

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**INCIDENCIA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES
DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA
AGUDA**

Estudio Descriptivo de pacientes que fueron ingresadas al departamento de ginecología del Hospital Roosevelt, en el periodo de enero de 1991 a diciembre de 1996.

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

KARINA MARIBEL GUDIEL GONZALEZ

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Guatemala, junio de 1997

15
(7591)
C-3

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE :

El (la) MAESTRA EDUC. PRIM. KARINA MARIBEL GUDIEL GONZALEZ

Carnet Universitario No. 91-13048

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano, el trabajo de tesis titulado:

INCIDENCIA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA REUMATICA AGUDA

trabajo asesorado por el
Doctor WALTER OMAR LINARES PADRINO

y revisado por:
Doctor MARCO JULIO GARCIA


quienes lo evalúan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, 9 de junio de 1997

Dr. Antonio Palacios L.
COORDINADOR UNIDAD TESIS

DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE SALUD

IMPRIMASE:


Dr. Edgar Abel Oliva González
DECANO





CIUDAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 9 de Junio de 1997

Doctor:
Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas.

Se le informa que el MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA

KARINA MARIBEL GUDIEL GONZALEZ

Nombres y apellidos completos

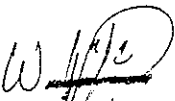
Carnet No.: 91-13048 ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

INCIDENCIA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD

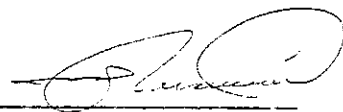
INFLAMATORIA PELVICA AGUDA.

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


Firma del estudiante


F. Asesor
Nombre completo y sello

Dr. Walter O. Linares P.
MEDICO Y CIRUJANO


F. Revisor
Nombre completo y sello
Reg. Personal 10043





AD DE CIENCIAS MEDICAS
MALA. CENTRO AMERICA

APROBACION INFORME FINAL

OF. No. 041-97

Guatemala, 9 de junio de 1997.

MAESTRA DE EDUC. PRIMARIA
KARINA MARIBEL GUDIEL GONZALEZ
Facultad de Ciencias Médicas
USAC.

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis, titulado: INCIDENCIA, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA AGUDA

ha sido RECIBIDO, y luego de REVISADO se ha establecido que cumple con los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por lo que es autorizado para completar los trámites previos a su graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAR A TODOS"


Dr. Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis

NOTA: La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es responsabilidad única del autor.

APL/jvv.

INDICE

I	Introducción.....	1
II	Definición y Análisis del Problema.....	3
III	Justificación.....	5
IV	Objetivos.....	6
V	Revisión Bibliográfica.....	7
	A. Infección Pélvica Aguda.....	7
	1. Definición.....	7
	B. Factores de Riesgo.....	8
	C. Etiología.....	9
	1. Infección Pélvica Transmitida Sexualmente.....	9
	2. Transmisión no Sexual de la Infección Pélvica...10	
	3. Germen Patógenos.....	11
	3.1 Neisseria Gonorrhoeae.....	11
	3.2 Chlamydia Trachomatis.....	12
	3.3 Mycoplasma Hominis y Ureaplasma Urealyticum....13	
	D. Patogenia y Manifestaciones clínicas.....	14
	1. Criterios Clínicos Diagnósticos.....	16
	E. Diagnóstico Diferencial.....	16
	F. Tratamiento.....	16
	1. Médico.....	18
	2. Quirúrgico de la Inflamación Pélvica Aguda.....	23
	3. Quirúrgico de la Inflamación Pélvica Crónica....	26
	G. Complicaciones.....	28
VI	Metodología.....	30
VII	Instrumento de Medición de las variables.....	33

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

VIII	Ejecución de la investigación.....	35
IX	Cronogramas de actividades.....	36
X	Presentación de Resultados.....	37
XI	Análisis y discusión de resultados	52
XII	Conclusiones.....	57
XIII	Recomendaciones.....	59
XIV	Resumen.....	60
XV	Bibliografía.....	61
XVI	Anexo #1.....	63

I. INTRODUCCION

La enfermedad inflamatoria pèlvica aguda, es un síndrome debido al ascenso de microorganismos a los órganos genitales internos femeninos, ha aumentado a la par de las enfermedades de transmisión sexual.

Existen varios factores de riesgo, tales como: la edad, múltiples parejas sexuales, uso de dispositivos intrauterinos bajo nivel socio-económico.

El tratamiento de esta patología es actualmente muy controversial, ya que puede variar desde el tratamiento médico ambulatorio, hasta el procedimiento quirúrgico mutilante, lo cual dependerá de varias variables, tales como: edad, paridad, deseo de tener más hijos, estado general de la paciente y los hallazgos físicos.

En el presente estudio se incluyen todas las pacientes ingresadas con la impresión clínica de enfermedad inflamatoria pèlvica aguda, cuyo diagnóstico fue comprobado, siendo el escenario el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, en el período de 1991 a 1996.

Para definir la incidencia, tratamiento y complicaciones de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda se tomaron de las historias clínicas diversas variables:

EDAD, ESTADO CIVIL, ANTECEDENTES DE SALPINGITIS, USO DE ANTICONCEPTIVOS, DIAGNOSTICO DE INGRESO, TIPO DE TRATAMIENTO, TIPO DE COMPLICACIONES Y DIAS DE HOSPITALIZACION.

Considerando que la Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda, es una patología muy problemática, principiando porque

el diagnóstico agudo diferencial es muy amplio, el tratamiento es controversial, las repercusiones a largo plazo son considerables, tales como dolor pélvico crónico, adherencias pélvicas, infertilidad y menopausia quirúrgica.

Se revisó el libro de ingresos del servicio de Ginecología del hospital Roosevelt, de Enero de 1991 a Diciembre de 1996, obteniéndose el número de historias clínicas de las pacientes ingresadas con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda, encontrándose 190 casos, se procedió a la revisión de las papeletas, cuyos datos se anotaron en el anexo y se agruparon en cuadros estadísticos de resumen; analizándose en cifras absolutas y relativas, encontrando una incidencia del 3%, el grupo etáreo más afectado el de 20-24 años, con mayor predisposición en pacientes unidas y las que usaron dispositivo intrauterino.

El tratamiento más utilizado fue de tipo quirúrgico, la terapéutica antibiótica más aplicada fue Ampicilina ó Penicilina - Clindamicina - Gentamicina, siendo la complicación más frecuente de tipo médico, la Infección del tracto Urinario.

A continuación se presentan los resultados de la investigación, que de alguna forma contribuirán al conocimiento de dicha patología.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda, es un problema que no respeta raza, cultura, grupo social ni económico, haciendo la salvedad que tiene predilección por ciertos grupos de pacientes. (2 , 23 , 27).

Suele iniciarse con dolor abdominal bajo, fiebre, endurecimiento pélvico, peritonitis pélvica o masa palpable (3, 8). Los factores de riesgo que se han asociado a la infección pélvica incluyen la edad de la paciente, la multiplicidad de contactos sexuales, estado civil, utilización de dispositivos intrauterinos, entre otros ; por lo que es de importancia conocer el perfil epidemiológico en nuestra población. (2 , 16 , 23)

La frecuencia de esta entidad en nuestro medio es mal conocida, pudiendo sólo evaluarse con respecto a las de las Gonococcicas, al ser paralelas las curvas de estas dos afecciones, estimandose que de un 10 a 11 % de las pacientes con Gonorrea presentarán Salpingitis, y que de un 30 a 80 % de las Salpingitis son por Gonococo, triplicandose las infecciones Gonococcicas en los ultimos años en Estados Unidos (9). El diagnóstico puede ser muy difícil, ya que éste dependerá del tiempo de evolución de los síntomas, la extensión de la enfermedad, el germen causante y las manifestaciones clínicas, lo que en ocasiones dará como resultado en ciertos casos un tratamiento inicial inadecuado

en el tiempo que dure la administración de los medicamentos, el número y tipo de medicamentos utilizados ; esto producirá que el cuadro clínico se distorcione con el consecuente aumento en las secuelas a largo plazo. Hoy en día el médico cuenta con varias ayudas diagnósticas sofisticadas, como el Ultrasonido Vaginal y la Videolaparoscopia, instrumentos que hacen que el error diagnóstico sea menor ; ya que por medio de éstas se puede tomar cultivos para identificar el germen causante, su susceptibilidad a los antibióticos, lo que da la pauta para implementar la asociación del antibiótico ideal, dando esto como resultado una recuperación más rápida y una menor cantidad de secuelas. (1 , 16 , 19)

El término de Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda describe una extensa variedad de condiciones causadas por el acceso de microorganismos al tracto genital, pudiendo ir desde un cuadro de Salpingitis aguda, hasta el absceso pélvico, el shock y la muerte; por lo tanto el presente estudio nos ayudó a definir el comportamiento de dicha patología en la población a estudio. (11 , 17 , 23)

III. JUSTIFICACION

El término de Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda se define como el acceso de microorganismos a los genitales internos femeninos (11 , 17). En tal sentido este concepto engloba un grupo relativamente grande de entidades clínicas que hoy en día son conocidas por separado.-

Las Salpingitis son afecciones bastante comunes, pero de diagnóstico en muchas ocasiones difícil, por lo que debe conocerse el perfil epidemiológico asociado, los criterios diagnósticos, tipos de tratamiento utilizado, antibiòticoterapia y complicaciones más frecuentes.

