



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE  
ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA GRADO III. ESTUDIO EN  
EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
REGIONAL LICENCIADO ADOLFO LOPEZ MATEOS**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:  
BERENICE CANELA LUNA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**ASESOR DE TESIS  
DR. SERGIO CAMAL UGARTE**

**NO DE REGISTRO DE PROTOCOLO:**

**121.2012**





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.

---

**DR FÉLIX OCTAVIO MARTÍNEZ ALCALÁ**  
**COORDINADOR DE CAPADESI**

---

**DR GUILBALDO PATIÑO CARRANZA**  
**JEFE DE ENSEÑANZA**

---

**DRA MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ ARELLANO**  
**JEFE DE INVESTIGACION**

---

**DR. OSCAR AUGUSTO TREJO SOLÓRZANO**  
**PROFESOR TITULAR**

---

**DR. SERGIO CAMAL UGARTE**  
**ASESOR DE TESIS**

## **Agradecimientos:**

**A mi madre Alicia Luna por su incondicional amor y apoyo. Por qué con su gran ejemplo de vida que me enseñó no darme nunca por vencida, y seguir adelante a pesar de los obstáculos. Esto es para ti!!!**

**A mi hermano Alfredo Canela por ser más que un hermano, un gran amigo y compañero, por tus enseñanzas y apoyo, por tu fortaleza y cariño!!!**

**A mi esposo Alejandro Franco, con todo mi amor, por tu comprensión y apoyo en los momentos más difíciles de la residencia y de la vida.**

**A mi hija Daniela, por ser mi inspiración y motivación, y por haber compartido parte de esta aventura conmigo!!**

**A toda mi gran familia que se mantuvo en constante contacto de mis avances y que me celebran cada uno de mis logros.**

**A todos mis profesores de la vida y del Hospital Adolfo López Mateos, de quienes me llevo los mejores recuerdos y las mejores enseñanzas. A mis profesores titulares y adjuntos por todo su apoyo, y sus incomparables consejos y enseñanzas, por su preocupación continua y sus palabras.**

# Índice

I.	Resumen.....	1
II.	Abstract	2
III.	Marco teórico .....	3
IV.	Definición del problema.....	5
V.	Hipótesis alterna.....	5
VI.	Hipótesis nula.....	5
VII.	Objetivo.....	6
VIII.	Justificación.....	6
IX.	Materiales y métodos	7
X.	Objetivo específico.....	7
XI.	Diseño.....	7
XII.	Grupo de estudio .....	7
XIII.	Criterios de inclusión.....	8
XIV.	Criterios de exclusión.....	8
XV.	Criterios de eliminación.....	8
XVI.	Descripción general del estudio .....	9
XVII.	Resultados .....	11
XVIII.	Discusión.....	18
XIX.	Conclusiones.....	20
XX.	Bibliografía.....	21

# I. RESUMEN

## Objetivo:

Identificar los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad pélvica inflamatoria grado III en nuestra población de estudio.

## Material y métodos:

- Conocer la epidemiología de la población con enfermedad pélvica inflamatoria.
- Identificar los factores de riesgo con valor estadísticamente significativo.
- Hacer seguimiento de las pacientes para conocer su evolución post quirúrgica.
- Identificar las complicaciones del tratamiento médico - quirúrgico.

## Resultados:

Dentro de los factores de riesgo establecidos previo a la realización del estudio, se encontraron importantes asociaciones con relación a la edad de mayor aparición de la enfermedad, el IMC, y el método de planificación familiar. Así como se observó que el apego al tratamiento ya publicado, mejora el pronóstico de las pacientes con EPI grado III.

## Conclusiones:

Se encontró que existen diferentes variaciones con relación a lo publicado y que pudiera ser secundario al tipo de poblaciones estudiadas, lo que permite un segundo estudio que agreguen estas variables, no consideradas previamente, para valorar si se pueden considera factores de riesgo en nuestra población.

## Palabras clave:

EPI, IMC, IVSA, comorbilidades, factores de riesgo.

## II. ABSTRACT

Purpose:

Identify risk factors for the development of grade III pelvic inflammatory disease in our population of studio.

Methods:

- Know the epidemiology of the population with pelvic inflammatory disease.
- Identify risk factors with statistically significant value.
- Keep track of your patients for post surgical evolution.
- Identify the complications of medical treatment - surgery

Results:

Within the established risk factors prior to the completion of the study, significant associations with regard to the age of onset of the disease increased, BMI, and family planning method were found. As was noted that the attachment to already published treatment improves the prognosis of patients with grade III EPI.

Conclusions:

We found that there are different variations with respect to the published and could be secondary to the type of populations studied, allowing a second study that add these variables not previously considered, so as to assess whether they can be considered risk factors in our population.

Key words:

EPI, IMC, IVSA, comorbidities, risk factors.

### III. MARCO TEÓRICO:

La enfermedad pélvica inflamatoria es un síndrome clínico que consiste en dolor abdominal bajo, flujo transvaginal y que se presenta por la infección ascendente de gérmenes del cérvix, con un espectro de gravedad desde muy leve hasta letal incluyendo endometritis, parametritis, salpingitis, ooforitis, absceso tubo-ovárico y peritonitis. La presentación puede ser subclínica, asintomática o infección grave (1). Afecta en la actualidad a más de un 50 % de la población femenina en edad reproductiva, entendiéndose como tal, a todas las mujeres en edades entre los 13 y 49 años de edad. En nuestro país la Infección Pélvica constituye el motivo de ingreso de más del 60 % de los casos de Ginecología, sólo superado por los trastornos hemorrágicos. Y se calcula que causa el 28.4% de los casos de infertilidad (2).

