



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**TEMA:**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y FACTORES DE RIESGO  
PARA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA EN  
MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA ENTRE LOS 16  
Y 40 AÑOS QUE CONSULTAN EN EL SERVICIO DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA**

Trabajo de investigación  
previa obtención del título  
de Médico General

**AUTOR:** César Leonardo Granda Quezada.

**DIRECTOR:** Dr. Colón Ortega

**LOJA - ECUADOR**



Loja, 17 de octubre del 2013

**Dr. Colón Ortega**

**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA  
ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**CERTIFICO:**


Haber revisado el trabajo de investigación sobre el tema **NIVEL DE CONOCIMIENTO Y FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA ENTRE LOS 16 Y 40 AÑOS QUE CONSULTAN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - EMERGENCIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA**. El mismo que cumple con los requisitos establecidos en la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto autorizo su presentación para la sustentación y defensa ante el Tribunal de Grado.

Una firma manuscrita en tinta azul sobre una línea punteada.

**Dr. Colón Ortega**  
**DIRECTOR**

# AUTORÍA

Las ideas, criterios, diseños, resultados, conclusiones, recomendaciones expuestas en el presente trabajo de investigación así como todos los datos recolectados en el mismo son de exclusividad y responsabilidad del Autor.



.....

**AUTOR**  
**César Leonardo Granda Quezada**

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo César Leonardo Granda Quezada declaro ser autor de la tesis titulada "**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA ENTRE LOS 16 Y 40 AÑOS QUE CONSULTAN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - EMERGENCIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA**", como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDL, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o la copia de la tesis que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 31 días del mes de Octubre Del 2013. Firma el autor.

Firma:.....  
Autor: César Leonardo Granda  
Cédula:..... 1104746795  
Dirección: Leon José Cestillo Correo Electrónico: mestor.ki@ynlho.com  
Teléfono:..... 302.7764 Celular:..... 099.4502911  
Datos Complementarios:  
Director de Tesis:.....  
Tribunal de Grado:.....  
.....  
.....

# DEDICATORIA

Con mucho cariño y abnegación dedico el presente trabajo a mi Padre que Dios lo tenga en su gloria y que en vida supo guiarme por el buen camino, a mi Madre que con su fortaleza y empeño me empuja cada día a ser mejor, gracias por su amor, dedicación y al sacrificio realizado que el día de hoy rinde sus frutos, y han hecho la persona que soy, gracias por dedicar su tiempo, sus sabios consejos y apoyo que en los momentos difíciles hicieron que todo vaya bien, los llevo siempre en mi mente y aun mas en mi corazón. A los dos.

También dedico el presente trabajo a mis hermanos con quienes he pasado tantas cosas y son muy importantes en mi vida, gracias a su apoyo he podido culminar la carrera con éxito.

A toda mi familia pilar fundamental en mi vida que Dios los bendiga.

Los amo...

César Leonardo Granda Quezada

# AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarme la vida, las fuerzas y el entendimiento para el progreso personal y espiritual.

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, al Área de Salud Humana, en donde me forme y pertenezco, a sus autoridades y catedráticos universitarios que día a día contribuyen a la formación de profesionales dedicados a brindar la ayuda oportuna a la sociedad.

Mi agradecimiento especial al Dr. Colón Ortega director de mi Tesis quien con amable dedicación, voluntad y sabios consejos supo guiarme para la realización del presente trabajo de investigación.

A todos y cada uno de los que de una u otra manera intervinieron y colaboraron para la realización de esta investigación.

César Leonardo Granda Quezada.

TÍTULO

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y FACTORES DE  
RIESGO PARA ENFERMEDAD INFLAMATORIA  
PELVICA EN MUJERES CON VIDA SEXUAL  
ACTIVA ENTRE LOS 16 Y 40 AÑOS QUE  
CONSULTAN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA  
Y OBSTETRICIA - EMERGENCIA DEL HOSPITAL  
ISIDRO AYORA DE LOJA**



# RESUMEN

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) presenta un espectro amplio de problemas en el aparato genital superior de la mujer, que incluye: endometritis, salpingitis, absceso tubárico, absceso ovárico y peritonitis pélvica, causada por microorganismos de transmisión sexual y por otras bacterias que ascienden desde la vagina. También conocida como salpingitis.

En nuestro país la tasa de incidencia es de 58 por 100.000 habitantes según datos del INEC en el 2009. El nivel de desinformación en aspectos de salud es alto motivo por el cual se decidió hacer esta investigación para saber qué nivel de conocimiento tienen acerca de Enfermedad Pélvica Inflamatoria las pacientes entre 16 a 40 años con vida sexual activa que consulten en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el servicio de Emergencia del Hospital Isidro Ayora de Loja. Este estudio es de carácter descriptivo y de corte transversal, para lo cual se recolecto datos por medio de una encuesta aplicada a 129 mujeres que consultaron en Emergencia de Ginecología y Obstetricia del HIAL elegidos de manera aleatoria.

El 28% de pacientes fluctúa en un rango de edad entre los 16 a 20 años, la mayor parte de encuestadas con un 54% son amas de casa, el estado civil mas registrado es unión libre con 39%. El 91% de las mujeres que se encuestó no tienen conocimiento sobre la Enfermedad Pélvica Inflamatoria ni tampoco de sus complicaciones, solo 9% tuvo algún tipo de información sobre EPI, de estas mujeres 9 conocían que una complicación era la infertilidad y solo 2 el embarazo ectópico.

El 72% usa algún método anticonceptivo siendo el DIU el más usado con el 19% seguido por preservativo con el 16%. 85% de pacientes se realizan duchas vaginales y 25% han tenido al menos un aborto siendo estos dos grandes factores de riesgo para desarrollar la enfermedad. 94% de las pacientes inicio su vida sexual activa a una edad entre los 16 y 20 años.

Con toda la información que se recolectó se concluye que las pacientes no tienen una adecuada información acerca de Enfermedad Pélvica Inflamatoria así como de sus factores de riesgo, los cuales están presentes en la mayoría de las pacientes si no en todas, esto debido que el personal de salud no se interesado o no brinda información de manera adecuada para que sea recibida y procesada de forma clara y rápida por parte de las pacientes.

**Palabras Clave:** Enfermedad Pélvica Inflamatoria, Factores de Riesgo, Complicaciones.

# SUMMARY

Pelvic inflammatory disease (PID ) presents a broad spectrum of problems in the upper genital tract of women , including: endometritis , salpingitis, tubal abscess , ovarian abscess and pelvic peritonitis , caused by sexually transmitted organisms and other bacteria that ascend from the vagina. Also known as salpingitis.

In our country the level of misinformation on health issues is high which is why we decided to do the research to know what level of knowledge they have about Pelvic Inflammatory Disease patients between 16-40 years are sexually active should ask in the service of Gynecology and Obstetrics at the Hospital Emergency service Isidro Ayora of Loja. This study is descriptive and cross-sectional, conducted by collecting data through a survey of 129 women who consulted Emergency Obstetrics and Gynecology randomly chosen HIAL.

The 28% of patients ranging in age range between 16-20 years old, most of respondents with 54 % are housewives, marital cohabitation more is recorded at 39 %. 91% of surveyed women who have no knowledge of pelvic inflammatory disease nor its complications, only 9 % had some information about EPI, 9 of these women knew that a complication was just 2 infertility and pregnancy ectopic. 72 % used some form of contraception being the most widely used IUDs with 19% followed by 16% condom with 85 % of patients are performed douches and 25 % have had at least one abortion being the two major risk factors for developing disease . 94 % of patients start sexually active at an age between 16 and 20 years.

Through all the information was collected concludes that patients do not have adequate information about pelvic inflammatory disease and its risk factors, which if present in most if not all patients , this due to the health staff are not interested or do not adequately provide information to be received and processed in a clear and fast by the patients.

**Keywords:** Pelvic Inflammatory Disease, Risk Factors, Complications.

# INTRODUCCIÓN

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es un síndrome clínico caracterizado por la infección del tracto genital superior que se produce casi siempre por vía ascendente desde el cuello uterino. El impacto que la infección pélvica ejerce sobre la condición física de la mujer va desde la infección asintomática o silente a una mayor morbilidad que en algunos casos puede llegar hasta la muerte. Incluye una variedad de condiciones inflamatorias que afectan el tracto genital superior.

El Centro de Control de Enfermedades (C .D. E.) la definen como un síndrome agudo debido al ascenso de microorganismos de la vagina o el cuello uterino al endometrio, trompas uterinas y en ocasiones a las estructuras vecinas (ovarios, peritoneo y cavidad pelvianas).

Anualmente se presentan en Latinoamérica 13-19 casos de EPI aguda por 1.000 mujeres entre los 15 y los 44 años, y 22-38 casos por 1.000 mujeres de 15- 24 años. En Estados Unidos la tasa de hospitalización por EPI es del 15,3%.<sup>1</sup>

La EPI ha afectado por lo menos una vez al 10% de las mujeres en edad reproductiva. La mayoría de los casos de enfermedad inflamatoria pélvica aguda están relacionados con enfermedades de transmisión sexual. El 8 - 20% de las mujeres con cervicitis por gonococos no tratadas y el 8 - 10 de las mujeres con cervicitis por clamidia no tratadas se complican con dicha patología.<sup>2</sup>

Otros factores que ha sido relacionados con el incremento de enfermedad inflamatoria pélvica aguda incluyen el uso de dispositivos intrauterinos y las infecciones puerperales y post aborto, también se asocia con algunos procedimientos operatorios; tales como dilatación y curetaje uterino, histerosalpingografía e historia de EPI previa, otros factores de riesgo identificados para EPI son el uso de duchas vaginales y el cigarrillo, inserción reciente de DIU, menstruación reciente y pareja sexual con uretritis o enfermedad sexualmente transmitida asintomática.

Ya se tienen identificados con claridad factores que son determinantes importantes en el desarrollo de la EPI; las adolescentes sexualmente activas tienen tres veces más riesgo de desarrollar EPI que las mujeres sexualmente activas entre 25 y 29 años de edad.