En el contexto general de la descripción previa, es de gran importancia conocer la incidencia, tratamiento y complicaciones de la entidad en el Hospital Roosevelt , ya que por mucho tiempo ésta ha sido desconocida; abordando las variables descritas anteriormente y actualizando datos, que permitan definir dicho comportamiento.

IV. O B J E T I V O S

GENERALES:

Describir el comportamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda en las pacientes que fueron ingresadas al Hospital Roosevelt, con dicho diagnóstico, para contribuir con información que permita ampliar los conocimientos científicos sobre éste tipo de morbilidad.

ESPECIFICOS:

1. Determinar el Perfil Epidemiológico de las pacientes con Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda.
2. Determinar la Incidencia de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda.
3. Determinar el tipo y frecuencia de tratamiento
4. Determinar las complicaciones más frecuentes que presentaron las pacientes en estudio.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

. INFECCION PELVICA AGUDA

. DEFINICION:

La enfermedad inflamatoria pèlvica aguda es un síndrome clínico atribuido a la propagación ascendente, no relacionada con embarazo o intervención quirúrgica, de microorganismos procedentes de la vagina y la región endocervical hasta el endometrio, las trompas de falopio u otras estructuras continuas.

La infección pèlvica aguda, en el 85% de los casos es una infección que ocurre en las mujeres con vida sexual activa.(1)

La enfermedad inflamatoria pèlvica puede ser aguda o crónica, por lo regular es mixta y con grados diversos de participación tubárica y eventualmente la extensión a los ovarios y peritoneo pelviano. Esta patología tiene tendencia a principiar con episodios bastante agudos, seguidos de resolución completa o evolución gradual hacia un proceso caracterizado por recidivas frecuentes agudas o sub-agudas.(2)

Según la experiencia epidemiológica acerca de enfermedades de transmisión sexual, en Estados Unidos de Norte América de 1950 a 1975 el número de casos de Gonorrea se triplicó hasta más de un millón de casos al año. Según el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, tres millones de casos infectados con Chlamydia Tracomatis ocurren

anualmente y cerca de un millón de casos de Salpingitis aguda y de enfermedad inflamatoria pèlvica son tratados cada año en Estados Unidos. (3)

De estas, 250,000 mujeres hospitalizadas por éste problema, unas 150,000 requieren de intervención quirúrgica, lo que representa un monto de más o menos tres millones de dólares al año. (3)

En nuestro medio la prevalencia de infección pèlvica aguda, no es conocida.

B. FACTORES DE RIESGO:

La enfermedad inflamatoria pèlvica aguda se presenta frecuentemente en mujeres con actividad sexual y si éstas tienen varias parejas sexuales el riesgo aumenta considerablemente.

Las pacientes que han presentado en alguna etapa de su vida un proceso de salpingitis aguda, presentan más riesgo para que la patología recidive una y otra vez, ya que muchas veces persisten los mismos factores que la provocaron.

En la actualidad se ha puesto mucho énfasis en la relación causal entre dispositivos intrauterinos e infección pèlvica, como ha sido demostrado en muchos estudios. (4, 5, 6, 7, 8, 9). La utilización de dispositivos intrauterinos implica un riesgo de salpingitis dos a cinco veces mayor que el de los otros métodos anticonceptivos. Las exploraciones endouterinas pueden provocar la aparición de salpingitis. Se recomienda asegurarse de la ausencia de gonococos en el

endocérvis antes de realizar cualquier maniobra ginecológica endouterina. Otros factores de riesgo incluyen la edad, el estado marital y la situación económica. (1, 10)

Las mujeres que usan anticonceptivos de barrera como condón, diafragma, jaleas espermicidas, tienen menor riesgo de desarrollar infección pélvica por gonococo o chlamydia.

C. ETIOLOGIA:

La etiología de la infección pélvica es polimicrobiana y la típica clasificación de gonococcicas es una mala indicación de la patogénesis, es mejor dividirla en infección transmitida sexualmente e infección no transmitida sexualmente. (1, 11)

1. INFECCION PELVICA TRANSMITIDA SEXUALMENTE:

Los organismos transmitidos sexualmente incluyen N. Gonorrhoeae, C. Tracomatis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma Urealyticum, dependiendo de la región donde se realice el estudio; pero gonococo y chlamydia son los principales organismos de transmisión sexual; de los otros no se conoce exactamente su prevalencia ni patogenicidad. (1) El gonococo se presenta principalmente en los grupos socioeconómicos bajos.

Puede producir cervicitis, endometritis y luego salpingitis, después de la infección inicial en el cèrvix asciende a la trompas de falopio. Generalmente una semana después de la menstruación se produce una reacción

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca⁹ Central



inflamatoria, con edema tubárico y producción de pus. Otros factores que pueden contribuir al ascenso de gonococo pueden ser: transporte con los espermias, por vía hematogena o por vecindad. La infección por Chlamydia es análoga al gonococo, pero se produce más lentamente y puede causar edema de las trompas de falopio, pero su mecanismo inmunológico es por citotoxicidad directa. El ataque de esta bacteria es lento, el dolor que produce es de larga duración y con manifestaciones clínicas mínimas. Aproximadamente el 20% de los casos con infección pélvica aguda son producidos por chlamydia, pero puede ser mayor el porcentaje de aislamiento si se utilizan técnicas de identificación más adecuadas. (1, 11, 12, 13, 14)

Otro punto importante es la frecuencia con que se encuentran ambos organismos juntos. Diferentes estudios muestran que de un 15 a 30% de las mujeres que tenían cultivos positivos para gonococo también tenían chlamydia. (8)

El mycoplasma hominis está presente en el 25 % de los casos y el 40% de las mujeres con cultivos positivos padecerá de la enfermedad. (16)

12. TRANSMISION NO SEXUAL DE LA ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA:

Los organismos transmitidos sexualmente, principalmente gonococo y chlamydia, pueden infectar previamente el tracto genital alto de las mujeres y ser considerados como organismo

atógenos primarios. Hay organismos no transmitidos exualmente y que pueden producir infección debido a la resencia de dispositivos intrauterinos, ya que pasan los ecanismos de defensa del cuerpo y producen infección. Entre stos microorganismos tenemos: aerobios, principalmente el streptococo y anaerobios, como : el peptococo , peptoerptococo y bacteroides fragilis. (13,17).-

. GERMENES PATOGENOS

1.1 NEISSERIA GONORROHOAE

La gonorrea era la enfermedad venérea más común y que prevalece particulamente en pacientes juvenes.

Debido a que se transmite invariablemente por contacto sexual, su ocurrencia se ve favorecida bajo condiciones de promimiscuidad sexual. (18)

Esta enfermedad ha alcanzado niveles sumamente altos, calculándose que crece a una tasa de 12 a 15% por año desde 1957. (19)

La infección gonorreica en los Estados Unidos, ha aumentado dramáticamente y se estima que se produce un caso de gonorrea cada 15 segundos. Anualmente cerca de un millón de mujeres sufren enfermedad inflamatoria pèlvica y sus secuelas. Ello explica más de 2.5 millones de visitas mèdicas, 250,000 admisiones en los hospitales y cerca de 150,000 procedimientos quirúrgicos. (19, 20)

El sitio principal de infección gonorreica primaria de la mujer, es el cuello uterino y la propagación puede producir endometritis y salpingitis solo ocurre en un 10 a

20% de los casos. El 80 a 90% restante, llevan este organismo en el tracto genital inferior (endocérvix, glándula de Bartholin y de Skene) y criptas anales, proporcionando un reservorio humano constante para la perpetuación de esta enfermedad, ya que en la mayoría de los casos la infección parece ceder espontáneamente y resolverse en plazo de dos semanas aunque esto no significa necesariamente curación. (19, 20)

Si se obtienen sistemáticamente cultivos como parte de un programa de selección de mujeres asintomáticas, hasta el 5% puede comprobarse que albergan una enfermedad gonococcica. (2).

