una persona. (Tabla 2)

De los dispositivos se encontró que la mayoría tenía más de tres años con el mismo dispositivo, los resultados fueron los siguientes. 3 años o más de 3 existieron 98 pacientes, de 2 a 3 años fueron 30 pacientes, y menos de 2 años, 9 personas (gráfica 3).

En cuanto a número de parejas sexuales se encontró que la mayoría tenía más de 2 parejas sexuales. Los resultados son los siguientes; 1 pareja sexual con 35 personas, 2 parejas sexuales 47 personas y más de 3 parejas sexuales fueron 98 en total (Tabla 3).

Los motivos de consulta de los 180 pacientes a quienes se les diagnosticó cervicovaginitis y EPI son; en primer lugar fue infección vaginal en sus diversas formas, con 97 casos, en segundo lugar padecimientos del tracto digestivo con 43 casos, 3er lugar en padecimientos del tracto urinario, con 34 casos, otros diagnósticos en 4º lugar con 6 casos (Tabla 4).

Si hablamos de grados de EPI los resultados muestran los siguientes datos EPI LEVE se presentaron 117 casos, de EPI MODERADA fueron 49 casos y de EPI SEVERA fueron 14 casos los cuales tuvieron que canalizarse a segundo nivel de atención para su control (Tabla 5).

Los datos clínicos encontrados son muy similares a los reportados en la literatura médica, principalmente los de López Salva (14) y dichos resultados se encuentran en la tabla 6.