La enfermedad pélvica inflamatoria se clasifica en relación al tipo de intervención a realizar; de acuerdo a la respuesta inflamatoria sistémica y la presencia de abdomen agudo:

Grado I: Leve - No complicada. Sin datos de abdomen agudo y sin presencia de masas anexiales.

Grado II: Moderada – Complicada. Con masa anexiales o abscesos que involucran tubas o/y ovarios.

Grado III: Grave – Complicada. Diseminada a estructuras extra pélvicas, absceso tubo ovárico roto o pelvipertonitis, con datos de respuesta sistémica (1)

Dentro de los microorganismos asociados principalmente encontramos a *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* junto con *Mycoplasma genitalium*. Microorganismos de la flora vaginal que incluye anaerobios, estreptococcus, staphylococcus, *E. coli* and *H. influenza*. La importancia relativa de las diferentes variedades de patógenos varía en los diferentes países y regiones.

Condicionado a lo anterior encontramos que existen condiciones que hacen ambientes propicios para el desarrollo de los microorganismos como son: inicio de vida sexual activa joven, múltiples parejas, pareja sexual reciente (3 meses), antecedente de enfermedades de transmisión sexual, procedimientos intrauterinos, puerperio, uso de dispositivo intrauterino, tabaquismo, principalmente.(4)

Los criterios diagnósticos que sugieren la presencia de enfermedad pélvica inflamatoria se basan en la triada de fiebre, dolor abdominal bajo y descarga vaginal. Otros síntomas pueden incluir vómito, diarrea, dispareunia, disuria o hematuria, sin embargo, desafortunadamente muchos casos son asintomáticos, o pueden simular otras patologías. La exploración física es importante para valorar las condiciones y el grado de dolor del paciente. (3,5)

La toma de laboratorios puede ser un importante criterio para el diagnóstico de la enfermedad pélvica inflamatoria, usándose en ocasiones la presencia de células blancas como diagnóstico, sin embargo, se ha observado que la proteína C reactiva y la velocidad de sedimentación globular muestran una mejor sensibilidad y especificidad, sin embargo siendo que estos toman más tiempo para obtener su resultado, no se ocupan en casos agudos. (5)

Sin embargo la combinación de lo anterior con temperatura de 38° o más, Presencia de secreciones cervicales o vaginales anormales y Resultado positivo del análisis de gonococos o clamidias o gardenella en el laboratorio, pueden dar un diagnóstico certero de esta enfermedad, aunque la ausencia de alguno de ellos no la descarta 5, 6,8. El uso de diferentes auxiliares diagnósticos como la tomografía y el ultrasonido en muchos casos es de vital importancia para el diagnóstico y tratamiento. (1)

El tratamiento médico recomendado por CDC y por la OMS se basa en el grado de la enfermedad para determinar si es ambulatorio u hospitalario siendo el siguiente:

Ambulatorio:

1. Recomendado: Ofloxacina 400 mg VO dos veces al día, durante 14 días + metronidazol 500 mg VO oral dos veces al día, durante 14 días; ó

Ceftriaxona 250 mg IM en una sola dosis + Doxiciclina 100 mg dos veces al día durante 14 días, con o sin Metronidazol 500 mg VO dos veces al día durante 14 días

2. Alternativa: Cefoxitina con 2 g IM en una sola dosis + Probenecid 1 g VO administrado al mismo tiempo en una sola dosis + Doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 14 días, con o sin Metronidazol 500 mg VO dos veces al día durante 14 días Parenteral

1. Recomendado: Cefotetán 2 g IV cada 12 horas ó Cefoxitina 2g IV cada 6 horas + Doxiciclina 100 mg VO o IV cada 12 horas

2. Alternativo: Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas + Gentamicina Dosis de carga IV o IM de 2mg/kg de peso corporal, seguido de una dosis de mantenimiento de (1,5mg/ kg) cada 8 horas. (1,5,6,7,8)

El tratamiento quirúrgico se basa en la recurrencia de la sintomatología con pelviperitonitis o la presencia de absceso tubo ovárico roto o la presencia de líquido libre en cavidad abdominal, con la resolución a histerectomía total abdominal habitualmente con salingooforectomía bilateral (1)

#### **IV. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad pélvica inflamatoria grado III?

¿Existe correlación entre lo publicado y lo que clínicamente se presenta?

¿Existen diferencias entre las diferentes poblaciones?

¿México requiere de un estudio propio de pacientes con enfermedad pélvica?

#### **V. HIPOTESIS ALTERNA**

Los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad pélvica inflamatoria grado III son similares a los reportados en la literatura mundial.

#### **VI. HIPOTESIS NULA**

No existe asociación entre los factores de riesgo reportados en la literatura y los observados en nuestra población.

## **VII. OBJETIVO GENERAL**

Identificar factores de riesgo para presentar enfermedad pélvica inflamatoria en nuestra población de estudio.

## **VIII. JUSTIFICACIÓN**

El propósito que tiene el presente estudio es identificar el factor común de las mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria en la actualidad y el rango de edad de la presentación de esta, ya que en la experiencia del hospital, esta patología se presenta más comúnmente, por lo que al identificar estos factores, podremos realizar intervenciones adecuadas y oportunas mejorando la evolución de éstas; disminuyendo la tasa de complicaciones tanto transquirúrgicas como postquirúrgicas.

## **IX. MATERIAL Y MÉTODOS:**

### **Objetivos específicos**

- Conocer la epidemiología de la población con enfermedad pélvica inflamatoria.
- Identificar los factores de riesgo con valor estadísticamente significativo.
- Hacer seguimiento de las pacientes para conocer su evolución post quirúrgica.
- Identificar las complicaciones del tratamiento médico - quirúrgico.