3.2 CHLAMYDIA TRACHOMATIS:

En 1957 Mard y asociados aislaron *Chlamydia trachomatis* del cérvix de 19 pacientes en una serie de 53 mujeres con salpingitis aguda.

Este microorganismo también se recuperó en cultivos de las trompas de 7 a 20 pacientes. Existen reportes de Eschembach y colaboradores de haber encontrado anticuerpos microinmunofluorescentes para *C. Trachomatis* en 7 a 91 % de mujeres con enfermedad de las cuales el organismo fue recuperado en el cérvix. (21)

Treharne y colaboradores encontraron una serie de 143 pacientes con salpingitis en los cuales el diagnóstico fue confirmado por laparoscopia, que 62% tenían anticuerpos microinmunofluorescentes IgG para *C. Trachomatis* en un título

de 64 o más y que el 23% tenían anticuerpos IgM.

Similares estudios efectuaron Simmons en Londres y Paavonen en Finlandia, afirmando éste último luego de consideraciones clínicas, serológicas y cultivos, que *C. Trachomatis* es el agente etiológico más común de la infección pélvica aguda en Finlandia. (21)

¿Cuáles datos sostienen la hipótesis de que *C. Trachomatis* es probablemente el agente etiológico más común de la infección pélvica aguda?

Este microorganismo es aislado del cérvix y las trompas de falopio de pacientes con esta enfermedad, más frecuentemente que cualquier otro agente.

Además, una respuesta de anticuerpos para *C. Trachomatis* ocurre frecuentemente en pacientes con salpingitis aguda y significativamente más a menudo que para *B. fragilis*, *M. hominis* y *N. gonorrhoeae*. (21)

3.3 MYCOPLASMA HOMINIS Y UREAPLASMA UREALYTICUM:

Desde 1930, ha sido conocido que el *mycoplasma* pueden colonizar el tracto genital femenino bajo. Por su parte el *ureaplasma* fue conocido desde mediados de 1950. (21)

Durante años recientes el *M. hominis* y el *U. urealyticum* han sido aislados de especímenes recolectados por punción del saco de Douglas en pacientes con infección pélvica.

M. Urealyticum fue encontrado en especímenes cervicales en 164 de 204 mujeres. (21)

Los factores patogénicos en mycoplasmas y ureaplasmas genitales, continúan siendo pobremente entendidos. En cultivos orgánicos, M. Hominis causa una rápida y marcada disminución de la actividad mucociliar. Un efecto similar en la cual ha sido atribuido a la producción de amonio, fué observado en cultivos de trompas de bovinos expuestos a ureaplasmas humanos. (21)

En estudios efectuados en simios, M. hominis puede diseminarse por vía linfática y sanguínea al parametrio, produciendo parametritis y cambios inflamatorios en las capas externas de las trompas uterinas.

El mismo estudio, otra especie de mycoplasma, M. fermentans, se encontró que puede producir inflamación de los parametrios por diseminación linfática y/o hematógica desde la cavidad uterina o el epitelio cervical; reacción inflamatoria tanto macroscópica se asemeja a la lesiones provocada por M. hominis, aunque la inflamación fue menos pronunciada. (20)

HD. PATOGENIA Y MANIFESTACIONES CLINICAS:

El sitio de localización inmediato en la mayoría de los casos de infección de las vías genitales altas de la mujer, es la participación gonorreica del cérvix, uretra, recto o cualquier mucosa. (2)

La ubicación inicial se produce en el endocérnix con flujo cervical aumentado y la difusión al endometrio y

trompas se ve favorecida por la menstruación, principalmente por acidez del medio. (5, 18, 19, 22)

La endometritis localizada produce un derramamiento endometrial irregular, prolongación de la hemorragia intermenstrual característica de este estado agudo. (19)

En las trompas de falopio la infección gonorreica es generalmente bilateral. En ocasiones queda reducida a una endosalpingitis de curso fugaz; sin embargo tras la invasión de la mucosa tubárica y de los estratos subepiteliales, las trompas están tumefactas por el edema, recubiertas por fibrina y revestidas por adherencias, típicas de una infección gonococcica. Los extremos de las fimbrias se sellan con relativa rapidez, evitando así el paso de secreción purulenta a la cavidad abdominal y una peritonitis subsecuente. (22)

La enfermedad empieza con dolor abdominal bajo, habitualmente extendiéndose hacia arriba, pero a veces con irradiación a las zonas inguinales y a la cara anterior de los muslos. El vómito si se presenta, no se repite con frecuencia. Sensibilidad a la palpación y defensa muscular en el hipogastrio y en cada una de las fosas iliacas forman los signos abdominales prominentes. A medida que hay compromiso peritoneal más extenso, se presenta dolor a la descompresión en el abdomen inferior.

No debemos olvidar que otras de las manifestaciones no menos importantes son la fiebre y leucorrea.

1. CRITERIOS CLINICOS DEL
DIAGNOSTICO DE INFECCION PELVICA
AGUDA

CRITERIOS MAYORES:

- Dolor abdominal bajo y sensibilidad.
- Sensibilidad al movilizar el cérvix y anexos
- Sensibilidad al realizar el signo de rebote en abdomen bajo.

CRITERIOS MENORES:

- Fiebre mayor de 38 grados centígrados
- leucocitosis mayor de 10,500 glóbulos blancos por mm³.
- Elevación de la velocidad de sedimentación mayor de 20 mm/hr.
- Masa en el fondo del saco posterior diagnosticada por ultrasonido.
- Culdocentesis positiva a material purulento.
- Gram endocervical positivo para gonococo o chlamydia.

E. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Parafraseando lo que dijo un filósofo a Alejandro Magno, de que no hay un cambio real hacia el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda. La medicina clínica se adquiere lentamente por medio de la observación, y la experiencia clínica es la base del diagnóstico. Además el clínico deberá tener ciertos conocimientos de cuáles son los

microorganismos que pueden estar involucrados en la infección y cuáles antibióticos son los adecuados para dichos microorganismos. Esta información existe en la literatura y deriva de la experiencia anterior del medio con pacientes que tenían problemas similares.

Dentro de las entidades clínicas que se deben de tomar en cuenta para el diagnóstico diferencial tenemos:

1. Embarazo ectópico no roto: en el cual no hay fiebre, no hay leucocitosis y como ayudas diagnósticas contamos con la culdocentesis y prueba de embarazo.
2. Apendicitis aguda: se presenta con un cuadro abdominal más clásico, la presencia de signos como el psoas y obturador y el dolor de la fosa iliaca derecha.
3. Pielonefritis aguda: se presenta con dolor agudo en flancos, disuria y tenesmo.
4. Masa anexial torcionada: la cual puede aparecer en las mujeres después de histerectomía cuando los anexos conservados no se suspendieron firmemente y se les permitió que quedaran más bien sueltos pendientes del ligamento infundíbulo-pelvicano. La mujer con anexos torcionados puede presentar intensos grados de dolor abdominal y distensión, aunque por lo regular no se observa la leucocitosis o la fiebre que aparece en la enfermedad inflamatoria pélvica.
5. Cuerpo Lúteo Hemorrágico: El origen del verdadero quiste luteínico es en la mayoría de los casos es un hematoma del cuerpo lúteo. Este último, a su vez, es producido

PROCESADO EN LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

por aumento de la hemorragia que normalmente tiene lugar en el interior de la cavidad del cuerpo durante la fase llamada de vascularización. Cuando la hemorragia es excesiva se produce un voluminoso hematoma del cuerpo lúteo, caracterizado principalmente por una pared luteínica adelgazada, de color amarillo brillante que rodea la cavidad central repleta de sangre. Se caracteriza por que la menstruación está ligeramente retardada, luego una hemorragia ligera y persistente con dolor en uno de los cuadrantes abdominales inferiores. El exámen de la pelvis comprueba una tumoración sensible en el lado correspondiente.