---

<sup>1</sup> [www.stvicenthospital.gov/publication/file159/pelvicinflammatorydisease.html](http://www.stvicenthospital.gov/publication/file159/pelvicinflammatorydisease.html)

<sup>2</sup> [www.dep19.san.gva.es/urgencias/files/protocolos/epi](http://www.dep19.san.gva.es/urgencias/files/protocolos/epi)

El gonococo ha sido el germen mas estudiado y su aislamiento en la EPI tiene una frecuencia muy variable, mientras que en los Estados Unidos los aíslan por cultivo cervical entre un 65 – 80% de la EPI en Europa solo lo aíslan el 5 y 22% de las pacientes que presentan EPI.<sup>3</sup>

Según estimaciones hechas por la OMS en 2005, cada año se producen en el mundo 448 millones de nuevos casos de EPI en mujeres entre 15 a 49 años.<sup>4</sup> En los países en desarrollo, la EPI y sus complicaciones se encuentran entre las cinco primeras categorías de enfermedades que llevan a los adultos a buscar asistencia sanitaria.

En el mismo estudio se evidencio hasta un 70% de las mujeres con infecciones gonocócicas o clamidiales no presentan ningún síntoma, las mismas que en una etapa posterior podrían desarrollar EPI en un 10 a 40% de estas mujeres. El daño de las trompas por la infección es responsable del 30 a 40% de los casos de infertilidad femenina<sup>5</sup>. Además, la probabilidad de tener embarazos ectópicos (tubáricos) es 6 a 10 veces mayor en las mujeres que han sufrido EPI que en las que no la han sufrido, y un 40 a 50% de los embarazos ectópicos pueden atribuirse a episodios anteriores de EPI.<sup>6</sup>

El presente trabajo denominado Nivel de Conocimiento y Factores de riesgo de EPI en mujeres con vida sexual activa entre los 16-40 años que consultan en el servicio de ginecología y obstetricia - emergencia del Hospital Isidro Ayora Loja pretende averiguar los conocimientos que tiene cierto grupo poblacional acerca de esta enfermedad que se puede presentar sintomática o asintomática siendo un peligro y un riesgo constante para la salud y la vida reproductiva de las mujeres.

En nuestro medio se ha emprendido campañas para informar acerca de varios aspectos de salud, pero vale la pena puntualizar en una entidad tan peligrosa y con tantos aspectos negativos que muchas de las veces es subestimada por las personas que la padecen, las que la pueden padecer e inclusive algunas veces por lo mismo personal de salud sin que se entregue la información correcta y debida a las usuarias, de esta forma con el presente se pretende analizar que conocimiento tiene la

---

<sup>3</sup> [www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00347493200000020000](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347493200000020000)

<sup>4</sup> [www.who.int/hiv/pub/guidelines/cuba\\_art.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/cuba_art.pdf)

<sup>5</sup> [www.elcomprimido.com/FARHSD/PROTENFINPEL.pdf](http://www.elcomprimido.com/FARHSD/PROTENFINPEL.pdf)

<sup>6</sup> [www.salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/educacion/enfe\\_pelv\\_infl.pdf](http://www.salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/educacion/enfe_pelv_infl.pdf)

población y con esta base entregar una información más concisa y directa acerca de cómo combatir esta enfermedad.

Esta investigación tiene como objetivo principal conocer si las pacientes atendidas en el servicio de emergencia de ginecología y obstetricia del HIAL tienen conocimiento acerca de EPI, así como también averiguar cuáles son los principales factores de riesgo que presentan para esta enfermedad y las posibles causas que desencadenan esta patología.

# REVISIÓN DE LITERATURA



## **ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA**

### **1 INTRODUCCIÓN**

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) presenta un espectro amplio de problemas en el aparato genital superior de la mujer, que incluye: endometritis, salpingitis, absceso tubárico, absceso ovárico y peritonitis pélvica, causada por microorganismos de transmisión sexual y por otras bacterias que ascienden desde la vagina.<sup>7</sup> También conocida como salpingitis. El término EPI es impreciso, ya que la inflamación no necesariamente es consecuencia de infección. Debería reemplazarse por terminología más específica como salpingooforitis aguda, piosalpinx con peritonitis pélvica y absceso tuboovárico agudo.<sup>8</sup>

### **2 EPIDEMIOLOGÍA**

Se estima que en Estados Unidos de Norteamérica se diagnostican 857 000 casos de EPI anualmente, que corresponden a una tasa de incidencia anual de 17.2 por cien mujeres entre los 15 a 44 años de edad. La incidencia ha tenido un incremento desde 1960 y una correlación positiva con la incidencia de casos de gonorrea, embarazo ectópico e infertilidad involuntaria. En 1976 la EPI generó un estimado de 2.5 millones de visitas médicas, 250 000 admisiones hospitalarias y 150000 intervenciones quirúrgicas. De 18 a 20 de cada 1000 mujeres entre 15 a 24 años de edad adquieren salpingitis cada año, siendo la salpingitis aguda la causa del 5 al 20% de hospitalizaciones en los servicios de ginecología en EUA. Del 8 al 20 % de las mujeres no tratadas con infección endocervical por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis* desarrollaron salpingitis aguda, siendo responsable de aproximadamente del 20% de los casos de infertilidad. Algunos autores reportan en sus antecedentes, que en EUA el costo anual de atención a mujeres con EPI es de dos billones de dólares, sin embargo otras estimaciones marcan un costo mayor.<sup>9</sup>

### **3 DEFINICIÓN**

Se entiende por EPI síndrome clínico que engloba a las infecciones del tracto genital superior femenino: endometritis, salpingitis, ooforitis, miometritis, peritonitis pélvica, parametritis y absceso tuboovárico (ATO). La salpingitis es el proceso más frecuente y

---

<sup>7</sup> [www.medigraphic.com/pdf/gac.etaigm-2007gm076a.pdf](http://www.medigraphic.com/pdf/gac.etaigm-2007gm076a.pdf)

<sup>8</sup> [www.maternidadrafaelcalvo.gov.com/enfermedadpelvicainflamatoria.pdf-edu](http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.com/enfermedadpelvicainflamatoria.pdf-edu)

<sup>9</sup> [www.depemergencia.es/pdf.protocoloepi](http://www.depemergencia.es/pdf.protocoloepi)

a veces se utiliza como término sinónimo de EPI. Son causadas generalmente por gérmenes de transmisión sexual y por lo tanto su diseminación es ascendente.

La mayoría son diagnosticadas en mujeres nulíparas entre los 15-24 años, y siempre hay que tenerla presente en el diagnóstico diferencial de toda mujer en edad fértil que acude a urgencias con dolor pélvico, llegando a ser la causa de ingreso ginecológico más frecuente, según algunas series. Sin embargo, puede ser “silente” o poco sintomática sobre todo cuando son causadas por chlamydia, de estas pacientes, en un 50% se produce daño tubárico irreversible que origina infertilidad.<sup>10</sup>

Para evitar sus consecuencias, es importante el diagnóstico precoz de la EPI y su tratamiento adecuado, tanto por las complicaciones en la fase aguda como por las secuelas. Dentro de las primeras, la más grave es la peritonitis pélvica siendo en ocasiones necesaria la histerectomía. Las secuelas del proceso agudo y una EPI crónica son infecciones recurrentes, dolor pélvico crónico, adherencias, infertilidad y mayor incidencia de embarazos ectópicos. Estas pacientes son candidatas a un aumento de intervenciones quirúrgicas posteriores.

#### **4 ETIOLOGÍA**

La EPI es la complicación más frecuente de las enfermedades de transmisión sexual bacterianas. Suele ser polimicrobiana, los patógenos más frecuentes son: Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia Trachomatis, Aerobios (Streptococos del grupo B, Escherichia coli, Gardenella vaginalis, Mycoplasma hominis), anaerobios (Pepto estreptococos, Bacteroides), y un 5% de los casos patógenos respiratorios (Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes).

Las bacterias pueden acceder a la porción superior del aparato genital por diseminación de órganos adyacentes infectados (apendicitis, diverticulitis), por diseminación hematógena de focos distantes (tuberculosis) y fundamentalmente por diseminación ascendente transuterina.<sup>11</sup>

Los factores de riesgo principales son:

- ❖ Edad inferior a 25 años.

---

<sup>10</sup>[www.nhm.nih.gov/biblioteca medica/sapanish/ency/article/000888.htm](http://www.nhm.nih.gov/biblioteca medica/sapanish/ency/article/000888.htm)

<sup>11</sup>[www.CHILESALUD.com/publication/Clinicalandmicrobiologicalstudy\\_of\\_acute\\_diseasepelvicinflammatory/file/pdf](http://www.CHILESALUD.com/publication/Clinicalandmicrobiologicalstudy_of_acute_diseasepelvicinflammatory/file/pdf)

- ❖ Múltiples compañeros sexuales.
- ❖ ETS.
- ❖ No utilización de métodos de barrera.
- ❖ Historia previa de EIP.
- ❖ Historia de vaginosis o cervicitis.
- ❖ Dispositivos intrauterinos, solo tiene relación con la EIP en los 3 meses posteriores a la inserción por la manipulación.
- ❖ Abortos.
- ❖ Instrumentación uterina, cirugía cervical.
- ❖ Terminó de embarazo.

## 5 PATOGENIA

Los órganos genitales femeninos internos (útero, ovarios y trompas) son microbiológicamente estériles, excepto por pequeños inóculos transitorios de bacterias que ocurren especialmente durante las menstruaciones.

La EPI puede producirse cuando las bacterias ascienden al tracto genital superior. Por supuesto, la competencia inmunológica intrínseca y otras variables como el estado nutricional, determinan en gran parte la susceptibilidad de una paciente a la agresión bacteriana.