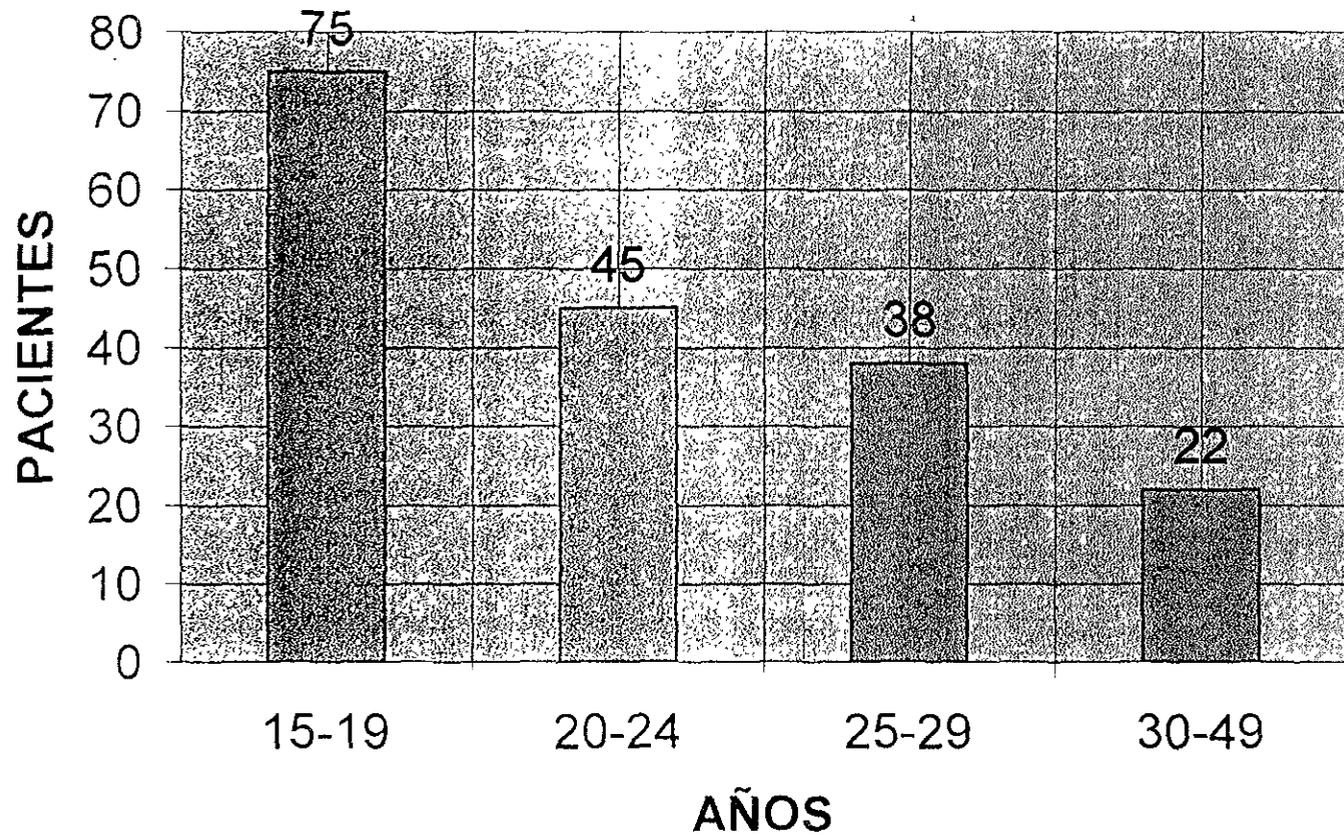
TABLA 2

Distribución de métodos de planificación Familiar utilizaremos por los pacientes

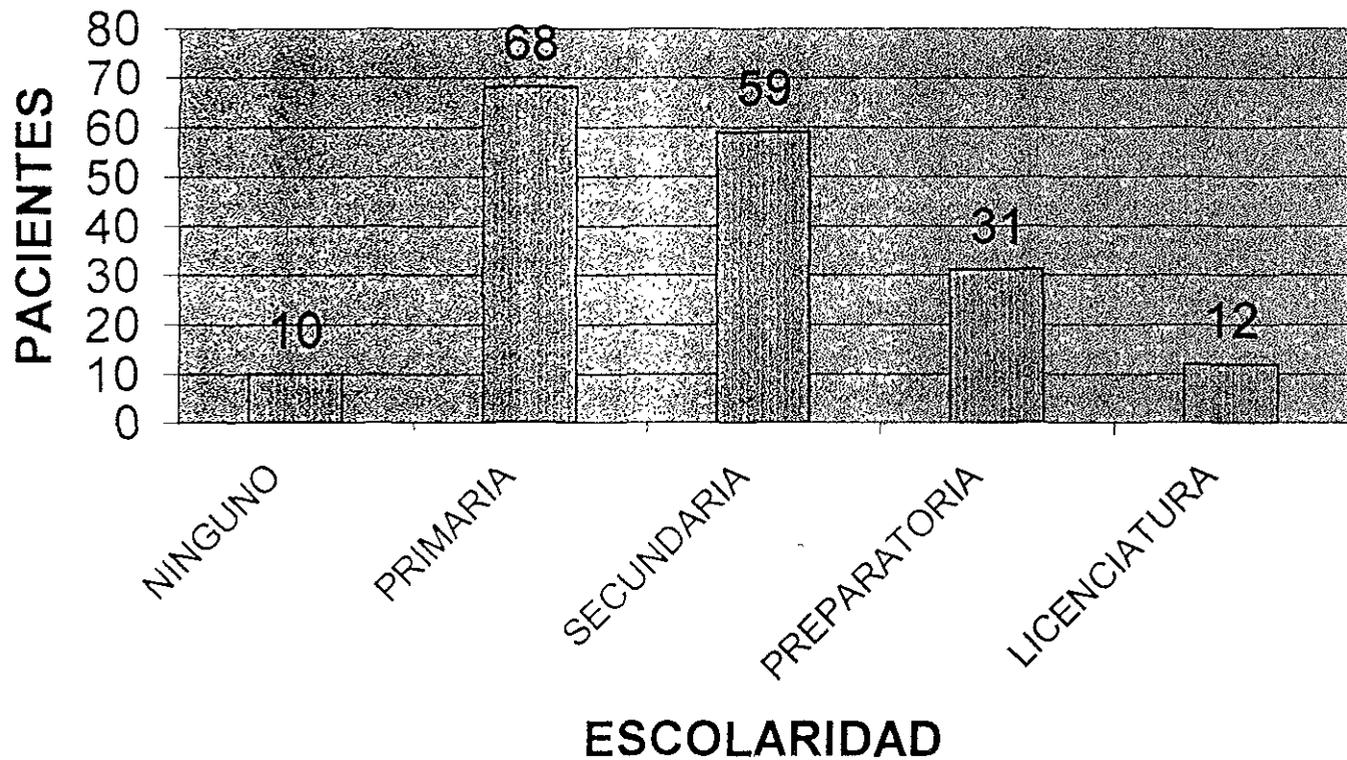
METODOS	NUMERO DE PACIENTES
DIU	137
HORMONAL ORAL	42
HORMONAL INYECTABLE	1

GRAFICA 1

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD



ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON CERVICOVAGINITIS-EPI



GRÁFICA 3

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON DIU EN AÑOS DE USO

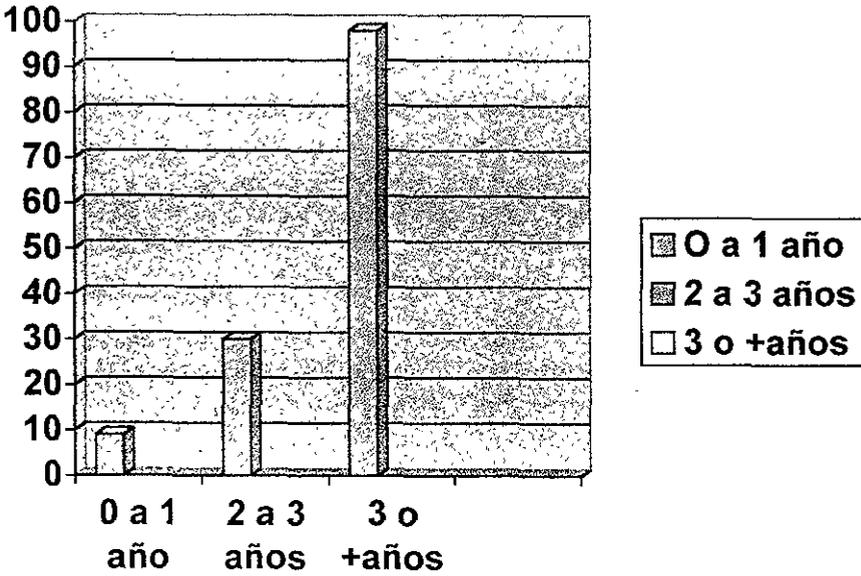


TABLA 3
DISTRIBUCIÓN Y PORCENTAJE DE MUJERES CON DIU.

	UNA PAREJA	DOS PAREJAS	TRES O MAS PAREJAS
CASOS	35	47	98
PORCENTAJE	19.5	26.2	54.3

TABLA 4
MOTIVOS DE CONSULTA DE LAS PACIENTES A LAS QUE SE DIAGNÓSTICO EPI.

DIAGNOSTICOS	CASOS	PORCENTAJE
INFECCIÓN VAGINAL	97	53.7
TRACTO DIGESTIVO	43	24
TRACTO URINARIO	34	19
OTROS DIAGNÓSTICOS	6	3.3

TABLA 5
DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE EPI.

GRADO EPI	CASOS	PORCENTAJE
I O LEVE	117	64.7
II O MODERADA	49	27.3
III O SEVERA	14	8

TABLA 6
PRINCIPALES MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON EPI.

MANIFESTACIÓN CLÍNICA	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE ENCONTRADO	PORCENTAJE ENCONTRADO EN LA LITERATURA
DOLOR ABDOMINAL	171	98%	98%
DISPAURENIA	171	98%	98%
DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO	157	87%	90%
DOLOR ANEXIAL	153	85%	90%
FLUJO TRASVAGINAL	129	72%	76%
METRRORRAGIA	126	70%	79%
NAUSEAS Y VOMITO	97	54%	52%
SINTOMATOLOGÍA URINARIA	83	46%	45%
FIEBRE SUPERIOR A 38°C	69	38%	44%