6. Aborto espontáneo séptico: Es la infección del producto de la concepción antes de la 28 semana de gestación en forma espontánea que puede permanecer localizada o diseminada a todo el organismo materno. Esta se produce al perderse la barrera natural asociada a la persistencia de orificios cervicales abiertos, retención de restos placentarios. Se produce un desequilibrio entre la flora saprofítica, desencadenándose la infección, apareciendo leucocitosis y clínicamente fiebre.

F. TRATAMIENTO:

1. TRATAMIENTO MEDICO:

El tratamiento médico de la infección pèlvica aguda es muy variable, debido a que los gèrmenes involucrados son varios y por lo regular proceden de la flora vaginal tanto

erobica como anaerobica, por lo tanto podemos encontrar en la literatura variedad de regimenes de antibi6ticos, muchos de estos con dos o m6s drogas, inclusive algunos estudios reportan la utilizaci6n de un solo antibi6tico.

En la selecci6n de la combinaci6n adecuada de antibi6ticos debe jugar un papel muy importante la consideraci6n de factores tales como el tiempo de evoluci6n de la enfermedad, la localizaci6n de la infecci6n, los m6todos anticonceptivos, el agente etiol6gico, la presencia de absceso tuboov6rico y la historia de infecci6n p6lvica previa. (1)

Puede existir una infecci6n silenciosa, por ejemplo con chlamydia cuando la paciente tiene un examen f6sico normal; si las t6cnicas de laboratorio no permiten detectar todos los posibles agentes etiol6gicos, la designaci6n de "bacteriolog6a normal" pueden no reflejar la situaci6n real de la enfermedad. El tratamiento fue suficiente, pero que podemos decir de las secuelas a largo plazo, no lo sabemos ya que pudieron haber estado ya establecidas en ese momento.

El tratamiento temprano y r6pido disminuye la incidencia de serias secuelas. Desafortunadamente el tratamiento temprano no basta algunas veces, como en la infecci6n con chlamydia trachomatis en la cual el proceso inflamatorio y la necrosis tub6rica preceden a los s6ntomas. (1, 28)

En salpingitis se usan los siguientes antibi6ticos:
Clorhidrato de tetraciclina, 500 mg cuatro veces al dia por diez d6as.

Penicilina G procaína, dos inyecciones intramusculares en dos puntos diferentes, con una dosis total de 4.8 millones de unidades una sola vez (asociada a 1 gramo de probenecid por vía oral, para retardar la eliminación de la penicilina).

Ampicilina, 3.5 gramos por vía oral, o amoxicilina, 3 gramos asociadas ambas a la misma dosis de probenecid.

En los dos últimos casos, se administrará durante diez días como mínimo, a la dosis de 500 mg. cuatro veces al día. La eficacia de las tetraciclinas y de la ampicilina es comparable, siendo superior al 90%. (1,10)

Las pacientes tratadas de manera ambulatoria han de ser sometidas a una estrecha vigilancia y a exámenes de control al cabo de dos, siete y quince días.

La hospitalización de las pacientes con infección pèlvica aguda está indicada cuando la paciente no tolera el tratamiento por via oral o el mismo es ineficaz, también cuando el estado general de la paciente es malo, cuando hay presencia de masa anexial o en el fondo del saco posterior etc.

El tratamiento de las enfermedades intrahospitalarias incluye, además de la antibiòticoterapia, el reposo en cama, las perfusiones intravenòsas y la administración de analgèsicos. (antiinflamatorios)

Existen varias combinaciones de antibiòticos, como por ejemplo, la de asociar penicilina, aminoglucòsido y una cefalosporina de tercera generaciòn. En caso de absceso

pelviano con hallazgo de gérmenes anaerobios la combinación de antibiótico será diferente a la anterior, teniendo que utilizar en estos casos clindamicina y metronidazol. La intervención quirúrgica resulta muchas veces necesaria en caso de absceso tuboovárico recidivante. El tratamiento conservador (salpingooforectomía unilateral) puede estar indicado en la mujer joven con problema infeccioso unilateral. La tasa de fertilidad después del tratamiento médico de un absceso pelviano es del orden de un 10 por ciento. (18, 16, 24)

El tratamiento recomendado por el centro de control de la enfermedades de Atlanta, es la combinación de drogas electivas contra gonococo, chlamydia y bacterias anaerobias, incluyendo anaerobios penicilina resistentes; este tratamiento es apropiado para la infección pélvica no complicada.

El manejo del absceso tuboovárico es controversial, algunos autores recomiendan cirugía tempranamente, otros recomiendan terapia conservadora con antibióticos, que incluyan penicilina y un aminoglucósido, asociado con clindamicina o metronidazol; con esta terapia alrededor del 33% al 74% de los casos respondieron favorablemente. Con esto se mantiene la función ovárica hormonal y la posibilidad de capacidad reproductora. Todos los estudios indican que si no responden favorablemente en 48 a 72 horas deberá dársele manejo quirúrgico. (3, 11, 25)

El Centro de Control de Enfermedades de Atlanta ha

sugerido varios esquemas de tratamiento para la infección
pélvica aguda y dentro de estos tenemos los siguientes:

Tratamiento inicial: Cefoxitin 2 gramos IV cada 6 horas,
doxiciclina 100 mg. IV cada 12 horas, por 4 días.

Tratamiento Posterior: Doxiciclina 100 mg. por vía oral, dos
veces al día hasta completar 14 días de tratamiento.

Tratamiento Inicial: Clidamicina 600 mg. IV cada 8 horas,
gentamicina a 2-3 mg/kg IV, luego 1.5 mg/kg cada 8 horas, por
cuatro días después de la disminución de los síntomas y
signos.

Tratamiento Posterior: Doxiciclina 100 mg. por vía oral cada
12 horas, metronidazol 1 gramos por vía oral cada 12 horas
por 10 días.

Los dos esquemas mencionados anteriormente se aplican
para pacientes hospitalizadas, pero se recomiendan los
siguientes esquemas para pacientes ambulatorios.

Tratamiento Inicial: Cefoxitin 2 gramos intramuscular más
probenecid un gramo por vía oral.

o

Cefotaxime 2 gramos intramuscular más probenecid 1 gramo por
vía oral.

o

Amoxicilina 3 gramos por vía oral más probenecid 1 gramo por
vía oral.

ampicilina 3.5 gramos por vía oral más probenecid 1 gramo
por vía oral.

o

penicilina G procaína 4.8 millones de unidades IM más
probenecid.

Tratamiento Posterior:

Doxiciclina 100 mg por vía oral dos veces al día por 10
a 14 días o tetraciclina 500 mg. por vía oral cuatro veces
al día por 10 a 14 días. (11, 25)

2. TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INFECCION PELVICA AGUDA:

En raras ocasiones esta indicado el empleo de cirugía
para el tratamiento primario de una infección pèlvica aguda.
La intervención quirúrgica de un absceso pelviano agudo sólo
se recomienda en los casos en que el tratamiento mèdico no ha
logrado controlar el proceso.

Un absceso pelviano requiere intervención quirúrgica
abdominal sólo cuando progresa y si un adecuado ensayo de
antibióticos ha sido ineficaz. (19)

De ordinario, la paciente con una masa inflamatoria
responderá al tratamiento de antibióticos y al reposo en cama
de 5 días. Si persiste la masa anexial o si aumenta y es
dolorosa se hace necesario la cirugía. (8)

2.1 CIRUGIA DURANTE LA FASE AGUDA DE LA SALPINGITIS:

Un absceso fluctuante del fondo del saco posterior o una gran colección supurada tuboovárica que no responde a la terapia conservadora y que sean accesibles al drenaje por la bóveda posterior de la vagina, constituyendo una indicación de cirugía; en ocasiones esta indicado el drenaje por vía abdominal del absceso tuboovárico que no responda al tratamiento conservador y que sea accesible al abordaje por vía vaginal. (19)

2.2 COLPOTOMIA POSTERIOR:

Se realiza para detectar la presencia de material purulento y establecer una vía de drenaje para abscesos tuboováricos o colecciones supuradas del fondo de saco posterior; también se practica en busca de sangre en sospecha de embarazo ectópico roto.

Idealmente, los requisitos previos para el drenaje por colpotomía de un absceso pelviano son tres:

1. El absceso debe corresponder a la línea media o a su inmediata proximidad.
2. Debe disecar el tabique rectovaginal, para asegurar al cirujano que el drenaje será extraperitoneal; en ocasiones un absceso del fondo del saco puede drenarse sin disecar el tabique.
3. El absceso debe de ser fluctuante. (19)

.3 ABSCESO TUBOOVARICO:

El absceso tuboovárico roto es una complicación grave que debe tratarse quirúrgicamente después de hacerse el diagnóstico.