Algunos casos de EPI y de absceso pélvico pueden ser consecuencia de instrumentación del tracto genital femenino. Los procedimientos como legrado uterino, inserción de un DIU, persuflación, hidrotubación o histerosalpingografía, pueden facilitar la contaminación del tracto genital superior por bacterias aerobias y anaerobias que son residentes normales de la vagina y el cérvix. También se puede producir EPI por continuidad de infecciones en órganos adyacentes, como apéndice y colon.

Como resultado de esta infección ascendente que alcanza las trompas y de la reacción inflamatoria que se produce, van a ocurrir dentro de la trompa fenómenos de vasodilatación, trasudación de plasma y destrucción del endosalpinx con la consiguiente producción de un exudado purulento. En los primeros estadios de la enfermedad, la luz de la trompa permanece abierta con lo cual se permite que este exudado salga por la fimbria hacia la cavidad pélvica, lo que produce peritonitis pélvica. Como resultado de esta inflamación peritoneal, las estructuras adyacentes como ovarios, ligamentos anchos, omento, intestino delgado, sigmoide y ciego se

comprometen en el proceso inflamatorio. La tensión de oxígeno en estos tejidos inflamados y necróticos disminuye lo que favorece el crecimiento de flora anaerobia. La destrucción del tejido con la posterior degradación lleva a la formación de abscesos.<sup>12</sup>

La EPI es una infección polimicrobiana en casi el 100% de los casos. Los patógenos más importantes son *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* aislándose en más del 50% de los cultivos positivos del tracto genital superior y asociándose frecuentemente *Escherichia coli*, *Mycoplasma*, *Streptococos*, *Estafilococos*, *Gardenerella vaginalis* y *Bacteroides* ssp.

Es fundamental, por tanto, conocer la etiología, para la elección de un tratamiento antibiótico.

El mecanismo de producción más frecuente es la infección ascendente desde vagina y cérvix, parece estar implicada una alteración en los mecanismos barrera de defensa (alteración del moco cervical) favoreciendo el ascenso de otros patógenos. La forma de contagio más habitual es la transmisión sexual. Otro mecanismo de transmisión es la diseminación de un foco infeccioso cercano (apendicitis, diverticulitis), o por diseminación hematológica de focos distantes (tuberculosis).

La presencia de un D.I.U. parece favorecer la infección más que ser la causa de ella.

La infección provoca una reacción inflamatoria intensa con alteración en la superficie de la mucosa tubárica, que suele ser menor en los casos por *Chlamydia Trachomatis*. Esto último es la causa responsable de que la clínica sea mucho más insidiosa, se diagnostiquen menos casos y las secuelas sean más frecuentes como infertilidad o embarazo ectópico.<sup>13</sup>

## **6 FACTORES DE RIESGO**

Ya se tienen identificados con claridad factores que son determinantes importantes en el desarrollo de EPI; las adolescentes sexualmente activas tienen tres veces más riesgo de desarrollar EPI que las mujeres sexualmente activas entre 25 y 29 años de edad. Las adolescentes son más susceptibles a desarrollar EPI debido a que el epitelio columnar endocervical se extiende más allá del endocérvix (llamado ectopia

---

<sup>12</sup>[www.informarmahealthcare.com/doc/abs/10.102/jmf](http://www.informarmahealthcare.com/doc/abs/10.102/jmf)

<sup>13</sup>[www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=script=sci\\_arttext-S0864-21252007000200013](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=script=sci_arttext-S0864-21252007000200013)

cervical), la que produce una gran área cubierta por epitelio columnar y escamo columnar que es más susceptible a las infecciones por *Chlamydia trachomatis*. La *C. trachomatis* parece no crecer en las células escamosas del endocérvix y la vagina. También se tiene identificado con claridad que mujeres que tengan numerosos compañeros sexuales exhiben mayor riesgo de sufrir EPI.

Otros factores de riesgo identificados para EPI son el uso de duchas vaginales y el cigarrillo; también son condiciones de riesgo la historia de episodios previos de EPI o enfermedad de transmisión sexual (ETS), inserción reciente de DIU, menstruación reciente y pareja sexual con uretritis o ETS asintomática.<sup>14</sup>

Los métodos anticonceptivos de barrera, los cuales presumiblemente bloquean la exposición a los organismos de transmisión sexual y al semen, parecen disminuir el riesgo relativo de hospitalización por EPI, al reducir el riesgo de ETS. El uso de anticonceptivos orales reduce la tasa de ataque, posiblemente, por reducción del volumen y duración del sangrado menstrual, por alteraciones del moco cervical y de factores inmunológicos. Por otra parte, el uso del DIU incrementa el riesgo de desarrollar EPI en los primeros cuatro meses de la inserción. El DIU actúa por su "efecto de cuerpo extraño", que facilita la presencia de bacterias en el tracto genital superior, porque rompe la integridad del moco cervical y del endometrio y disminuye las defensas por la presencia de minerales y por afectar los polimorfo nucleares.

<b>Factores de riesgo de EPI</b>
Episodios previos de EPI
Múltiples parejas sexuales (2 en el último mes)
Infecciones por <i>N. gonorrhoeae</i> o <i>C. trachomatis</i>
DIU reciente (RR: 2-9)
Aborto.
Adolescente sexualmente activa
Duchas Vaginales.

<sup>14</sup>[www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032000000100008script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032000000100008script=sci_arttext)

## 7 CUADRO CLINICO

Existe mucha variabilidad en la forma de presentación de la EPI, desde prácticamente asintomático hasta cuadros de abdomen agudo. Es usual que los pródromos se presenten días después de la menstruación, con malestar vespertino, febrícula, anorexia y leucorrea fétida.

La forma de presentación de la EPI es muy variada. El dolor abdominal es el síntoma más constante; se presenta en 95% de los casos, y aunque es inespecífico, tiende a localizarse o a ser más intenso en los cuadrantes inferiores del abdomen. Generalmente es bilateral, de intensidad variable que aumenta con el coito, la exploración clínica, los cambios de posición y la maniobra de Valsalva. En el examen ginecológico se puede encontrar dolor a la movilización del cérvix, en útero o anexos.<sup>15</sup>

En 5-10% de las pacientes puede encontrarse dolor en el hipocondrio derecho sugiriendo perihepatitis o síndrome de Fitz-Hugh-Curtis: adherencias inflamatorias de la cápsula hepática al peritoneo parietal. Hasta 75% de las pacientes tienen leucorrea.

Puede haber sangrado genital anormal causado por endometritis. También puede encontrarse fiebre, náusea, vómito, distensión abdominal y disuria. Jacobson ha encontrado una correlación linear entre el número de variables clínicas presentes en las pacientes y la confiabilidad del diagnóstico clínico. Las pacientes con infección por *Chlamydia* pueden cursar con salpingitis subclínica o subaguda, con secuelas de adherencias e infertilidad.<sup>16</sup>

### 7.1 Criterios clínicos para Enfermedad Pélvica Inflamatoria

Se han adoptado los siguientes criterios clínicos para el diagnóstico de la EPI:

Criterios mayores o mínimos para hacer el diagnóstico:

- Dolor hipogástrico a la palpación.
- Dolor a la movilización del cérvix.
- Dolor a la palpación de los anexos.

---

<sup>15</sup> [www.aibarra.org/Guias/6-7/htm](http://www.aibarra.org/Guias/6-7/htm)

<sup>16</sup> [www.cdc.gov/std/spanish/STDfact-PID-s.htm](http://www.cdc.gov/std/spanish/STDfact-PID-s.htm)

Criterios menores:

- Temperatura de 38°C o más.
- Material purulento obtenido por culdocentesis o laparoscopia.
- Masa al examen físico o por ultrasonido.
- Leucocitosis mayor de 10.500/mm<sup>3</sup>.
- VSG >15 mm/hora.
- Evidencia de colonización cervical por gonococoo *Chlamydia*.
- Presencia de más de cinco leucocitos/campo de 100X en el Gram de secreción endocervical.

Para realizar el diagnóstico se considera que deben estar presentes todos los criterios mayores y por lo menos uno de los menores.

El valor predictivo positivo del diagnóstico clínico es de 65–90% comparado con el diagnóstico laparoscópico. Cuando se toman sólo dos criterios mayores y por lo menos uno menor, mejora la sensibilidad del diagnóstico, pero se pierde un poco de especificidad.

## **7.2 Clasificación de Enfermedad Pélvica Inflamatoria.**

### **7.2.1 Según hallazgos clínicos**

La siguiente clasificación se basa en los hallazgos clínicos:

**GRADO I** No complicada, sin masa (limitada a trompas y ovarios). Con o sin signos de irritación peritoneal.

**GRADO II** Complicada (masa o absceso que involucra trompas y/o ovarios). Con o sin signos de irritación peritoneal.

**GRADO III** Diseminada a estructuras extra pélvicas (absceso tubo-ovárico roto o pelvipерitonitis) o con respuesta sistémica.

### 7.2.2 Según hallazgos laparoscópicos.

De acuerdo con los hallazgos laparoscópicos o quirúrgicos se ha propuesto otra clasificación de la enfermedad:

LEVE	Trompas libres con eritema y edema, sin exudado purulento espontáneo, pero que puede aparecer al manipular las trompas.
MODERADA	Presencia de material purulento, eritema y edema más marcados. Las trompas pueden estar fijas y el orificio de la fimbria puede estar obstruido.
SEVERA	Piosálpinx o absceso

## 8 DIAGNOSTICO

### 8.1 Criterios diagnósticos de Enfermedad Pélvica Inflamatoria

El diagnóstico se basa en los criterios clínicos que a continuación se presentan:

#### Criterios mayores o mínimos para hacer el diagnóstico:

- Dolor hipogástrico a la palpación.
- Dolor a la movilización del cérvix.
- Dolor a la palpación de los anexos.

#### Criterios menores:

- Temperatura de 38°C o más.
- Material purulento obtenido por culdocentesis o laparoscopia.



- Masa al examen físico o por ultrasonido.
- Leucocitosis mayor de 10.500/mm<sup>3</sup>.
- VSG >15 mm/hora.
- Evidencia de colonización cervical por gonococoo *Chlamydia*.
- Presencia de más de cinco leucocitos/campo de 100X en el Gram de secreción endocervical.