### **Diseño**

Se trata de un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, abierto, clínico, comparativo, aplicado y biomédico, en el que se incluirán a todas las pacientes que se valoren en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos con el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria grado III con o sin datos de abdomen agudo. Se les realizará un interrogatorio dirigido para determinar probables factores de riesgo y establecer su tratamiento. También se tomarán exámenes de laboratorios como biometría hemática, tiempos de coagulación, química sanguínea y electrolitos séricos, dependiendo del caso se decidirá la realización o no de ultrasonido pélvico o transvaginal para valorar grado de enfermedad y proceder a la aplicación de tratamiento médico a base de gentamicina y clindamicina en los casos en que se clasifique como I y II o tratamiento quirúrgico en los casos de grado III previo consentimiento informado; siendo en estos casos importante el envío de pieza a estudio histopatológico, con aplicación posterior de manejo médico previamente comentado con o sin aplicación de un tercer antibiótico según sea el caso. Se vigilarán estas pacientes en su estancia hospitalaria para corrección de complicaciones en caso de que estas se presenten o prevención de las mismas hasta su egreso. Se analizarán las variables categóricas mediante chi cuadrada y las continuas con T de student.

### **Grupos de estudio.**

30 pacientes con Enfermedad pélvica inflamatoria grado I y II  
30 pacientes con Enfermedad pélvica inflamatoria grado III

### **Grupo problema:**

- Pacientes en edad reproductiva con enfermedad pélvica inflamatoria.
- Pacientes sin rango de edad con vida sexual activa.

### **Criterios de inclusión.**

1. Pacientes femeninos, con edades comprendidas entre 15 a 60 años de edad, con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria grado I, II y III.
2. Con vida sexual activa.

### **Criterios de exclusión.**

Pacientes con antecedente de cirugías ginecológicas previas con resección de algún órgano del aparato reproductor femenino.

Pacientes con diagnóstico de esterilidad en tratamiento.

Pacientes con enfermedades metabólicas descompensadas

Abdomen agudo de origen no ginecológico.

Abdomen agudo de origen ginecológico no infeccioso.

### **Criterios de eliminación.**

Pacientes que no acepten participar en el estudio

Pacientes con datos incompletos

## **X. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

Previa aprobación del comité de ética en investigación y del comité de ética, se realizará un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, abierto, clínico, comparativo, aplicado y biomédico, en el que se incluirán a todas las pacientes que se valoren en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos con el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria grado III con o sin datos de abdomen agudo. Se les realizará un interrogatorio dirigido para determinar probables factores de riesgo y establecer su tratamiento. También se tomarán exámenes de laboratorios como biometría hemática, tiempos de coagulación, química sanguínea y electrolitos séricos, dependiendo del caso se decidirá la realización o no de ultrasonido pélvico o transvaginal para valorar grado de enfermedad y proceder a la aplicación de tratamiento médico a base de gentamicina y clindamicina en los casos en que se clasifique como I y II o tratamiento quirúrgico en los casos de grado III previo consentimiento informado; siendo en estos casos importante el envío de pieza a estudio histopatológico, con aplicación posterior de manejo médico previamente comentado con o sin aplicación de un tercer antibiótico según sea el caso. Se vigilarán estas pacientes en su estancia hospitalaria para corrección de complicaciones en caso de que estas se presenten o prevención de las mismas hasta su egreso. Se incluirán 30 pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria grado I y II y 30 pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria grado III. Se incluirán pacientes del sexo femenino, con edades comprendidas entre 15 a 60 años de edad, con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria grado I, II y III; con vida sexual activa. Se excluirán pacientes con antecedente de cirugías ginecológicas previas con resección de algún órgano del aparato reproductor femenino, pacientes con diagnóstico de esterilidad en tratamiento, pacientes con enfermedades metabólicas descompensadas, con diagnóstico de abdomen agudo de origen no ginecológico y finalmente se excluirán a las pacientes con diagnóstico de abdomen agudo de origen ginecológico no infeccioso. Se eliminarán pacientes que no acepten participar en el estudio y aquellas con datos incompletos. Se analizarán las variables categóricas mediante chi cuadrada y las continuas con T de Student.

**Programa de trabajo:**

Septiembre de 2010 a Septiembre de 2011 Recabar datos de pacientes hospitalizadas en este periodo con las características ya comentadas.

Octubre 2011 – Noviembre 2011 Procesamiento de datos.