El contenido del absceso tuboovárico roto, produce dolor intenso en el abdomen por irritación del material purulento sobre el peritoneo, sudoración profusa y choque.

Si el proceso no se trata o es tratado conservadoramente con antibióticos, reposo en cama y líquidos intravenosos, la mortalidad se ha señalado alta, hasta el 80% a 100%. (8, 26, 7)

El drenaje abdominal sin extirpar la masa tuboovárica que se rompió no da resultado, pues el drenaje irá seguido de un largo período supurativo y probablemente de una formación de absceso; así mismo, cuando sólo se extirpa la estructura tuboovárica rota, el 15 por ciento de las pacientes tendrá que volver a ingresar al hospital al cabo de unos meses para una nueva intervención quirúrgica, aunque se ha practicado sólo drenajes en los casos en que las condiciones generales de la paciente son muy malas, dejando para una segunda intervención la exploración y extirpación de las áreas afectadas. (4, 8)

En vista de lo anterior, Vemeeren y Te Linde en 1954 y Mickal con Sellman en 1969 propusieron que la histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral era el tratamiento de elección, con lo cual lograban una recuperación de 95 por ciento de los casos. (26, 28)

3. TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INFLAMACION PELVIANA CRONICA:

Como resultado de la inflamación inicial y exacerbaciones secundarias las fimbrias se hallan frecuentemente ocluidas, las trompas pueden estar soldadas a los ovarios por adherencias; además, el intestino presenta a veces adherencias con el ligamento ancho y la fascia junto con el tejido conjuntivo laxo de este ligamento puede transformarse en una estructura endurecida y resistente, si la infección crónica persiste la secreción serosa en la luz del endosalpinx produce un hidrosalpinx que puede reactivarse y producir un piosalpinx o un absceso crónico tuboovárico.

(19)

Los síntomas de la inflamación crónica pelviana que conducen con más frecuencia a efectuar un tratamiento quirúrgico son:

1. Dolor pelviano intenso persistente o progresivo.
2. Excervación repetida de un proceso inflamatorio que impone hospitalizaciones numerosas.
3. Agrandamiento progresivo de una masa inflamatoria tuboovárica.
4. Historia de colpotomía posterior precedente para el drenaje de abscesos de la pelvis.
5. Dispareunia grave relacionada con infección pelviana.

Los procesos anexiales resistentes a terapia o con recidiva, no sólo representa una carga corporal y psíquica

para la mujer afectada, sino que adquieren además una importancia social considerable por el repetido déficit de rendimiento en el hogar o puesto de trabajo. El enfoque terapéutico de otros tiempos, en extremo conservadores, conducía pocas veces a numerosos tratamientos resolutivos en hospitales.

La actividad y actitud de la mujer frente a su cometido en la familia y en la profesión, las nuevas posibilidades diagnósticas que permiten efectuar diagnósticos tempranos y precisos, así como el perfeccionamiento de las técnicas operatorias conservadoras han producido un cambio en las indicaciones quirúrgicas. (22)

La decisión final, sin embargo, sólo podrá tomarse con el abdomen abierto. Habrá que considerar no sólo las lesiones encontradas en la laparotomía, sino también la edad de la paciente, la multi o nuliparidad con el deseo de tener más hijos y los antecedentes de la inflamación pelviana. (19)

La práctica ha enseñado que en los procesos anexiales extensos, especialmente en casos de tumores, conglomerados inflamatorios bilaterales con adherencias y formación de cicatrices, solo pueden suprimirse las molestias operando radicalmente, esté es extirpando el útero con anexos de ambos lados y peritonizando la superficie cruenta todo lo que sea posible. Con frecuencia se plantea al cirujano la difícil cuestión que si debe de conservar en uno de los anexos un resto de ovario con capacidad funcional. Si en el mismo lado no es posible conservar la trompa funcional los

autores consideran más oportuno, la atención a la frecuente degeneración quística del resto ovárico, renunciar a la conservación del mismo y sustituir hormonalmente su función después de la operación. (22)

A este respecto taylor opina que es prudente extirpar trompas, útero y ovarios, ya que al dejar total o parcialmente una gónada, representa la posibilidad de que éste se convierta en quístico a doloroso, además su función como fuente productora de estrógenos es mala, llegando en gran cantidad de casos a una nueva intervención quirúrgica. (8)

Sin embargo, Winer y Wallach opinan sobre la histología de los ovarios extraídos a enfermas con inflamación pèlvica, constataron que casi un 50% de los ovarios de las enfermas de una serie de 40 mujeres, estaban libres de una enfermedad inflamatoria y revelaron una actividad folicular normal.

Este estudio llevó a conclusión de que la histología ovarica era normal con mayor frecuencia entre las pacientes que no presentaban una historia de hemorragia uterina disfuncional o que hubieran sido operadas por una salpingitis aguda. En consecuencia, la historia menstrual de esa enferma, debería ser sumamente útil en cuanto a la decisión de conservar o extirpar los ovarios. Como la mayor parte de las operaciones debida a inflamaciones pèlvicas, se realizan en mujeres menores de 35 años de edad, hay que operar con todo cuidado el estado de los ovarios antes de decidir la ooforectomía bilateral.

Como señalaban Weiner y Walach en su estudio, no es común histológicamente que aparezca una ooforitis y a menos que el ovario este íntimamente incorporado a la masa anexial inflamatoria, es razonable e importante la conservación del ovario en el grupo de pacientes jóvenes. (19)

Cuando se considera recomendable extirpar ambos anexos a causa de la magnitud de la inflamación tuboovárica, también resulta aconsejable una histerectomía total, a menos que el útero este irremediablemente incluido en una cicatriz pelviana y fuertemente adherido a las vísceras pèlvicas. Habitualmente se puede extirpar el útero sin dificultad, lo cual brinda una oportunidad más cómoda para peritonizar el sitio operado y evitar adherencias post-operatorias adicionales. (19).

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

VI. METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, en pacientes que fueron ingresadas al Hospital Roosevelt, con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda de Enero de 1991 a Diciembre de 1996.

2. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO

Se consideraron sujetos de estudio a todas las pacientes con diagnóstico de enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda ingresadas al Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, durante el período estipulado de la investigación.

3. POBLACION

El universo. Se incluyeron todos los casos presentados durante el período comprendido entre Enero de 1991 a Diciembre de 1996.

4. CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Pélvica
- Mayores de 15 años de edad
- Pacientes con seguimiento y tratamiento

. VARIABLES DE ESTUDIO

1. EDAD
2. ESTADO CIVIL
3. ANTECEDENTES DE SALPINGITIS
4. USO DE ANTICONCEPTIVOS
5. DIAGNOSTICO
6. TRATAMIENTO
7. ANTIBIOTICOS
8. DIAS DE HOSPITALIZACION
9. COMPLICACIONES

(Ver cuadro de variables)

. METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Por medio del uso del método de investigación de observación, se procedió a la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes consideradas sujeto de estudio, obteniéndose los datos por medio del instrumento de medición de las variables, constituido por la boleta de recolección de datos.

7. PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

La información recolectada en el presente estudio, fue tabulada presentandose los datos en porcentajes, luego en cuadros y gráficas estadísticas; luego se analizó, se sacó las conclusiones del estudio y se redactó las recomendaciones

respecto al mismo.