La presencia de los tres criterios mayores, más al menos uno de los menores indica una alta probabilidad de EPI.

## 8.2 AYUDAS DIAGNOSTICAS

Los exámenes de laboratorio que se solicitan en forma inicial son:

1. Hemograma con VSG.
2. Proteína C reactiva.
3. Uroanálisis.

Para buscar la etiología microbiológica se solicita frotis en fresco y Gram de secreción cervicovaginal, cultivo para *N. gonorrhoeae* y pruebas inmunológicas para detección de *C. trachomatis*. Hay leucocitosis en menos de 40% de los casos y su presencia no indica que la causa sea necesariamente EPI; lo mismo ocurre con la aceleración de la VSG.

La proteína C reactiva se encuentra elevada en 96% de las pacientes, y la respuesta al tratamiento se correlaciona con su disminución.

En algunos casos se puede realizar cultivo de endometrio; cultivo de material peritoneal obtenido por culdocentesis, laparoscopia o laparotomía y estudio del compañero sexual.

## 8.3 PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

La culdocentesis puede ser una ayuda diagnóstica importante. Sin embargo, el líquido peritoneal purulento no garantiza el diagnóstico de EPI, pues cualquier inflamación

dentro del espacio peritoneal (apendicitis, enfermedad inflamatoria del intestino) puede producir líquido purulento.

La laparoscopia es el “patrón oro” en el diagnóstico de la EPI. El edema tubárico, el eritema y el exudado purulento confirman el diagnóstico, aunque el proceso inflamatorio puede ocasionalmente haberse diseminado de otros focos primarios (por ejemplo apendicitis).

El laparoscopista debe entonces observar el apéndice y el abdomen superior. Sin embargo, cuando la enfermedad es leve, y se encuentra principalmente en la luz de la trompa y no en la serosa, la laparoscopia puede dar falsos negativos. Debido a esto, actualmente se considera que el estándar de oro es la laparoscopia con biopsia de fimbria y pruebas microbiológicas.

De acuerdo con los hallazgos laparoscópicos o quirúrgicos se ha propuesto una clasificación de la enfermedad:

LEVE	Trompas libres con eritema y edema, sin exudado purulento espontáneo, pero que puede aparecer al manipular las trompas.
MODERADA	Presencia de material purulento, eritema y edema más marcados. Las trompas pueden estar fijadas y el orificio de la fimbria puede estar obstruido.
SEVERA	Piosálpinx o absceso

Por supuesto no se debe realizar laparoscopia a todas las pacientes con EPI, aunque algunos autores así lo recomiendan. Muchas pacientes con EPI clínicamente obvia, pueden ser tratadas directamente. Adicionalmente, una paciente con distensión abdominal severa puede presentar riesgos técnicos y hacer peligrosa la realización de laparoscopia, prefiriéndose la laparotomía.

La ecografía es especialmente útil en los casos en los cuales la paciente es difícil de examinar debido a obesidad, dolor severo o falta de cooperación durante el examen pélvico.

Los hallazgos ecográficos se han relacionado con la severidad del proceso inflamatorio en pacientes con EPI, pero esta técnica es más útil en la documentación de la resolución o aumento de las masas anexiales durante la terapia antibiótica. Es posible detectar disminución de la resistencia vascular en la infección pélvica aguda con la ayuda de la ultrasonografía doppler a color transvaginal.

Técnicas de imagenología más complejas (como la tomografía axial computadorizada o la resonancia nuclear magnética) raramente están indicadas en pacientes con infección pélvica.

Sin embargo, procedimientos especiales como la pielografía intravenosa pueden ser útiles en pacientes con abscesos pélvicos en los cuales es importante la localización de los uréteres y otras estructuras pélvicas cuando se planea un abordaje quirúrgico.

La biopsia endometrial también ha sido utilizada para el diagnóstico, con una sensibilidad de 90%, pero con la desventaja de que los resultados se obtienen dos a tres días más tarde.

## **9 CRITERIOS DE INGRESO**

Requieren ingreso hospitalario las pacientes con EIP en estadio II, III y IV, y en estadio I cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

- Falta de respuesta a la antibioterapia después de 48 h.
- Sospecha de incumplimiento terapéutico.
- Temperatura > 38°C.
- Diagnostico incierto.
- Riesgo quirúrgico.
- Nauseas y/o vómitos. Intolerancia oral.
- Embarazo.
- Signos de reacción peritoneal alta.
- Sospecha de piosalpinx, absceso ovárico o tuboovárico.
- Prepuber o adolescente. Gran interés en mantener la fertilidad.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup>[www.geosalud.com/ginecologia/eninflamatoriapelv.htm](http://www.geosalud.com/ginecologia/eninflamatoriapelv.htm)

**10 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

	EMBARAZO ECTÓPICO	APENDICITIS	ANEXITIS	ROTURA DE QUISTE FOLICULAR O LUTEO	ABORTO UTERINO
DOLOR	Punzante continuo lateral o molestia antes de la rotura.	Epigástrico y luego en fosa iliaca derecha. Blumberg +	Usualmente bilateral con o sin rebote. A veces disuria.	Unilateral progresando a generalizado	Cólico central rítmico hipogástrico
NAUSEA Y VÓMITO	Ocasionalmente antes y frecuentes tras la rotura	Frecuentes . Preceden a la localización en FID	A veces	Rara vez	Rara vez
HEMORRAGIA VAGINAL	Atraso y metrorragia. Anomalía menstrual. Spotting	Sin relación con menstruación	Hipermenorrea o metrorragia	Atraso menstrual y luego hemorragia.	Amenorrea, seguida de spotting y luego metrorragia

				A veces dismenorrea	
PULSO Y TEMPERATURA	No fiebre. Pulso normal y taquicardia tras la rotura	Febrícula o fiebre tras dolor. Pulso rápido	Fiebre. Taquicardia en relación con fiebre	No fiebre. Pulso normal, salvo hemorragia importante	No fiebre. Si, en el aborto provocado
EXPLORACION GENITAL	Dolor específico unilateral que aumenta con los movimientos del cérvix..Masa dolorosa anexial o en Douglas	No masa anexial. Dolor al tacto rectal alto, derecha.	Dolor bilateral en los movimientos del cerviz. Emplastamiento. Masa si hidro o piosalpinx	Sensibilidad en el ovario afecto. No masas. Útero duro, no engrosado	Cérvix entreabierto. Útero ligeramente engrosado e irregularmente blando, sensible si infección.

<p>HALLAZGOS DE LABORATORIO</p>	<p>Leucos &lt; 15.000 o normal. Anemia intensa, si rotura. VSG ligeramente elevada. BhCG positiva</p>	<p>Leucos aumentados con desviación izquierda. Serie roja normal. VSG ligeramente elevada. BhCG Negativa</p>	<p>Leucocitosis. Serie roja normal. VSG elevada. BhCG negativa.</p>	<p>Leucos normales. Serie roja normal o baja. VSG normal. BhCG negativa o positiva, si embarazo</p>	<p>Leucos &lt; 15.000 o &gt; 15.000, si infectado. Serie roja normal. VSG elevada. BhCG positiva</p>
<p>ECOGRAFIA</p>	<p>Uterovacio o pseudosaco. Masa completa anexial o saco extrauterino. Liquido en Douglas o hemoperitoneo si rotura</p>	<p>Útero y anejos normales</p>	<p>Uterovacio o molde endometrial. Masa compleja anexial bilateral</p>	<p>Útero normal. Endometrio engrasado. Ovario engrosado y posible quiste roto. Liquido en Douglas</p>	<p>Útero ocupado con saco ovular o restos abortivos. Anejos normales. Cuerpo o quiste lúteo.</p>

# METODOLOGÍA

## **A. TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo investigativo es de carácter descriptivo, de corte transversal porque se realiza en un periodo determinado; y prospectivo porque se registra la información según ocurren los fenómenos.

## **B. AREA DE ESTUDIO**

### **❖ Lugar y tiempo:**

La presente investigación se la realizó en la ciudad de Loja, en el servicio de Ginecología – Obstetricia del Área de Emergencia, en el período Agosto – Septiembre del 2013.

## **C. UNIVERSO Y MUESTRA**

### **❖ Universo:**

Todas las pacientes que consulten en el servicio de Emergencia del Hospital Isidro Ayora

### **❖ Muestra:**

Estuvo conformada por las mujeres con edades entre 16 y 40 años con vida sexual activa seleccionadas aleatoriamente que consulten en el servicio antes mencionada departamento de Ginecología y Obstetricia.

### **❖ Criterios de inclusión:**

- Mujeres entre 16 a 40 años
- Mujeres con vida sexual activa
- Mujeres interesadas en colaborar con la investigación

### **❖ Criterios de exclusión:**

- Mujeres que no hayan iniciado su vida sexual.
- Mujeres que no quieran participar del estudio.



## **D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### ❖ **Método Científico:**

Este método me guiara a la aplicación de procedimientos lógicos que seguí en la presente investigación, la misma estuvo bien orientada para brindar resultados confiables que den validez a mi trabajo, además me condujo a la selección adecuada de fuentes de investigación y se obvio datos innecesarios que dificulten la comprensión y aplicación de alternativas encaminadas a solucionar el problema.

### ❖ **Técnica:**

- **Teórica:** Mediante la investigación bibliográfica se obtuvieron los conocimientos teóricos que nos facilitan la comprensión de la problemática a investigar.
- **Bibliográfica:** Recolección de datos mediante fuentes de información como: la obtenida en las aulas, textos, videos, internet.
- **De Encuesta:** Dirigida a las mujeres que cumplan los criterios de inclusión.
- **Consentimiento informado:** A todas las personas en estudio se hizo conocer el proceso investigativo, con su aceptación por medio de la firma.