DIARREA	65	36%	34.3%

DISCUSIÓN

De acuerdo con las características clínicas de la EPI se puede determinar que se encuentran a las reportadas en la literatura medica, ya que se encontraron los siguientes datos: 171 pacientes presentaron dolor abdominal y dispaurenia que representan un 98%, dolor a la movilización del cuello uterino 157 pacientes que corresponden al 87%, dolor anexial con 153 pacientes y un 85%, flujo trasvaginal en 129 pacientes con el 72%, metrorragia en 122 pacientes, es decir un 70%, nauseas y vomito se encontró en 90 pacientes correspondiendo un 54%, la sintomatología urinaria se presentó en 83 pacientes que representan el 46%, fiebre superior a los 38°C en 69 pacientes a los que corresponden el 38% y la diarrea que se presentó en 65 pacientes, los cuales representaron el 36%. (14-15).

Si se toma en cuenta los resultados que son causa común en las pacientes que presentaron EPI podemos determinar que son características comunes a este padecimiento y que por ende debemos tomarlas para diagnosticarla en forma temprana y evitar las complicaciones de esta entidad nosológica.

Existe gran diferencia en cuanto a porcentaje, entre los pacientes que acudieron a consulta por cervicovaginitis 1.31% a 3.78% de pacientes que se diagnostico EPI en forma intencionada, esto nos indica que pueden existir variables tanto del paciente que no acude a consulta por este motivo, que existe mala información del médico para este padecimiento y que debemos de poner más atención para este problema de salud.