8. RECURSOS

HUMANOS:

- Estudiante investigador
- Médico Asesor
- Médico revisor
- Personal Archivo médico, Hospital Roosevelt

FISICOS:

- Expedientes clínicos
- Computadora pesonal

9. INSTRUMENTO DE MEDICION

Boleta de recolección de datos (Anexo # 1)

•

VII. INSTRUMENTO DE MEDICION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICION
1- EDAD	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento.	Se tomaron a todas las pacientes con 15 años o más ingresadas con diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica aguda	Intervalo (ver anexo #1)	Boleta de recolección de datos.
2- ESTADO CIVIL	Condición de un individuo con su relación conyugal en la sociedad	Se tomaron todas las pacientes solteras, viudas, casadas y divorciadas.	Nominal Soltera Casada Viuda Divorciada	Boleta de recolección de datos.
3- ANTECEDENTES DE SALPINGITIS	Proceso infeccioso pélvico anterior.	Se tomaron todas las pacientes con Infección pélvica anterior.	Nominal SI NO	Boleta de recolección de datos.
4- ATICONCEPTIVO	Contra la fecundación	Se tomaron todas las pacientes que utilicen anti-conceptivos de cualquier tipo	Nominal (ver anexo #1)	Boleta de recolección de datos.
5- DIAGNOSTICO	Calificativo que da el médico a una enfermedad por sus signos, síntomas y datos de laboratorio para su identificación.	Se tomó el diagnóstico con que fue ingresada cada paciente durante el período de investigación.	Nominal Descripción	Boleta de recolección de datos.
6- TRATAMIENTO	Manejo Médico o quirúrgico proporcionado.	Se describió con qué tipo de tratamiento médico o quirúrgico fueron manejadas las pacientes en estudio.	Nominal Descripción	Boleta de recolección de datos

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICION
7- ANTI-BIOTICO	Medicamentos que se obtienen de bacterias o de hongos infecciosos y que actúan matando gérmenes patógenos o inhibiendo su crecimiento.	Todas las combinaciones de antibióticos con las que fueron manejadas las pacientes.	Nominal Descripción	Boleta de recolección de datos.
8- DIAS DE HOSPITALIZACION	Días en que el paciente permanece en un Hospital con atención médica.	Días en que las pacientes que recibieron tratamiento médico o quirúrgico permanecieron en el Hospital.	Intervalo (ver anexo # 1)	Boleta de recolección de datos.
9- COMPLIACION	Signos y Síntomas distintos de los habituales de una enfermedad que agravan el pronóstico de ésta.	Se tomaron todas las complicaciones con las que cursaron las pacientes con tratamiento médico o quirúrgico.	Nominal Descripción	Boleta de recolección de datos.

VIII. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

Se consultó los libros de estadística del Hospital Roosevelt desde Enero de 1991 a Diciembre de 1996, tomando el número de historias clínicas de las pacientes ingresadas con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda, luego se solicitaron las historias clínicas en el archivo del hospital, se revisaron y anotaron los datos en la boleta de recolección de datos, los mismos se tabularon y ordenaron en cuadros estadísticos de resumen y se efectuó el análisis en cifras absolutas y relativas. Despues se hicieron conclusiones y recomendaciones basadas en los resultados.



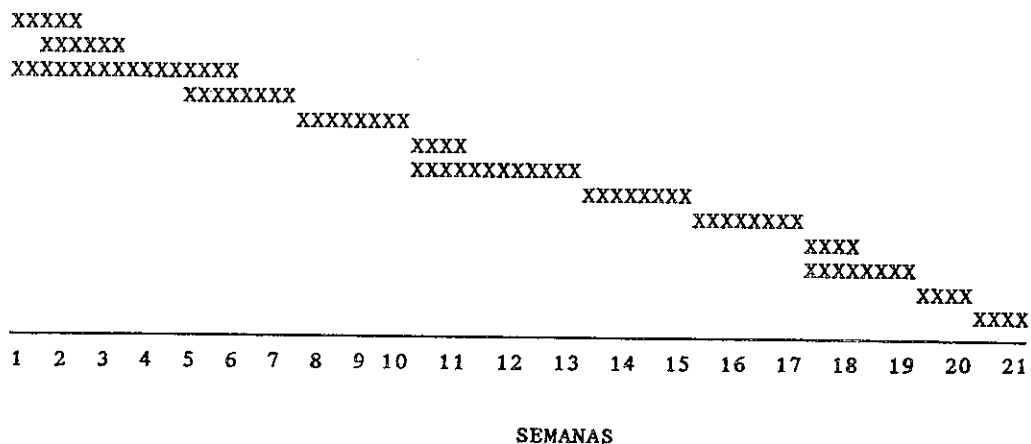
:

:

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



- Selección del tema del proyecto de Investigación
- Elección del asesor y revisor
- Recopilación de Material Bibliográfico
- Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor
- Aprobación del proyecto por el comité de investigación del Hospital o Institución en donde se efecturá el estudio
- Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis
- Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información y capacitación de los encuestadores.
- Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
- Procesamiento de los datos, elaboración tablas y gráficas
- Análisis y discusión de los resultados.
- Elaboración de Conclusiones, recomendaciones y resumen
- Presentación del informe final para correcciones
- Examen público de defensa de Tesis.



1

IX. PRESENTACION DE RESULTADOS



CUADRO #1

DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES INGRESADAS CON
DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA AGUDA EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, EN EL
PERIODO DE ENERO 1,991 A DICIEMBRE 1,996.

EDAD	FRECUENCIA	%
15-19	34	18
20-24	67	35
25-29	45	24
30-34	23	12
35-39	13	7
40-44	8	4
TOTAL	190	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #2

DISTRIBUCION SEGUN EL ESTADO CIVIL DE PACIENTES INGRESADAS,
CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA AGUDA.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
UNIDA	118	62.3
SOLTERA	46	24.1
CASADA	21	11.1
DIVORCIADA	5	2.5
TOTAL	190	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #3

ANTECEDENTES DE SALPINGITIS EN PACIENTES INGRESADAS CON
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA AGUDA.

ANTECEDENTES DE SALPINGITIS	FRECUENCIA	%
SI	8	4.2
NO	182	95.8
TOTAL	190	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

40
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CUADRO #4

ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR PACIENTES INGRESADAS CON
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA AGUDA.

ANTICONCEPTIVO	FRECUENCIA	%
INTRAMUSCULARES	3	1.6
DE BARRERA	17	8.9
ORALES	32	16.8
DIU	56	29.4
NO USA	82	43.3
TOTAL	190	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #5

IMPRESION CLINICA DE INGRESO DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO FINAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA AGUDA.

IMPRESION CLINICA	FRECUENCIA	%
IN FEC. PELVICA AGUDA	85	45.0
MASA ANEXIAL	59	31.0
MASA ABDOMINOPELVICA	23	12.0
ABSCESO PELVICO	19	10.0
EMBARAZO ECTOPICO	3	1.5
APENDICITIS AGUDA	1	0.5
TOTAL	190	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO #6

TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO EN PACIENTES INGRESADAS CON
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA AGUDA.

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	%
MEDICO	36	19
QUIRURGICO	154	81
TOTAL	190	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #7

MODALIDAD DE TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PACIENTES INGRESADAS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA AGUDA.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	FRECUENCIA	%
T + SOB	48	31
T + ANEXECTOMIA	45	29
T *	30	19
LAPOTOMIA POSTERIOR	18	12
DRENAJE DE ABSCESO POR VIA ABDOMINAL	13	9
TOTAL	190	100

T = HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL

SOB = SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL

NOTA: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #8

RELACION ENTRE LA IMPRESION CLINICA DE INGRESO Y EL
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA
AGUDA.

IMPRESION CLINICA	TRATAMIENTO MEDICO		TRATAMIENTO QUIRURGICO		TOTAL
	f	%	f	%	
INFECC. PELVICA AGU.	36	100%	49	31.8%	85
MASA ANEXIAL	0	0%	59	38.3%	59
MASA ABDOMI- NO PELVICA	0	0%	23	15.0%	23
ABSCESO PELVICO	0	0%	19	12.3%	19
EMBARAZO ECTOPICO	0	0%	3	3.0%	3
APENDICITIS AGUDA	0	0%	1	0.6%	1
TOTAL	36	100%	154	100%	190

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO #9

ANTIBIOTICOS UTILIZADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
INFLAMATORIA PELVICA AGUDA.

REGIMEN DE ANTIBIOTICOS	FRECUENCIA	%
AMPICILINA O PENICILINA-CLINDAMICINA-GENTAMICINA	106	56
PENICILINA-CLORANFENICOL	48	25
PENICILINA-CLORANFENICOL-GENTAMICINA	19	10
CLINDAMICINA-GENTAMICINA	11	6
AMPICILINA-GENTAMICINA METRONIDAZOL	6	3
TOTAL	190	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #10

DIAS TRANSCURRIDOS ENTRE EL INGRESO Y EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA AGUDA.

DIAS	FRECUENCIA	%
1-5	95	61.68
6-10	41	26.52
11-15	15	9.74
16-20	2	1.29
21-25	1	0.64
TOTAL	154	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #11

DIAS DE HOSPITALIZACION DE LAS PACIENTES QUE RECIBIERON
TRATAMIENTO MEDICO CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA AGUDA.