### ❖ **Instrumento:**

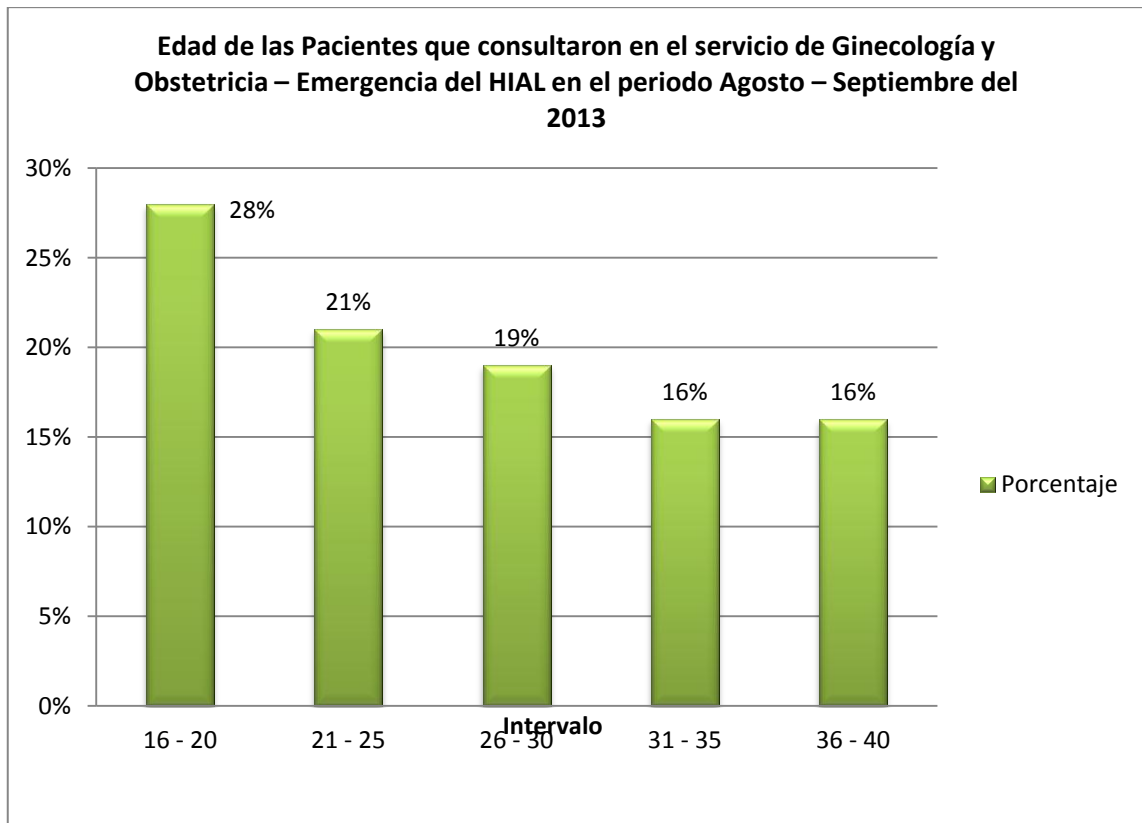
- **La encuesta:** Se realizó a través de un cuestionario con el fin de obtener respuestas sobre el problema en estudio.

## **E. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Los resultados obtenidos fueron ordenados y analizados de forma manual, obteniendo de la información recolectada de las encuestas que se realicen a las personas y se las valorara y se las colocara entro de la escala propuesta en la operalización de variables.

# RESULTADOS

### Gráfico N°1

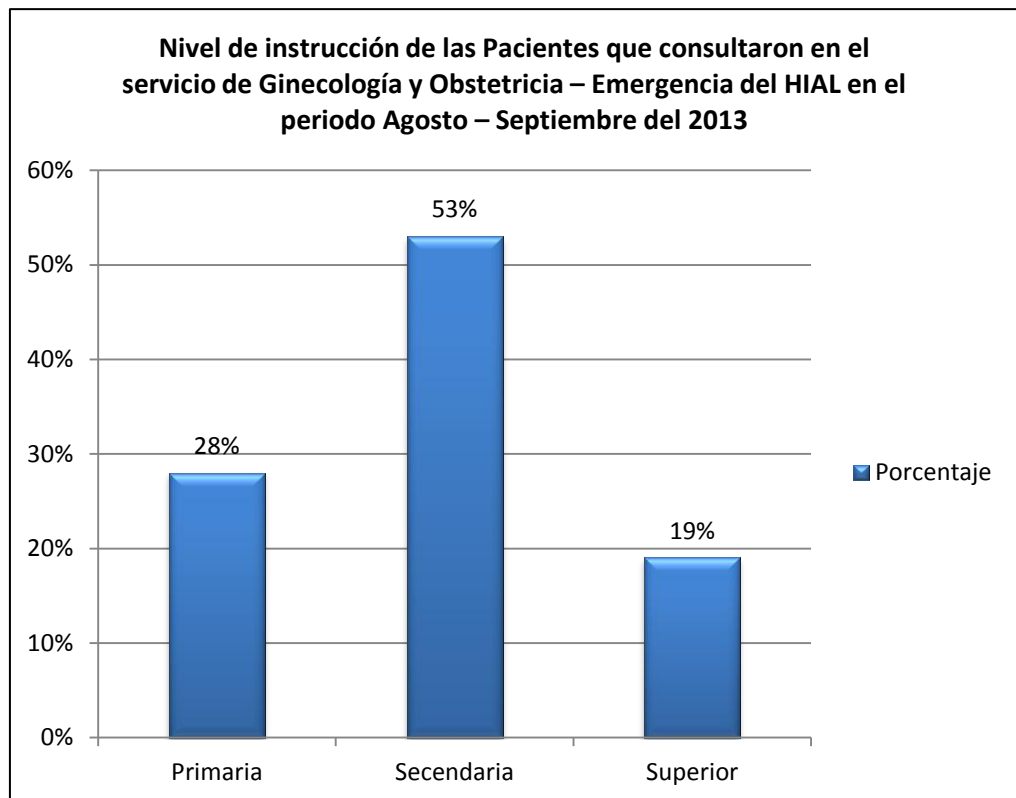


**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** César L. Granda Quezada

El mayor porcentaje de pacientes estudiadas se encuentra en un rango de edad entre los 16 y 20 años, seguido por el 21% de mujeres con edad entre 21 – 25 años, luego 19% presenta en edades entre 26 – 30 años, y por último con un menor porcentaje correspondiente al 16% se encuentran las pacientes entre los 31 – 35 y 36 – 40 años.

## Gráfico N°2

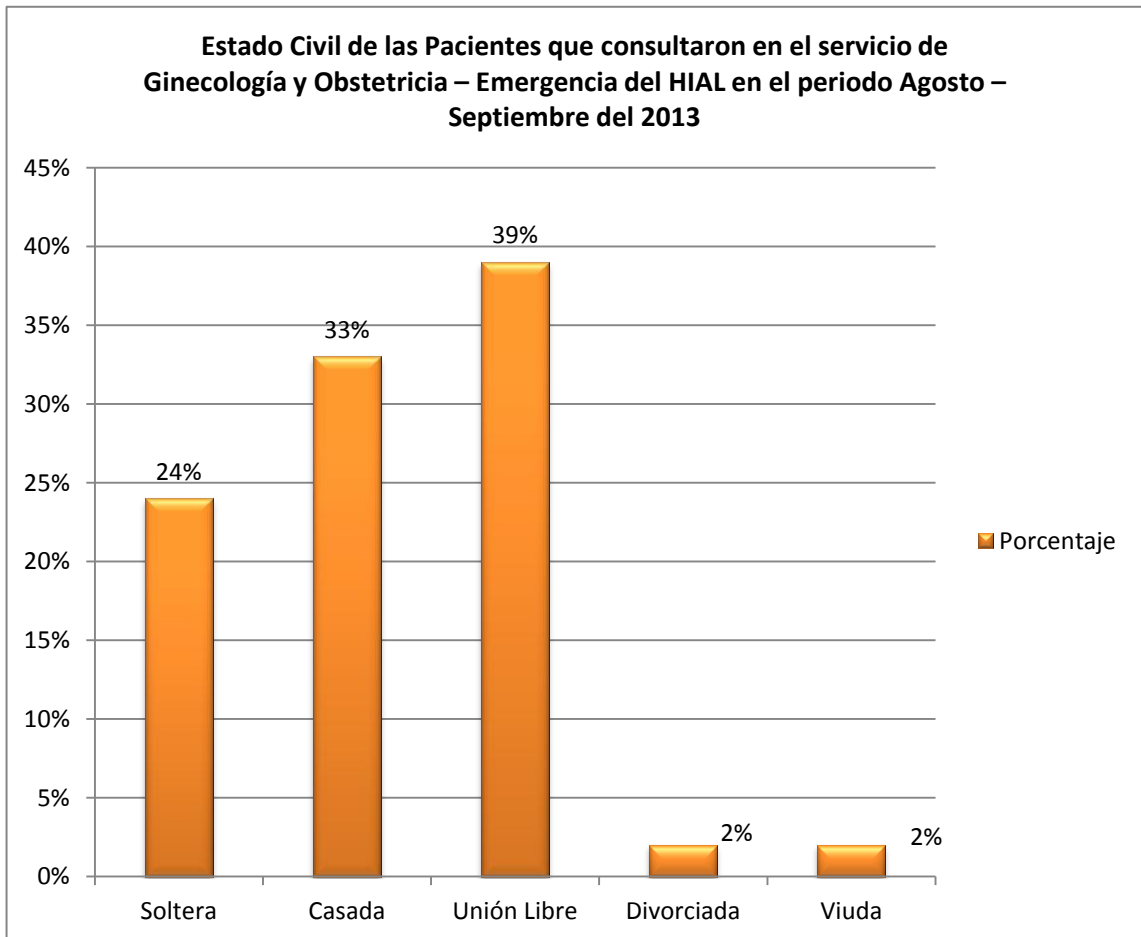


**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** César L. Granda Quezada

El nivel de Instrucción que tienen las pacientes estudiadas donde podemos observar que en su gran mayoría tienen una instrucción secundaria representada por un 53%, la primaria se ve representada por un 28% de pacientes y por último el 19% tienen una instrucción superior.