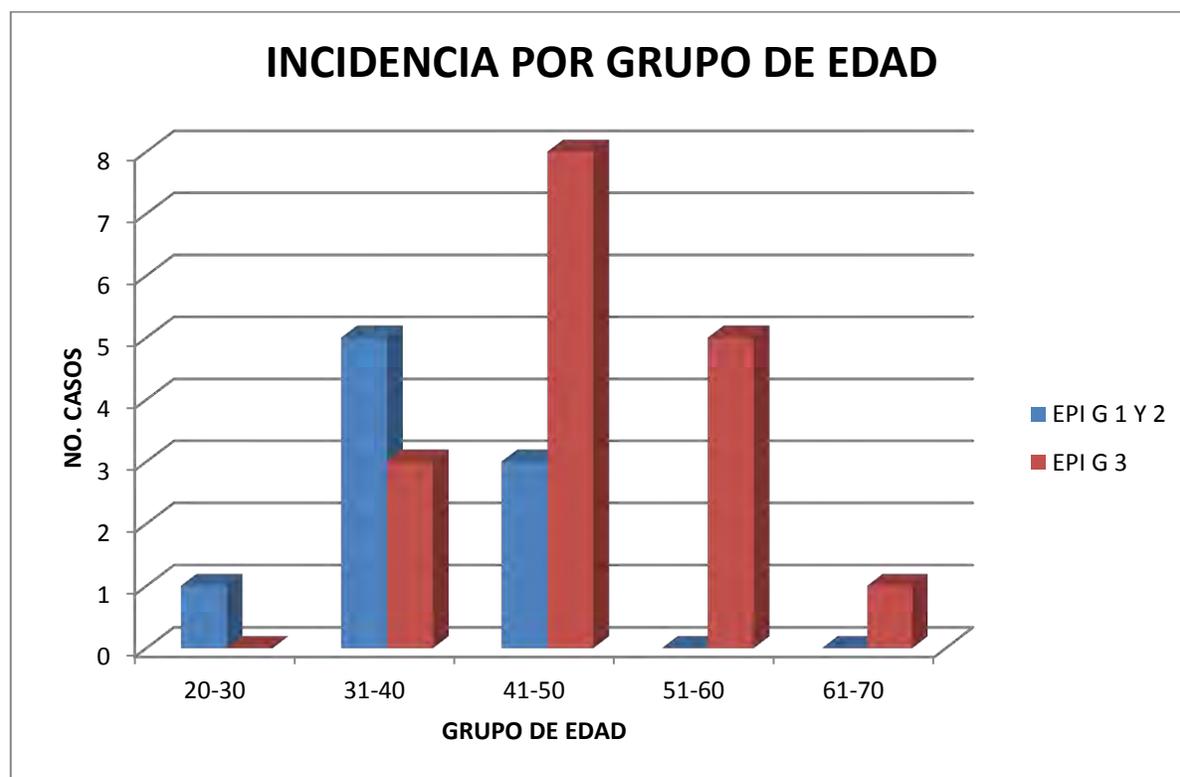
Noviembre 2011 – Enero 2012 Descripción y análisis de los datos

Enero 2012 – Marzo 2012 Elaboración de informe final

## XI. RESULTADOS

La mayor incidencia de pacientes con enfermedad pélvica grado III se observó en 8 pacientes en el grupo de edad entre 41 y 50 años. Mientras que para las enfermedades pélvicas de menor grado se presentó en 5 pacientes en el grupo de edad entre 31 y 40 años.

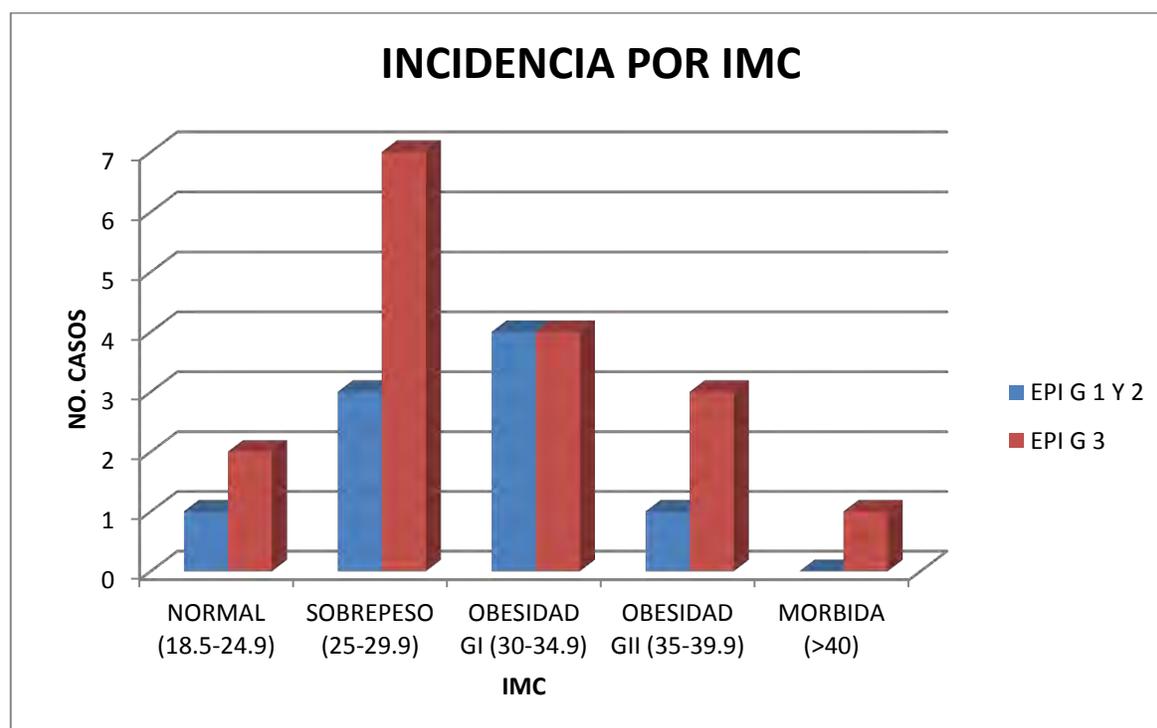
Grado/Edad	20-30	31-40	41-50	51-60	61-70
EPI G 1 Y 2	1	5	3	0	0
EPI G 3	0	3	8	5	1



Se observa que dentro de los factores de riesgo es significativa la presencia de EPI grado III en pacientes con sobrepeso y con obesidad grado I para la presentación de ambos