DIAS DE HOSPITALIZACION	FRECUENCIA	%
1-7	28	77.7
8-14	5	14.0
15-21	3	8.3
22-28	0	0
29 ó MAS	0	0
TOTAL	36	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #12

DIAS DE HOSPITALIZACION DE LAS PACIENTES QUE RECIBIERON
 TRATAMIENTO QUIRURGICO CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA
 AGUDA.

DIAS DE HOSPITALIZACION	FRECUENCIA	%
1-7	32	21
8-14	74	43
15-21	31	20
22-28	14	9
29 ó MAS	3	2
TOTAL	154	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #13

COMPLICACIONES MEDICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD
INFLAMATORIA PELVICA AGUDA.

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	%
ITU	39	20.5
ANEMIA SEVERA	12	6.3
SHOCK SEPTICO	8	4.2
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	6	3.1
NINGUNA	125	65.8
TOTAL	190	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CUADRO #14

COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD
INFLAMATORIA PELVICA AGUDA.

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	%
INFECCION HERIDA OPERATORIA	15	9.7
DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA	8	5.2
LESION VESICAL	2	1.3
LESION INTESTINAL	1	0.6
NINGUNA	128	83.1
TOTAL	154	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

XI. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El presente trabajo incluyó un total de 190 pacientes con problema de Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda en un período de 6 años, tomando en cuenta el número de casos ratados podemos considerar que los resultados aquí obtenidos, reflejan el comportamiento de esta patología en nuestra población.-

CUADRO No.1 La Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda, ha sido una patología descrita en pacientes jóvenes, pudiendo observar en nuestro estudio el grupo etáreo con más frecuencia el de 20-24 años (35%) , siguiéndole el de 25-29 años (24%) analizando que la Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda es más común en pacientes en edad reproductiva y vida sexual activa.

CUADRO No.2 En el siguiente cuadro se observa a las pacientes distribuidas dependiendo su estado civil, con una marcada diferencia entre las pacientes unidas (62%) , con el estado civil más cercano el de las solteras (24%). Esto puede ser interpretado erróneamente y podemos decir que el hecho de ser una mujer unida o soltera no es en si un factor determinante, se debe tomar en cuenta algo muy importante, como lo es cuántos compañeros sexuales ha tenido la paciente; ya que esto sí se relaciona directamente con el aumento en la Incidencia de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda.

CUADRO No.3 Se muestra como sólo 8 pacientes (4.2%) padecieron anteriormente cuadro de Salpingitis, aunque es bajo el porcentaje, se puede decir que la Infección previa es un factor de riesgo para que nuevamente se presente infección pélvica, ya que las trompas previamente infectadas son más susceptibles a la colonización bacteriana porque se deprimen los mecanismos de defensa, provocando inflamación permanente.

CUADRO No.4 En el presente cuadro podemos notar que de las pacientes que emplearon anticonceptivos y cursaron con Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda el mayor porcentaje usaban DIU (29.45) , analizando que ésto se debe a que los hilos del dispositivo intrauterino se encuentran en constante contacto con las bacterias de la vagina, lo que permite el ascenso de los microorganismos al tracto genital.

CUADRO NO.5 Se puede observar, que la principal impresión clínica de ingreso fue Infección pélvica aguda (45.0%), seguido de Masa Anexial (31.0%), Masa abdominopélvica (12.0%), Absceso pélvico (10.0%) y Embarazo Ectópico (1.5%), con lo que podemos analizar que el 99.5% de las impresiones clínicas de ingreso forman parte de el diagnóstico final de Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda. El 0.5% restante correspondió a una Apendicitis que por su estadio resultó siendo un problema pélvico.

CUADRO No.6 En este cuadro podemos notar que un alto porcentaje de las pacientes, necesitó tratamiento quirúrgico (81%), esto indica que no respondieron al tratamiento médico, ya sea por la resistencia de los microorganismos a los antibióticos o porque la paciente consultó en una etapa clínica , en la cual la infección se encontraba muy avanzada y resultó ser una urgencia quirúrgica.-

CUADRO No.7 Aquí vemos que la Histerectomía Abdominal total con Salpingooforectomía ya sea unilateral o bilateral cobró el mayor porcentaje (79%), pero vemos que el tratamiento conservador, que consistió en drenaje de absceso por vía abdominal o por Colpotomía posterior, se efectuó en un (21%) lo que nos indica que este tipo de tratamiento quirúrgico, tiene todavía cabida en la terapéutica del absceso pélvico, por lo tanto no debe ser olvidado ni desplazado.

CUADRO No.8 En este cuadro podemos observar que la infección pélvica aguda, fue resuelta con tratamiento médico en sólo 36 casos, realizándose 154 procedimientos quirúrgicos, lo que muestra que las pacientes consultan en etapas clínicas avanzadas, en donde el tratamiento médico no es oportuno; o por la resistencia de los microorganismos a los antibióticos y es aquí en donde el tratamiento quirúrgico es

inevitable.

CUADRO No.9 En este cuadro se muestra que la combinación de antibióticos más utilizada fue Ampicilina ó Penicilina - Clindamicina - Gentamicina (56%); seguida de Penicilina - Cloranfenicol (25%) de los casos, y luego Penicilina - Cloranfenicol - Gentamicina en (10 %) ; hay que hacer notar que la primera combinación se recomienda para el manejo del Absceso Tuboovárico y que la monoterapia en nuestro medio está omitida.-

CUADRO No.10 Vemos que el (62%) de las pacientes fueron operadas de 1 a 5 días de su ingreso, y que sólo unos pocos casos (2%), el tratamiento quirúrgico fué retardado hasta 2 ó 3 semanas, debido a que la evolución en este tiempo fué favorable, pero sin llegar a resolverse en su totalidad.

CUADRO No.11 Vemos que el tiempo de hospitalización de la mayoría de pacientes con tratamiento médico fue de 1 semana con el (78%) de los casos, pudiendo analizar que la mayoría de pacientes respondió satisfactoriamente a la terapia antibiótica, el (22%) restante necesitó otra combinación antibiótica o sufrió algún tipo de complicación médica.-

CUADRO No.12 El tiempo de hospitalización de la mayoría

pacientes con tratamiento quirúrgico fue de dos semanas en (64%), lo que indica que las pacientes que son sometidas a cirugía necesitan un tiempo más prolongado de control médico, (31%) restante sufrió algún tipo de complicación quirúrgica, o necesitó otra combinación de antibióticos.

ADRO No.13 En el presente cuadro podemos observar que complicación médica más frecuente que sufrieron las pacientes con Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda fue la infección del tracto urinario (20.5%), pudiendo ser influido esto a la permanencia de sonda foley en las pacientes que son intervenidas quirúrgicamente, para medir y hacer balance de ingesta y excreta. Seguida la Anemia severa (6.3%) de los casos; Shock Séptico (4.2%) e Insuficiencia Renal Aguda (1.1%), que según la literatura están relacionados con dicha etiología.

ADRO No. 14 La complicación quirúrgica más frecuente de las pacientes intervenidas, fue Infección de Herida Operatoria con el (9.7%), pudiendo estar relacionado esto con la técnica de lavado de manos en sala de operaciones, o por la proliferación oportunista e inmediata de bacterias autógenas en sitios de predilección, como lo son las incisiones. Seguida la Dehiscencia de Herida Operatoria (5.2%) de los casos, Lesión Vesical (1.3%) y Lesión Intestinal (0.6%) que según la literatura son poco frecuentes.

XII. CONCLUSIONES

1. La Incidencia de Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda en el hospital Roosevelt, fué del 3% en los últimos 6 años.
2. Epidemiológicamente las variables estrechamente relacionadas con Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda fueron : Edad siendo el grupo más afectado las pacientes en la tercera década de la vida . Estado civil, las mujeres unidas las más afectadas . Uso de Anticonceptivos, pacientes con dispositivo intrauterino.
3. El tipo de tratamiento más utilizado fue el quirúrgico en un 81% de los casos, ya que la gravedad de la mayor parte de diagnósticos de ingreso así lo requirieron ; recordando siempre que cuando las pacientes consultan en su cuadro clínico inicial y sin complicaciones , la terapia antibiótica se debe considerar como de primera elección.
4. La presencia de Masa Anexial o Abdominopélvica en una paciente con Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda debe hacer pensar que el tratamiento médico por sí solo, no será suficiente para la resolución del cuadro clínico.
5. El tratamiento quirúrgico conservador, entiéndase por drenaje de absceso por vía abdominal o por colpotomía posterior, tiene una buena aplicabilidad y buenos resultados; siempre y cuando esté indicado.