### Gráfico N°3

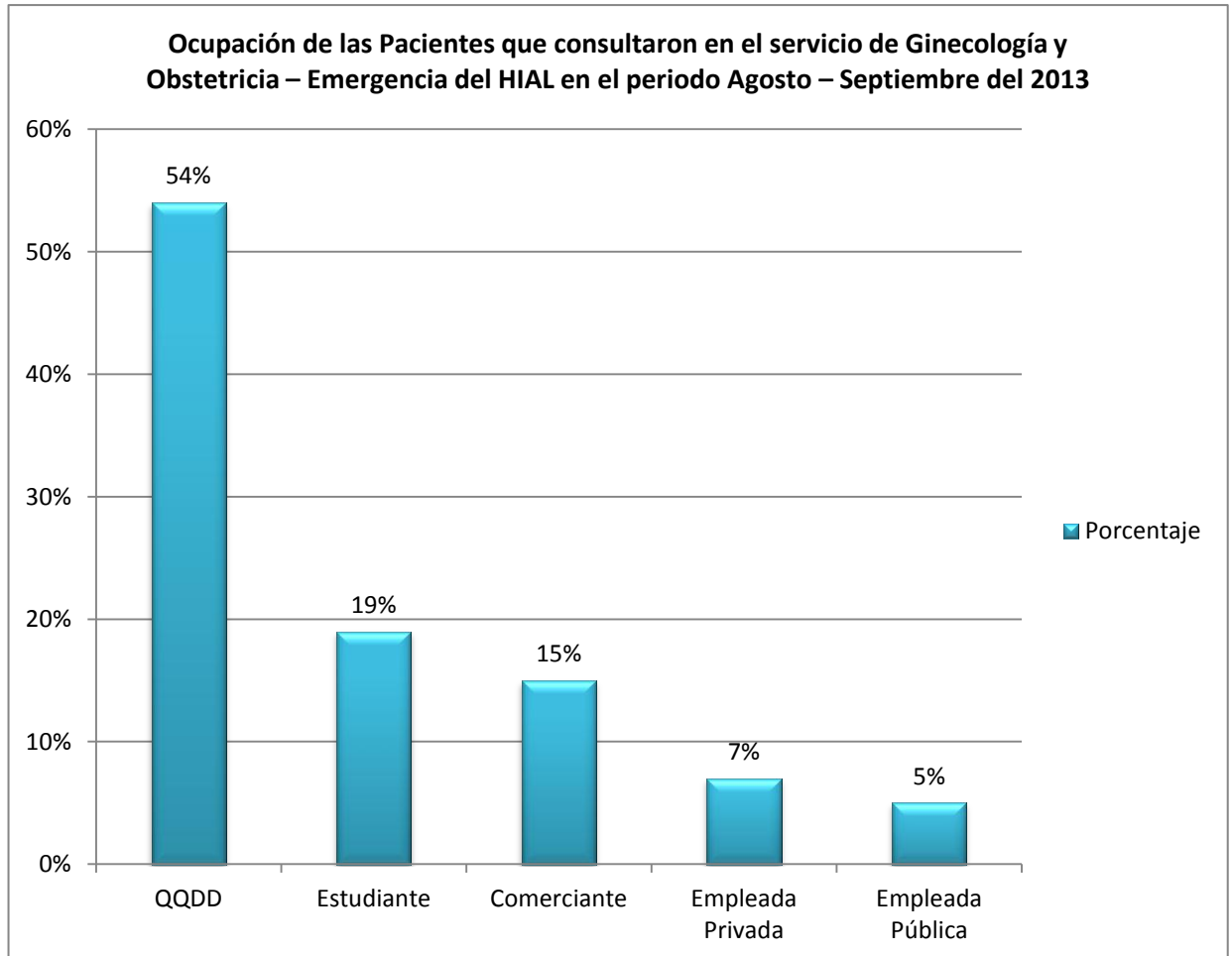


**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** César L. Granda Quezada

El estado civil de cada persona objeto del estudio, en orden descendente podremos ver que la Unión Libre predomina en este grupo con un 39%, esta seguida por mujeres casadas que representan el 33%, hay un alto porcentaje equivalente a un 24% de mujeres que son solteras, y por último mujeres viudas y divorciadas cada una representada con un 2%.

### Gráfico N°4

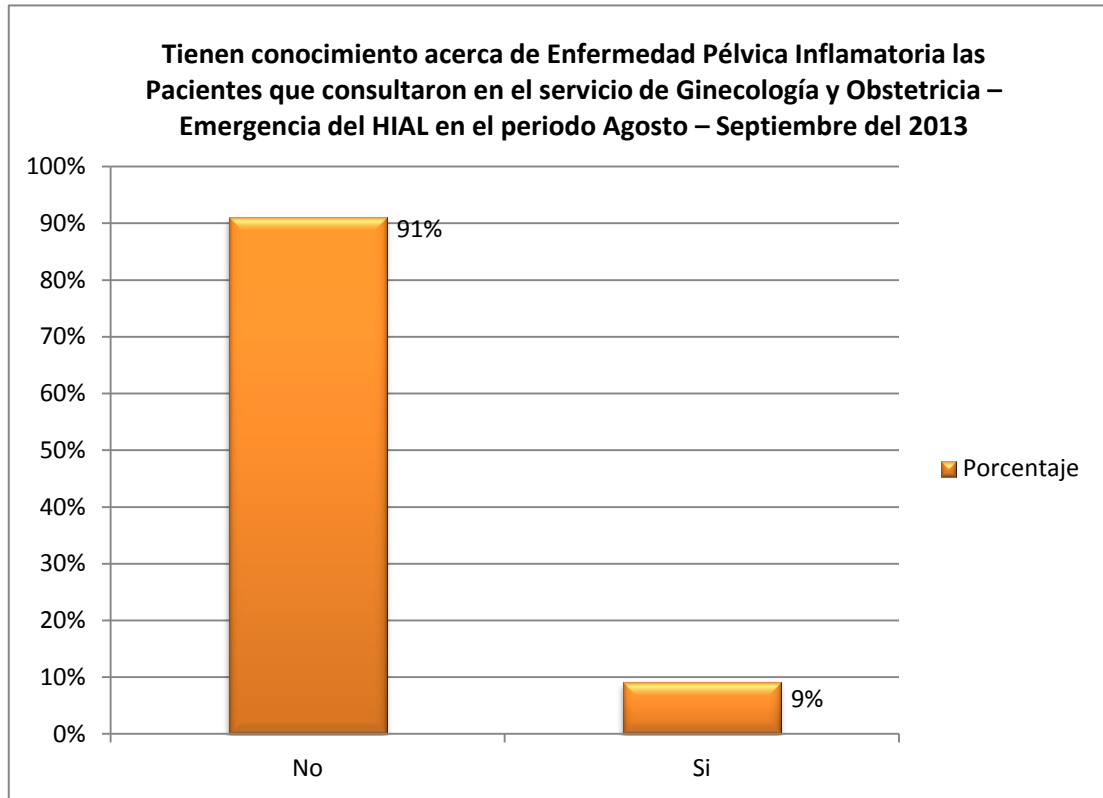


**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** César L. Granda Quezada

La ocupación de las pacientes tiene claro dominador las amas de casa que representan un 54%, muy por debajo le siguen con 19% mujeres que aún están estudiando, con 15% se presentan mujeres comerciantes, 7% son empleadas privadas y por último se presenta un 5% de empleadas públicas.

### Gráfico N°5

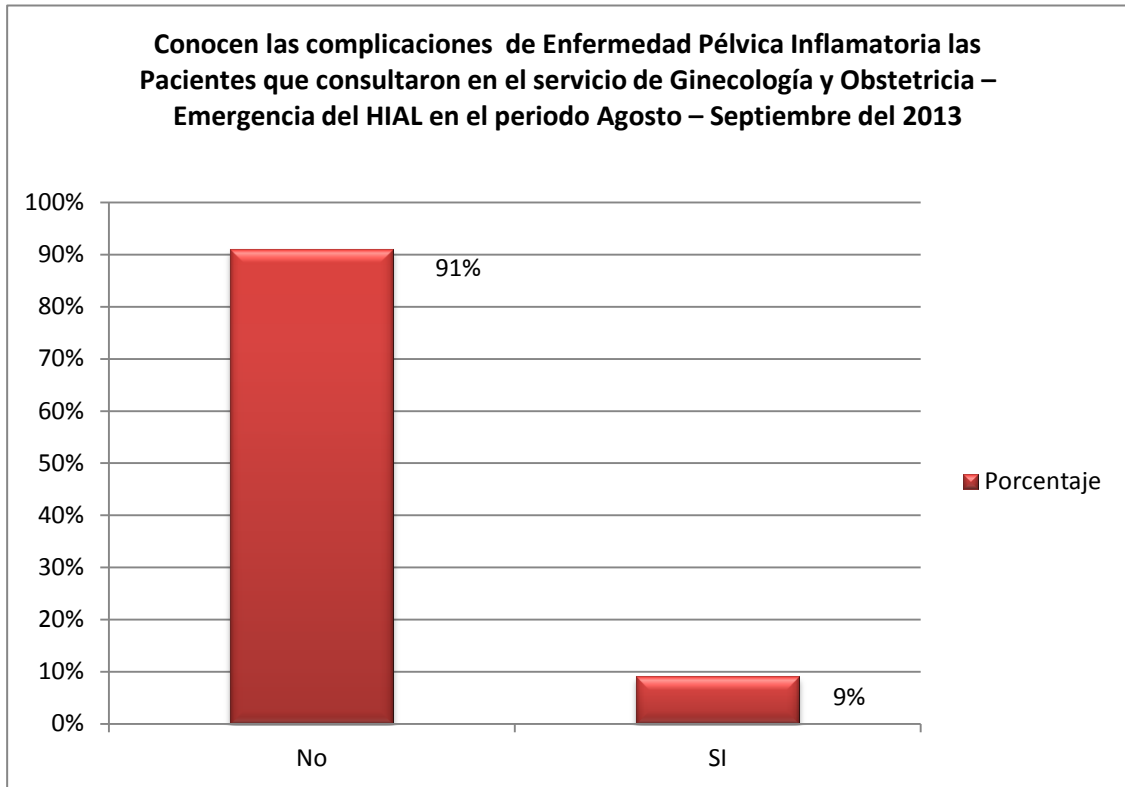


**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** César L. Granda Quezada

En este grafico se indica si las pacientes que fueron encuestadas tienen algún conocimiento acerca de EPI o si recibieron alguna información sobre esta enfermedad, mayoritariamente encontramos que el 91% de mujeres no sabe nada acerca de esta enfermedad, y solo un 9% si tiene algún conocimiento sobre EPI.