De acuerdo al grupo etáreo corresponde con lo señalado en la literatura, ya que esta se encontró que la población más afectada es la más joven entre los 15 y 19 años, siendo cerca de 3 veces mayor a la encontrada en la mujer madura, y casi 2 veces mayor en las mujeres de 20 a 29 años.(6)

Si se toma en cuenta que la edad de presentación de este padecimiento es de 15 a 19 años y que dentro de las complicaciones puede estar la infertilidad, embarazo ectópico, absceso tubo-ovárico resulta de vital importancia el diagnosticar y tratar en forma temprana este padecimiento para evitar gastos mayores en el tratamiento de las secuelas de EPI.(3)

En cuanto a la escolaridad se refiere a que este padecimiento sigue estando en los niveles bajos por lo que deberemos continuar insistiendo en la educación para la salud y tratar de tener la atención médica al alcance de toda la población.(18)

Si se toma en cuenta que la mayoría de las mujeres tenían control de planificación familiar y de esas el predominio es con DIU y con una utilización mayor a los 3 años, debemos encaminar a la población usuaria a modificar el uso de éste método por menos de 3 años, así como a exhortar a los pacientes a realizarse con mayor frecuencia la revisión de su dispositivo.(5)

Actualmente todas las evidencias disponibles, sugieren que el tiempo en el diagnóstico de EPI, es muy importante por la posibilidad de obstrucción de las trompas de Falopio o de otras secuelas que pueden ocurrir.(14)

Por esta razón la prevención de EPI es primordial, se debe evitar la exposición a enfermedades de transmisión sexual, limitar el numero de parejas sexuales, la mujer debe reconocer que ellas pagan el precio de la EPI, el dolor pélvico crónico y la infertilidad y que juegan un importante papel, la prevención de la infección al modificar algunas costumbres sexuales, negándose a tener relaciones con parejas de alto riesgo o insistiendo en el uso de barreras mecánicas y químicas. La identificación temprana y el tratamiento de infecciones del tracto genital bajo no complicadas pueden producir el riesgo de EPI. (15)

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Las características clínicas más frecuentemente encontradas en las pacientes con EPI fueron las siguientes: dolor abdomino-pélvico, dispaurenia, dolor a la movilización del cuello uterino, dolor anexial, flujo trasvaginal, metrorragia, náuseas y vómito, sintomatología urinaria, fiebre superior a los 38°C y diarrea, en este orden fue encontrado como rasgos más comunes, con lo que podemos determinar que el diagnóstico no es tan sencillo como aparenta, dado lo diverso de las características clínicas encontradas, si no se toma en cuenta a la EPI como diagnóstico, este no podrá ser establecido.

Los datos encontrados son muy similares a los que se encuentran en la literatura médica, con lo que podemos concluir que la EPI es un problema de salud pública y que debemos aunar y conjuntar las características clínicas encontradas para poder diagnosticarla a tiempo y evitar las complicaciones de este padecimiento. Es importante diagnosticarla en las mujeres jóvenes ya que se encontró que la edad de presentación de este problema es más común entre los 15 y 19 años y en segundo lugar entre 20 y 29 años.

La captación de la información es inadecuada en cuanto a que en la clínica de Medicina Familiar de Observatorio la EPI entra como cervicovaginitis, vaginitis y vulvovaginitis, diagnósticos que se registran en la estadística diaria, siendo la incidencia de la EPI en el primer nivel de atención mucho mayor que lo que se notifica.

Al parecer también existe la posibilidad de que el diagnóstico de EPI no se realice por falta del conocimiento de los médicos que laboran en la clínica ya que el diagnóstico se realiza con auxiliares diagnósticos que se encuentran a nivel de especialidad, y que la mayoría de las veces es de tipo exclusivo; es decir que la mayoría de las veces los resultados de laboratorio son normales y el diagnóstico se realiza por exclusión.

Se encontró que en la revisión de dispositivos intrauterinos se realiza en un porcentaje bajo y que la mayoría de las pacientes lo usa con más de 5 años, que no hay revisión ginecológica para las pacientes que usan anticonceptivos hormonales, ya sea en forma oral o parenteral.

Y que esto interfiere en poder valorar cambios en el tejido epitelial y por ende, riesgos para adquirir la EPI.