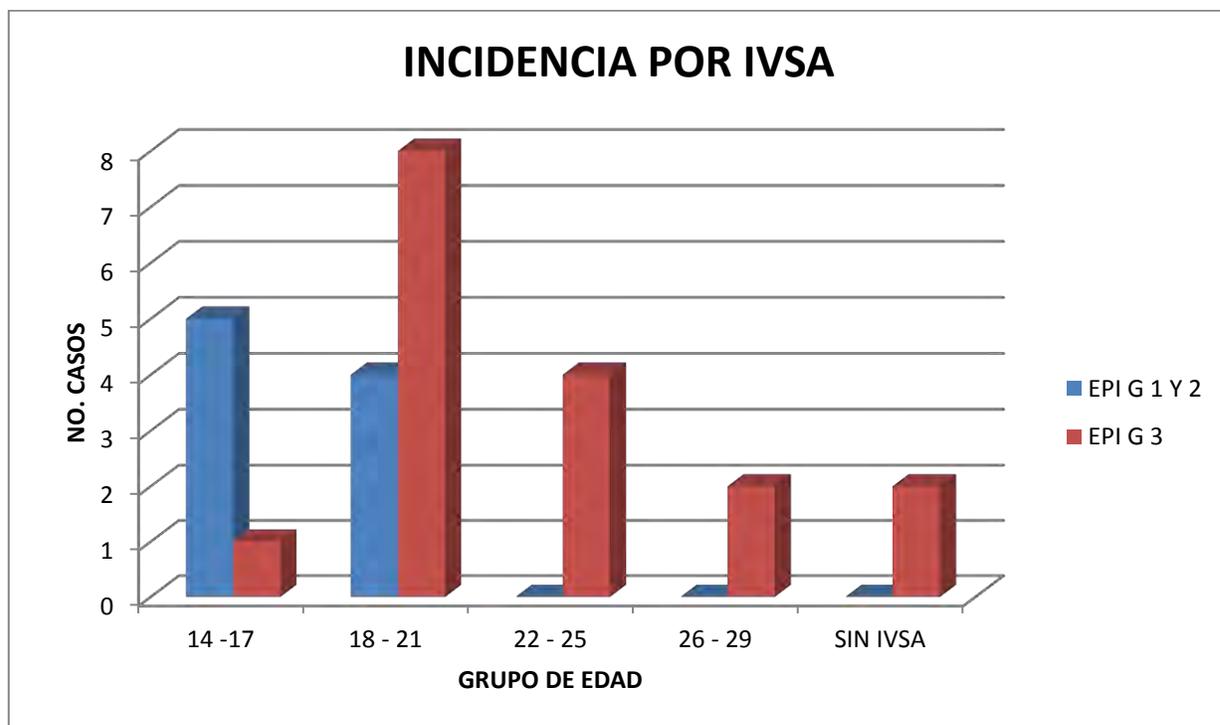
grupos de estudio, entrando dentro de este parámetro mas del 50% de las pacientes para ambos grupos.

GRADO /IMC	NORMAL (18.5-24.9)	SOBREPESO (25-29.9)	OBESIDAD GI (30-34.9)	OBESIDAD GII (35-39.9)	MORBIDA (>40)
EPI G 1 Y 2	1	3	4	1	0
EPI G 3	2	7	4	3	1



Con relación a la edad de inicio de vida sexual se observa que para existe mayor predisposición para la aparición de enfermedades de menor grado a menor edad y se observa que a mayor grado de enfermedad mayor edad, siendo el grupo de edad con mayor incidencia para la aparición de EPI grado III entre 18 y 21 años.

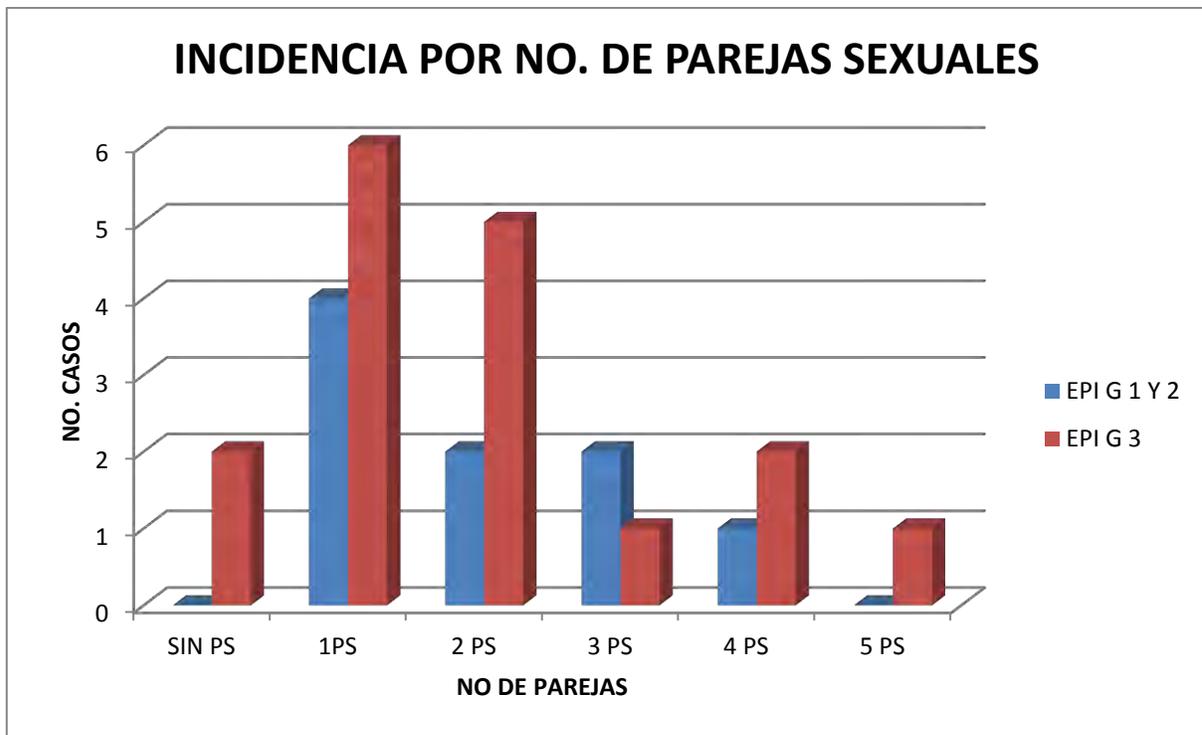
GRADO/IVSA	14 -17	18 - 21	22 - 25	26 - 29	SIN IVSA
EPI G 1 Y 2	5	4	0	0	0
EPI G 3	1	8	4	2	2