### Gráfico N°6



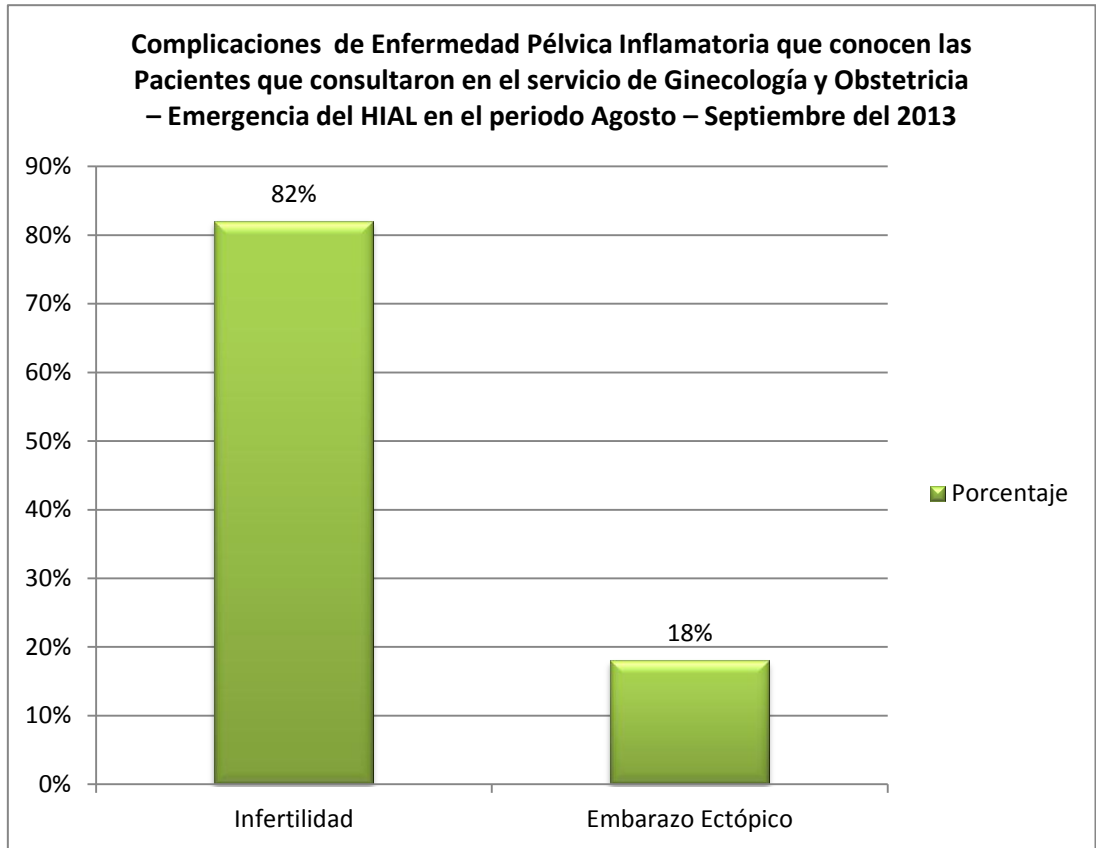
**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** César L. Granda Quezada

En el gráfico observamos si las pacientes conocen las complicaciones de EPI, el 91% de ellas no las conocen, y solo el 9% de ellas saben alguna complicación de esta enfermedad.



### Gráfico N°7

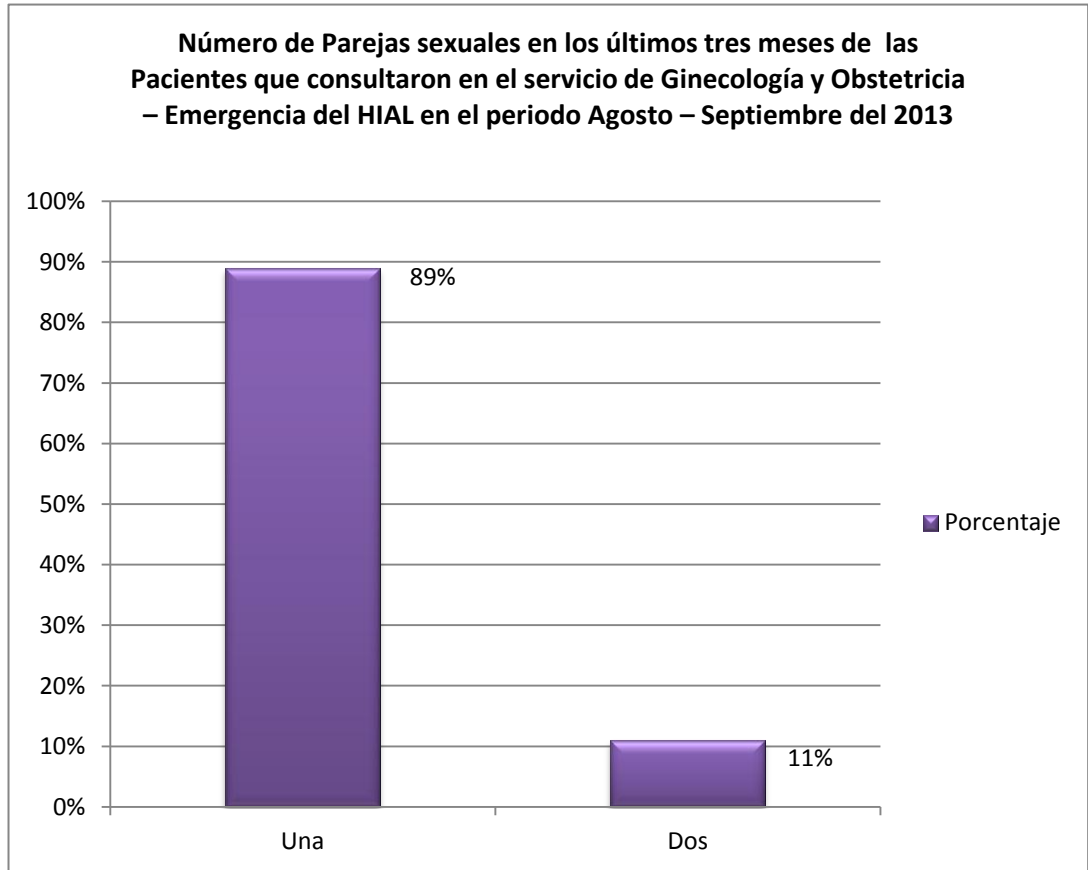


**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** César L. Granda Quezada

El siguiente gráfico indica que de las 11 pacientes que tiene conocimiento de EPI y sus complicaciones, 9 mujeres que corresponden al 82% saben que una complicación es la infertilidad, y 2 mujeres equivalentes al 18% sabían que el embarazo ectópico es una complicación de EPI.