La mayoría de veces la revisión ginecológica es referida y solo se da tratamiento sintomatológico y no se realizan las revisiones posteriores al tratamiento para valorar la respuesta al tratamiento establecido.

Existe desconocimiento en la población demandante de atención sobre las implicaciones clínicas y de salud de los padecimientos vaginales así como de la EPI misma, y es peor si tomamos en cuenta que desconocen las complicaciones de este tipo de padecimiento.

Si tomamos en cuenta el desconocimiento de este padecimiento (EPI) por parte del personal de salud y los altos costos económicos que acarrea el tratar las complicaciones de la enfermedad, pues como hemos visto la mayor parte de enfermeras es en edades tempranas, por lo que es de vital importancia el difundir al personal de salud sobre la EPI y también el dar información a la población usuaria sobre la atención de los padecimientos vaginales tan pronto como sea posible y evitar las complicaciones de este padecimiento.

Finalmente podemos concluir que la falta de información y de interés por parte del paciente y del médico tratante, así como la mala relación interpersonal de ambos, en el ámbito institucional, son los factores determinantes que incrementan la incidencia de la EPI.

En el primer nivel de atención pocos son los estudios de investigación sobre la incidencia de EPI, los resultados aquí obtenidos definen que se lograron los objetivos planteados mostrando un panorama del padecimiento al observar la magnitud del problema.

Hace falta educación para la salud como; informar al paciente sobre esta enfermedad, motivarlas para que se realicen revisiones periódicas de su dispositivo, modificar los criterios de utilización del DIU a menos de 3 años de uso, informar y capacitar al médico de 1er nivel sobre la existencia de EPI en este nivel.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
BIBLIOGRAFÍA

1. Rivlin ME. Pelvic inflammatory Disease en Rivlin ME, Martín RN editores Espiral Manual de México: manual of clinical problem Obstetrics and Gynecology, 1995;302.
2. Saldivar GA, Calderón JE, Arredondo GL. Enfermedad pélvica Inflamatoria en Calderón JE, Arredondo GJ, KarchmerKS, Narrallah RE Editores Trillas México: Infectología Perinatal 1991: 188. -
3. Benson Pernell. Transtornos de vulva y vagina en: Manual de obstetricia y Ginecología. Editores interamericana 1994: 516.
4. Ledger WJ. Infecciones Obstétricas y ginecológicas en: Wilson JR, Reid CE. Editores Manual Moderno México: Gineco-obstetricia 1994; 608.
5. Soper DE. Pelvic Inflammatory disease. *If Dis Clin North Am* 1994; 8:4, 821-839.
6. Jossens RM, Schachter JR, Sweet LR. Risk factor associated with pelvic Inflammatory disease of differing microbial etiologies. *Obstet-Ginecol* 1994; 83: 989-997.
7. *American journal of Obstetrics and Gynecology* 1997.-176:1376-80
8. Burke AC. Terapi review. Treatment of inflamatory disease. *Clin Pharm* 1990, 9: 275-85.
9. Benito ME, Borrás PM, Gilabert RL, Giné ML, Invers PR, Pascual AJ y col. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Monografía médicos JAMA 1987; 1: 9-25.
10. Paisarntantiwong R, Bruckmann S, Clarke L, Lendesman S, Feldman J, Minkoff H. The relationship of vaginal trichomaniasis and pelvic inflamatory disease amoung women colonizated with clamylia trachomatis, sex trasm dis 1995; 22:344-7.
11. Narcio RM, Kabli AA, Sanhueza P. Síndrome de Fitz-hugh-curtis. *Perinatol Reprod Hum* 1991; 5: 181-85