La gráfica muestra que a mayor número de parejas sexuales menor es la incidencia de la aparición de la enfermedad grado III, mientras que el mayor número se presentó en paciente con 1 y 2 parejas sexuales, para los 3 grados.

GRADO/ NPS	SIN PS	1PS	2 PS	3 PS	4 PS	5 PS
EPI G 1 Y 2	0	4	2	2	1	0
EPI G 3	2	6	5	1	2	1

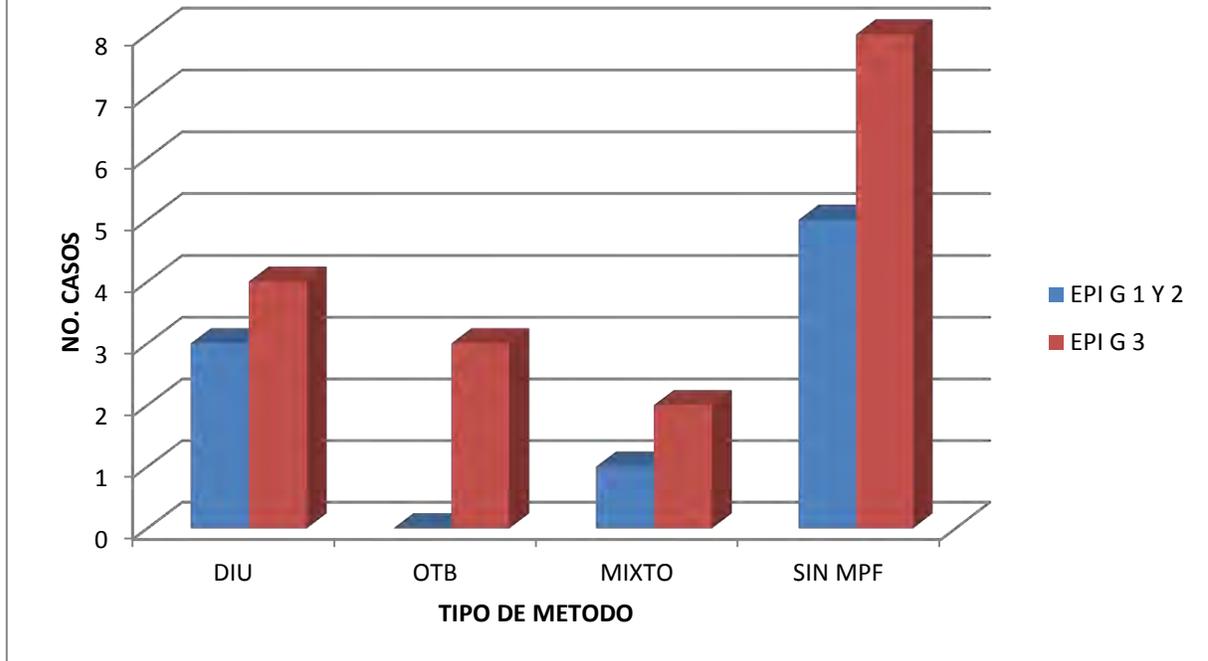
\*PS- Parejas sexuales



Los resultados muestran que se presentó una mayor incidencia de enfermedad pélvica de los 3 grados en pacientes sin método de planificación familiar y en segundo lugar con el uso de DIU.

GRADO/MPF	DIU	OTB	MIXTO	SIN MPF
EPI G 1 Y 2	3	0	1	5
EPI G 3	4	3	2	8

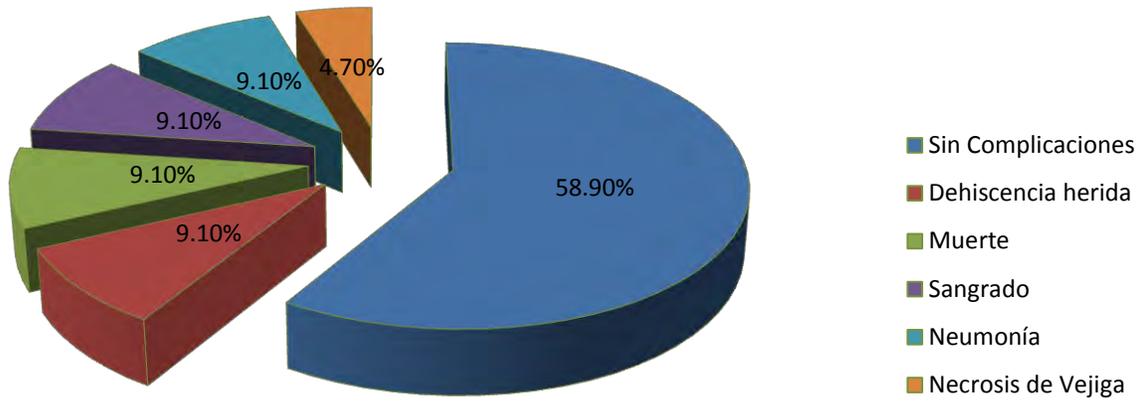
## INCIDENCIA POR USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



Con relación a las complicaciones presentadas por tratamiento quirúrgico, se puede ver que la mayoría de las pacientes no presentaron complicaciones, y muchas de las complicaciones presentadas son inherentes al procedimiento quirúrgico más que al infeccioso.