6. La combinación terapéutica más utilizada fue Ampicilina ó Penicilina - Clindamicina - Gentamicina en un 56 % de los casos , recordando que la Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda es un proceso infeccioso que es y debe ser tratado con politerapia y no con monoterapia de antibióticos, por la resistencia de los microorganismos patógenos.

7. La complicación más frecuente de las pacientes que cursaron con Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda fue de tipo médica en un 25.7% y de ésta la Infección del tracto Urinario con un 20.5% de los casos , siendo más afectadas las pacientes intervenidas quirúrgicamente , pudiendo ser por la permanencia de sonda foley.

XIII. RECOMENDACIONES

1. Efectuar un protocolo de manejo y tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda, en beneficio no sólo de la paciente sino del aprendizaje tanto del personal médico como paramédico.
2. Recurrir a los métodos de diagnóstico, como : ultrasonido vaginal y laparoscopia para reducir el número de errores diagnósticos.
3. Usar una misma combinación de antibióticos para el tratamiento de esta patología y así determinar la respuesta a la misma.

XIV. RESUMEN

Se revisaron las historias clínicas de las pacientes ingresadas al departamento de Ginecología de el Hospital Roosevelt con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Pélvica crónica, para determinar cuál es la incidencia, tratamiento y complicaciones de la misma; se encontraron 190 casos cuyos datos se anotaron en el anexo y se agruparon en cuadros estadísticos de resumen; los datos se analizaron en cifras absolutas y relativas, encontrando una incidencia de 3% , el grupo etáreo más afectado el de 20-24 años (35%), las pacientes unidas en un (62.3%), las que usaron dispositivo intrauterino en un (29.4%) . Al (81%) de la población se le realizó procedimiento quirúrgico, la terapéutica antibiótica más aplicada fué Ampicilina ó Penicilina - Clindamicina - Gentamicina (56%), siendo la complicación más frecuente de tipo médico, la Infección del tracto urinario (59.1%).

XV. BIBLIOGRAFIA

1. Balbi, G. et al. Acute Pelvic Inflammatory Disease Comparison of the Therapeutic Protocols. *Minerva Ginecol.* 1996; 48 (1-2): 19-23
2. Benson, R. *Manual de Ginecología y Obstetricia.* Editorial Manual Moderno. 7a. edición. México. 1985. pp. 334-348
3. Compendio de farmacología. Editorial Litter Manual. 10a. edición. Panamericana Argentina, 1996.
4. Durderivic, S. et al. Pelvic inflammatory disease and the use of intrauterine contraceptive devices. *Med pregl.* 1995 ; 48 (7,8) : 264-7
5. Ebi, K. et al. Evidence Against Tailstrings Increasing the rate of therapeutic inflammatory disease among IUD users. *Contracepción.* 1996. 53 (1): 25-32
6. Frederick ,K. Pelvic inflammatory Soyarra 1994, vol. 4 Cap. 38. pp. 1-6.
7. García, Max. Infección pélvica y tratamiento quirúrgico. Estudio retrospectivo Departamento de Ginecología. Hospital Roosevelt. 1970-1979. Tesis de graduación. Facultad de ciencias Médicas USAC.
8. Goodman, A. Bases farmacológicas de la terapéutica. Editorial Panamericana. 7a.edición. Buenos Aires, 1988.
9. Heine, P. et al. trichomonas vaginalis Reemerging pathogen. clinical Obstetric and Gynecology. 1993. Mar. 36 (1): 137-44
10. Herbert, J. et al. Pelvic Inflammatory disease. Soyarra. 1984. Vol. 4 Capitulo 38 pp. 1-6
11. Howard, J. Tratado de Ginecología de Novac. Editorial Interamericana, 11 edición México. 1991. pp. 231-264, 635-644.
12. Howard, K. Pelvic inflammatory disease epidemiology. *Am J Obs and Gyn.* 1991. Oct. 165 (4): 1168-1176.
13. Jimenes, M. Vaginal cytology in inflammation. *Gynecological cytophatology.* 2th. de. 1982.pp. 48-52
14. Kessler K. et al, Pelvic inflammatory disease in adolescent Obstetrics and Gynecologyc, chicago year book Medical, 1980; 464.

15. Kimani, J. et al. Risk factors for chlamydia trachomatis pelvic inflammatory disease among sex workers in Nairobi Kenya. *J Infect Dis.* 1996. Jun.: 1,3 (6): 143-44
16. Korn, A.P. et al Commonly used diagnostic criteria for pelvic inflammatory disease have poor sensitivity for plasma cell endometritis. *Sex transm Dis.* 1995. Nov.-Dec. ; 22 (6): 335-41
17. Kottaman, L.M. Pelvic inflammatory disease clinical overview *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1995 Oct.: 24 (8): 759-67.
18. Lewis, Victor. Pelvic inflammatory disease. *British J of Obstetric and Gynecology* 1990. 97: 283 -4.
19. Merlo, J. et al. Tratamiento de enfermedad inflamatoria pélvica. *Obstetricia y Ginecología.* 5ta. edición. editorial Salvat., México. 1990. pp. 125-139.
20. Moonsen, H. *Diccionario Médico.* Editorial Labor, S.A. Buenos Aires, 1990.
21. New-Kirk, G. Inflammatory disease contemporary approach. *Am Fam Physician* 1996. Mar 53 (4): 1127-35
22. Palmer R. Inflamación pélvica. *Tratado de exploraciones ginecológicas.* Segunda edición 1995. pp. 76-77.
23. Petraco, et al. Enfermedad Pélvica. *Rev Bras Ginecología Obstetricia.* 1982. 4 (3): 115-8
24. Ruobin A. Vaginitis, *Manual of clinical problems un obstetric and gynecology bostom.* Little Aruan / Co. 1990: 247-8.
25. Scholes, D. et al. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydia infection. *N Eng J Med* 1996. May 23:334 (21): 1362-6
26. Smith, P. Pelvic Inflammatory Disease. *Am J Obs Ginecol,* Nov. 1992. vol. 167 (5) : 1334
27. Speroff, H. *Ginecología y Enfermedad Inflamatoria Pélvica.* Editorial Toray S.A. 3a. edición Barcelona. 1986. pp. 190-199
28. Thomas H. et al. Leukorrhoea. *Gynecology Essential of clinical practice.* 2da. de. 1980.pp. 20-30
29. Wygaarden, JB. et al. *Cecil tratado de medicina interna.* décima edición. Nueva editorial Internamericana S.A. de C.V. México. 1987.

XV. ANEXOS

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



1. The drawing is a technical drawing of a mechanical part, showing a cross-section of a shaft with a hole through it. The drawing is a half-drawing, with a vertical centerline on the right side, indicating that the part is symmetrical. The shaft has a diameter of 10 units, and the hole has a diameter of 6 units. The length of the shaft is 20 units. The drawing is a half-drawing, with a vertical centerline on the right side, indicating that the part is symmetrical. The shaft has a diameter of 10 units, and the hole has a diameter of 6 units. The length of the shaft is 20 units.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

(Anexo 1)

No. de orden: _____ No. registro: _____

VARIABLES:

1. Edad: _____ años Intervalos: 15-19 a. _____ 25-29 a. _____ 35-39 a. _____
20-24 a. _____ 30-34 a. _____ 40-44 a. _____

2. Estado Civil: S. _____ C. _____ V. _____ D. _____

3. Antecedentes de Salpingitis: SI.---- NO ----

4. Aticonceptivos: Dispositivo Intrauterino () De Barrera ()
Intramusculares () Orales () No usa () Otros ()

5. Diagnóstico de Ingreso: _____

6. Tipo de Tratamiento:

MEDICO: _____

QUIRURGICO: _____

7. Combinación de antibióticos: _____

8. Días transcurridos entre el ingreso y el tratamiento quirúrgico: _____ días.

Intervalos: 1-5 d. _____ 11-15 d. _____ 21-25 d. _____
6-10 d. _____ 16-20 d. _____

9. Días de hospitalización de las pacientes que recibieron tratamiento médico: _____ días:

Intervalos: 1-7 d. _____ 15-21 d. _____ 29 ó más _____
8-14 d. _____ 22-28 d. _____

10. Días de hospitalización de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico: _____ días:

Intervalos: 1-7 d. _____ 15-21 d. _____ 29 ó más _____
8-14 d. _____ 22-28 d. _____

11. Tipo de complicaciones:

MEDICO: _____

QUIRURGICO: _____



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100