12. Aredondo JL, Díaz V, Gaytán H, Marandregne E, Márquez G, Oyarzum E y col. Eficacia de Clindamicina y Cyprofloxacin oral en comparación con doxiclina y ceftriaxona oral en el tratamiento ambulatorio de la enfermedad inflamatoria pélvica leve a moderada (en prensa).
13. Narcio RM, Arredondo GL, Zaldivar NA, Casanova RS, Guerra IF, Sosa GI y col. Microbiología 1995 15: resumen.
14. Salva LA, Oñarbe F. Enfermedad inflamatoria pélvica II. Manifestaciones Clínicas. Revista española de obstetricia y ginecología 1987;46: 575-582.
15. Carranza LS, Bobadilla VR, Gaona AR, García LA. Hallazgos laparoscópicos en pacientes con dolor pélvico crónico y dismenorrea. Gin Obst méx 1994; 62: 82
16. Sui A. Conceptos, diagnóstico y tratamiento del plastron anexial y absceso Tubo-ovárico no roto. Diagnóstico 1990; 25. 81.5.
17. Warner HP. Silent pelvic inflammatory disease: Is it overstarter? Obstet Ginecol 1995; 86: 321-5.
18. Narcio RM, Arredondo HL, Zaldivar NA. Enfermedad inflamatoria pélvica Aspectos generales. Monografía Pfizer 1995; 1-21.
19. Eschenbach DR. Infecciones pélvicas y enfermedades de transmisión sexual en : Scott, Disaia, Hammond, Spellacy. Editores: interamericana México: Tratado de ginecología y obstetricia 1994; 981.
20. Sweet RL, Roy S, Faro S, O'Brien WF, Sanfilippo JS, Serdin M y col. Piperacilin and tozobactam versus Clindamycin and Gentamycin in the Treatment of hospitalized women with pelvic infection. Obstet and Ginecol 1994; 83: 280-5.
21. Dadson M G. Antibiotic regimens for treating acute pelvic inflammatory disease and evaluation . Obstet and Ginecol 1994; 39: 2985- 295.
22. Peterson H B, Walker C K, Kahn JG, Washington AE, Eschenbach DA, Faro S. Pelvic inflammatory disease treatment tissues and options, J A M A 1991; 13: 2605-2611

- 23.- McGregor J, Crombleholme WR, Newton E, Sweet RL, Tuamala E, Gibbs RS, Randomized comparison of ampicillin-surbactam to cefoxitin and doxycycline or clindamycin and gentamicin in the treatment of pelvic inflammatory disease or endometritis. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 998-1004.
24. Narcio RM, Casanova RG, Arredondo GJ, Eficacia y seguridad de azitromicina en el tratamiento de la infección genital femenina por *Chlamydia Trachomatis*. *Ginec Obstet Mex* 1993; 61: 261-264.
25. Mozas J, Casilla JA, Alarcón JL, Lopez JM, Garcia J, Herruza AJ, Reactive sacrolitis as late sequela after severe pelvic inflammatory disease Verified by laparoscopy or laparotomy. *Acta Obst Gynecol Scand* 1994; 73: 324-27.
26. Czerwenka K, Heuss F, Hosmman J, Manabí M, Jelincic D, Cubista E. Salpingitis caused by chlamidis trachomatic and its significance for infertiliti. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 711-15.
27. Soper DE. Diagnosis ad laparoscopic grading of acute salpingitis. *Am J Obstet Ginecol* 1991; 164: 13 70-6.
28. Soper DE. The semanties of pelvic inflammatory Disease. *Sex trans Dis* 1995; 22: 342-3.
29. Aboulghar MA, Mansour RT, Serour GI. Untrasongraphically guide transvaginal aspitation of toboovarian abscesses and pyosapinges. An optional treatment for acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

ANEXOS

CUESTIONARIO PARA SER CONTESTADO POR EL PACIENTE.

Fecha: _____

Edad: _____

Nombre: _____
(solo iniciales)

Contestar con una X lo que se pide.

ESCOLARIDAD	
NINGUNA	
PRIMARIA	
SECUNDARIA	
PREPARATORIA	
PRFESIONAL	

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	
UNA	
DOS	
TRES	
MÁS DE TRES	

METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
DIU	
HORMONAL ORAL	
HORMONAL INYECTABLE	

TIEMPO DE USO DEL METODO	
1 AÑO	
2 AÑOS	
3 AÑOS	
MÁS DE 3 AÑOS	

MANIFESTACIÓN CLÍNICA	SI	NO
DOLOR ABDOMINAL		
DISPAURENIA		
DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO		
DOLOR ANEXIAL		
FLUJO TRASVAGINAL		
METRRORRAGIA		
NAUSEAS Y VOMITO		
SINTOMATOLOGÍA URINARIA		
FIEBRE SUPERIOR A LOS 38°C		
DIARREA		

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

SE REALIZA DUCHAS VAGINALES	
SI	
NO	

HA TENIDO INFECCIONES VAGINALES	
SI	
NO	

CON QUE FRECUENCIA LO HACE	No. DE VECES
SEMANA	
QUINCENA	
MES	
MÁS DE UN MES	

CUANTO TIEMPO TIENE CON LA INFECCIÓN VAGINAL	
1 SEMANA O MENOS	
MENOS DE 1 MES	
MÁS DE 1 MES	

Acepto y estoy de acuerdo en proporcionar información para la realización de este tipo de trabajo.

Firma del paciente.