COMPLICACION	NO CASOS
Sin Complicaciones	8
Dehiscencia herida	2
Muerte	2
Sangrado	2
Neumonía	2
Necrosis de Vejiga	1

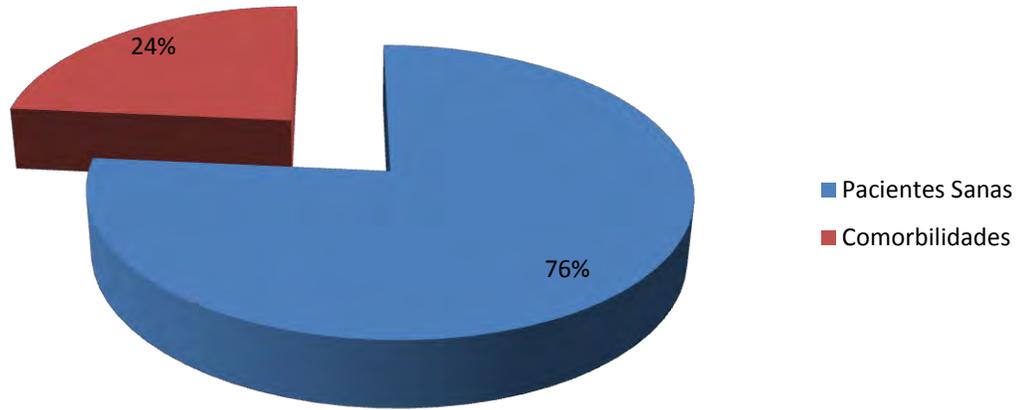
## INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON EPI G 3



En esta gráfica se puede observar que un porcentaje menor presentó comorbilidades que se pudieran asociar a la presentación de la enfermedad.

PACIENTES	CASOS
Sanas	13
Comorbilidades	4

### INCIDENCIA DE PACIENTES CON COMORBILIDADES EN EPI G 3



El estudio estadístico no se pudo llevar a cabo debido a que no se logró juntar el número de pacientes establecidos al inicio del estudio y no muestra una estadística significativa.

## **XII. DISCUSIÓN**

La enfermedad pélvica inflamatoria es una enfermedad infecciosa que afecta el sistema reproductor de la mujer, calculándose que lo sufren aproximadamente 1 millón de pacientes al año, en Estados Unidos acorde con la ACOG, de la misma forma comentan la asociación de diferentes factores de riesgo, dentro de los cuales se mencionan edad menor a 25 años y el número de parejas sexuales, así como el antecedente de infecciones previas.

En Las Guías de práctica clínica emitidas por la Secretaría de salud se comenta la misma estadística y solamente se asocia la aparición de la enfermedad en el 30 % de las mujeres con uso de dispositivo intrauterino, sin mencionar otro factor de riesgo.

Por lo que el presente trabajo analizo y comparo la enfermedad pélvica inflamatoria leve y moderada con la grave, en relación a los establecido en la literatura acerca de los factores de riesgo y posibles determinantes en la aparición de la misma.

El objetivo de los grupos a comparar fueron 30 pacientes por grupo, sin embargo en el transcurso de un año, no se logró juntar el número de pacientes por lo cual no se logró hacer un estudio estadístico significativo. El número total de paciente del primer grupo que incluía EPI grado I y II fueron 9 y en el segundo grupo de EPI grado III fueron 17, por lo que los resultados obtenidos fueron analizados con frecuencias.

Los resultados muestran que el primar grupo tuvo una mayor incidencia en pacientes dentro del grupo de edad de 31 a 40 años, mientras que el segundo grupo presento con mayor frecuencia en el grupo de edad de 41 a 50, considerándose parte de la evolución de la enfermedad normal, dado que se pudiera considera que el proceso mal cuidado o mal atendido favorece la reaparición de la enfermedad más aguda en los siguiente años.

Otro factor de riesgo estudiado fue el IMC y su incidencia en los 2 grupos de enfermedades, observándose una clara tendencia de la aparición de la enfermedad de ambos grupos en paciente con sobrepeso y obesidad grado I, sin contar con algún otro estudio previamente realizado, que permita la afirmación de que este podría considerarse un factor de riesgo real.

Con relación a la edad de inicio de vida sexual activa, se observó que la aparición de la enfermedad grado I y II fue mayor en pacientes con IVSA entre los 14 y 17 años, mientras que la enfermedad más avanzada fue para las pacientes con IVSA entre los 18 y 21 años, lo cual presenta cierta discrepancia entre los reportado en la bibliografía y los encontrado, dado que nunca se ha realizado un estudio comprativo entre pacientes con EPI ambulatoria (leve y moderada ) y la

hospitalizada (grave), y que se encontró que también se presenta en paciente incluso sin vida sexual.

De la misma forma se evaluó la incidencia con relación al número de parejas sexuales encontrándose que contrario a lo que se reporta en la ACOG con relación a que a mayor número de parejas sexuales mayor la posibilidad de presentar cualquier grado de enfermedad, los resultados arrojaron que la mayor incidencia se presentó en pacientes con 1 pareja sexual, para la EPI grado III, mientras que para la EPI grado I y II, se presentó con mayor frecuencia en pacientes con 2 parejas sexuales, un poco más acorde con lo reportado en la bibliografía. Siempre considerando que el hecho de conocer el número de parejas sexuales de las pacientes estudiadas no significa el mismo número para sus compañeros.

Dentro de lo estudiado con relación al método de planificación familiar se encontró una clara diferencia con lo establecido incluso en las guías de práctica clínica, dado que la mayor aparición de la enfermedad de todos los grados se presentó en pacientes que no tenían ningún método de planificación familiar, lo que nos muestra la posible exposición a diferentes agentes infecciosos, apoyando lo antes comentado de él desconocimiento del número de parejas de sus compañeros, considerándose así probablemente la existencia de promiscuidad como factor de riesgo.

Dentro del objetivo del estudio también se encontraba no solo analizar los factores de riesgo y compararlos con los reportados en la bibliografía, si no también analizar las complicaciones de la EPI grado III que fue con la que más se obtuvo experiencia acorde con los tratamientos ya descritos para evaluar su eficacia, de lo cual se encontró que de todas las pacientes solo el 9.1% presentó muerte posterior al evento quirúrgico, dado que desde su ingreso se encontraban en choque séptico, otro 9.1% presentó complicaciones respiratorias como neumonía y derrame pleural posterior al evento quirúrgico ambos no asociados al proceso infeccioso si no al procedimiento quirúrgico y la estancia en la terapia intensiva. El otro 9.1% presentó dehiscencia de herida quirúrgica, 1 de ellas con dehiscencia de asas intestinales, al cierre secundario, con una tercera reintervención ya sin complicaciones. La presencia de sangrado también se presentó en el 9.1% de las pacientes con reposición hemática, sin secuelas y el 4.7% presentó necrosis de vejiga secundaria al evento quirúrgico. De tal manera que el porcentaje de complicación acorde con los tratamientos ya establecidos, posterior al tratamiento quirúrgico fue bueno y el 58.9% no presentó complicaciones.

Una de las hipótesis incluía que la presencia de comorbilidades en las pacientes pudiera estar más asociada a la presencia de la enfermedad y se encontró que solo el 24% de las pacientes con EPI grado III presentaban alguna comorbilidad como Diabetes mellitus o hipertensión, mientras que las pacientes con EPI grado I y II ninguna presentó comorbilidades, por lo cual se descartó esta posibilidad.

### **XIII. CONCLUSIONES**

Nuestro estudio nos permite concluir que los factores de riesgo tiene ciertas variaciones con los ya reportados en la bibliografía, probablemente debido al cambio de costumbres de vida y dado que no se cuenta con estudios recientes acerca de este proceso y los que existen son extrapolados a una sociedad diferente, con diferentes hábitos y siendo una cultura diferente.

Observamos con nuestro resultados que existe una marcada predisposición a la enfermedad en paciente fuera del índice de masa corporal normal, presentándose principalmente en pacientes con sobrepeso y obesidad, lo cual indica un posible factor de riesgo y que da pie al análisis posteriormente de este parámetro para considerarlo como factor de riesgo.

También logramos concluir que es necesario el cultivo bacteriológico para establecer si los agentes reportados son los mismo presentes en nuestra población, o que será necesario el interrogatorio de los compañeros de la pacientes para descartar promiscuidad, dado que no se encuentra una relación directa entre el número de parejas sexuales con la aparición de la enfermedad, como lo descrito, y dado que el proceso infeccioso es mayor en pacientes sin método de planificación familiar, y no con el DIU como lo que se suponía.

Un parámetro a considerar es la edad de aparición de la enfermedad grado I y II con respecto a la III, con lo que podemos concluir que el proceso infeccioso pudiera ser mal diagnosticado, no tratado o mal tratado y lo que estuviera favoreciendo la evolución de la enfermedad a un proceso más severo.

Dado que la enfermedad pélvica inflamatoria grado III se presentó en mujeres sin vida sexual podemos concluir de la misma manera que no debe considerarse un factor de riesgo real o que el inicio de vida sexual activa no influye en la predisposición de la aparición de la enfermedad.

#### **XIV. BIBLIOGRAFÍA**

1. Alvarado, M. et. al. Guía práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa. Evidencias y recomendaciones. Gobierno Federal. Consejo de salubridad general. México, 2008.
2. Corral, C. Enfermedad pélvica inflamatoria y sepsis. Revista portal médico. Vol 5. Sección de Ginecología y Obstetricia Marzo 2006. México
3. Tunde, A. et. al. Current Concepts in the Management of Pelvic Inflammatory Disease. Annals of Ibadan Postgraduate Medicine. Vol.3 No1 June, 2005. Nigeria.
4. Ross, J. et. al. European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease. PID Treatment Guidelines . Vol. 5 August, 2008.
5. Lareau, S. et. al. Pelvic Inflammatory Disease and Tubo-ovarian Abscess. Infect Dis Clin N Am Vol. 22. 2008. USA.
6. Trigg, B. et. al. Infecciones de transmisión sexual y enfermedad pélvica inflamatoria en las mujeres. Med Clin N Am Vol. 92. 2008. USA.
7. Quentin, A. et. al. Enfermedad inflamatoria pélvica: tratamiento médico. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Ed. Española) Vol. 1. 2001. España.
8. Beigi, R. et. al. Pelvic inflammatory disease: new diagnostic criteria and treatment. Obstet Gynecol Clin N Am Vol. 30. 2003. USA.