### Gráfico N°8

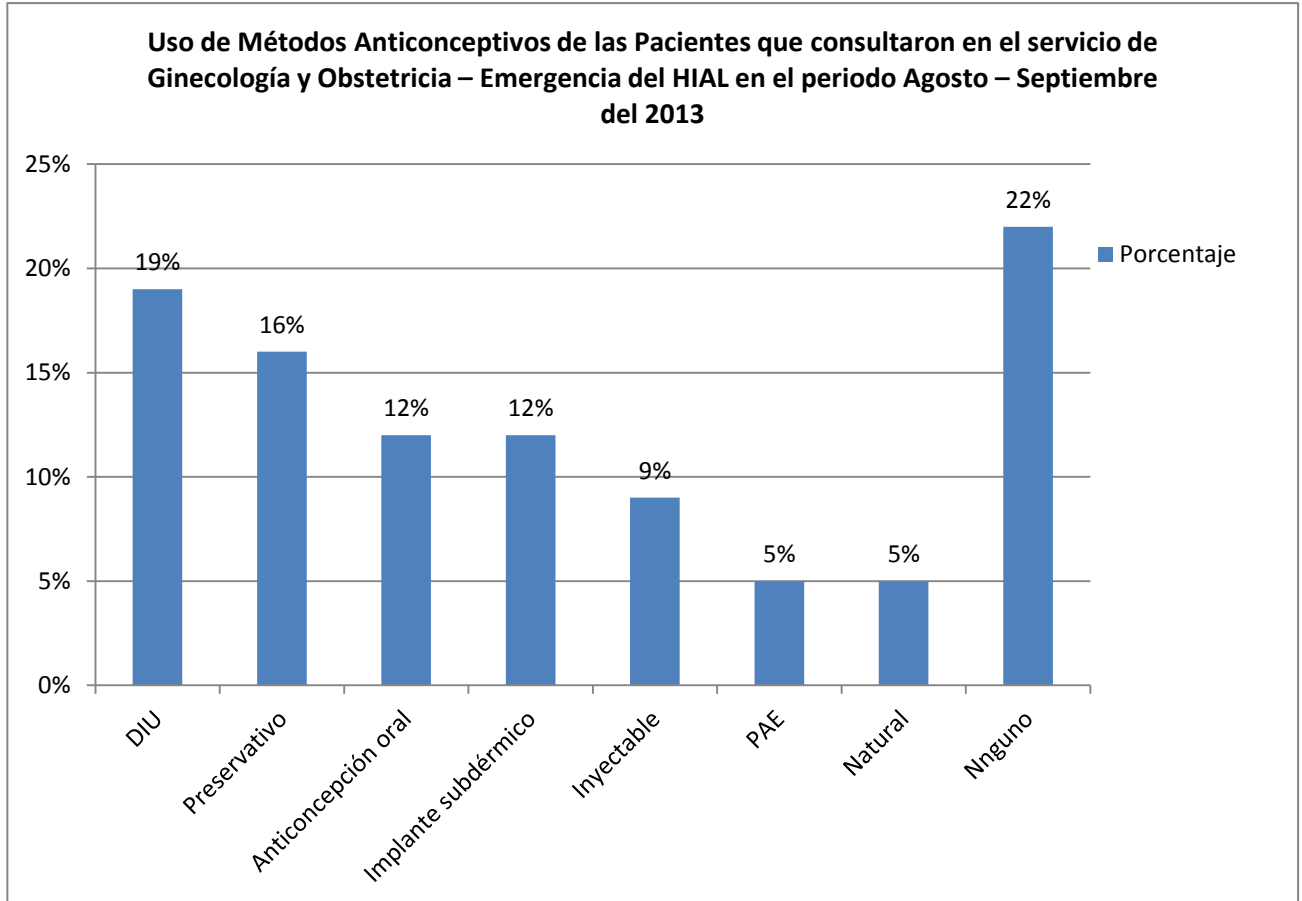


**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** César L. Granda Quezada

El 89% del total tuvo una sola pareja sexual, mientras que con dos parejas sexuales encontramos una minoría de 11%.

### **Gráfico N°9**

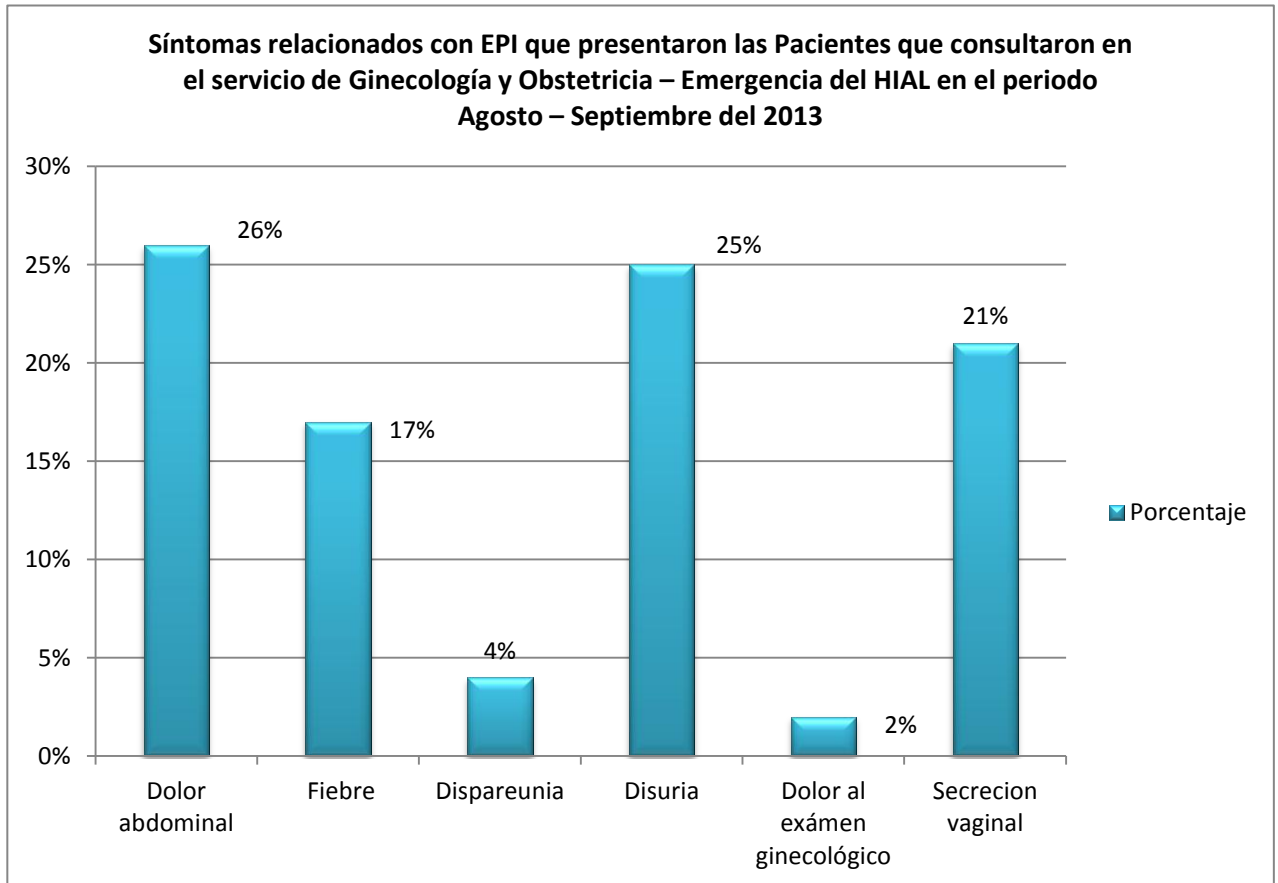


**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** César L. Granda Quezada

El 19% utilizan DIU, 16% usan preservativo, 12% de las mujeres se cuidan con anticonceptivos orales o con implantes subdérmicos, 9% usan anticonceptivos inyectables, el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia y de métodos naturales se representa por un 5% de las mujeres, y por el contrario un 22% de las encuestadas no usan ningún método anticonceptivo.

### **Gráfico N°10**

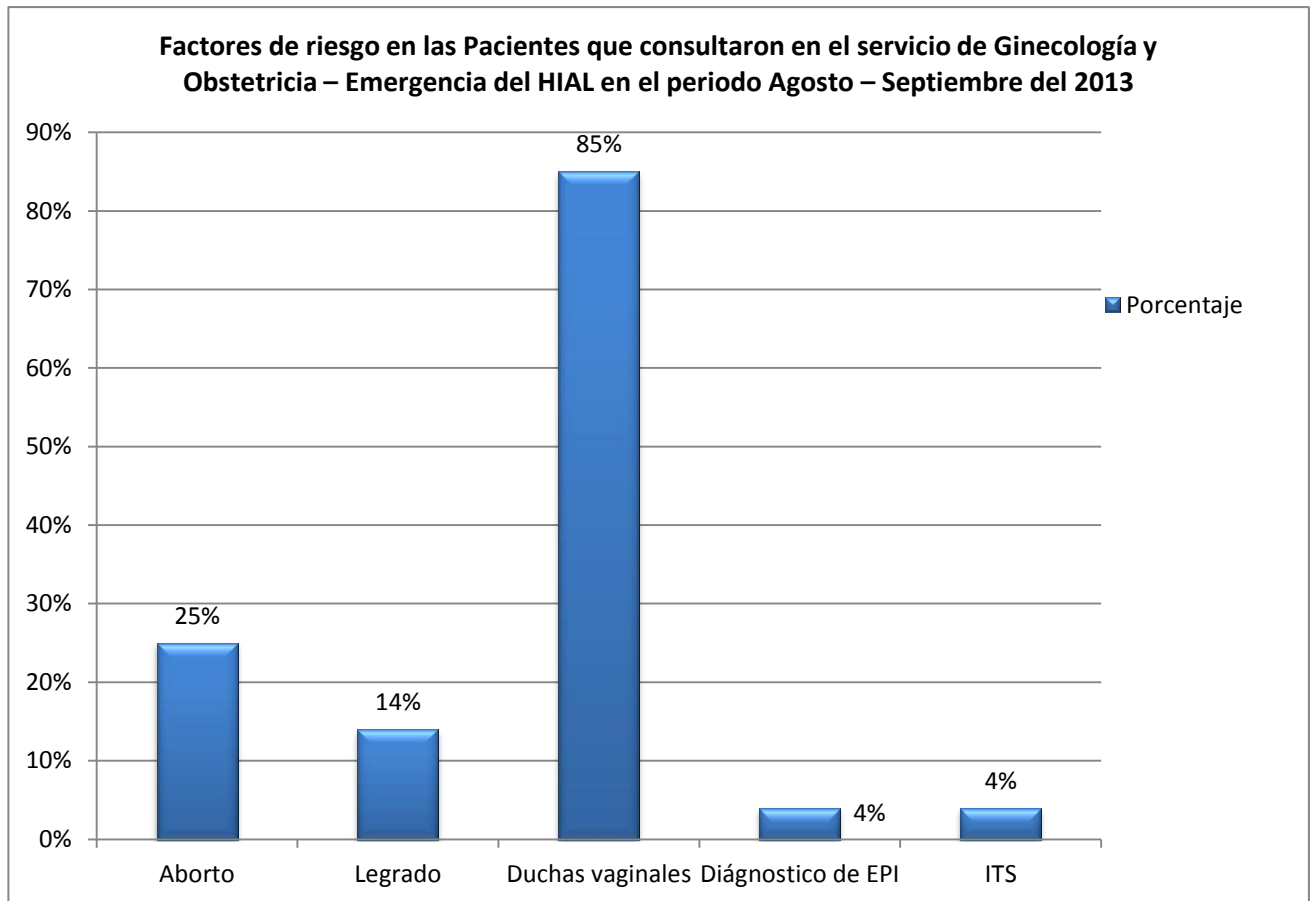


**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** César L. Granda Quezada

Del total, 33 pacientes corresponden al 26% y presentaron dolor abdominal, 32 mujeres representan el 25% y tuvieron disuria, 28 mujeres han cursado con secreción vaginal siendo este grupo el 21%, fiebre presentaron un 17% que equivalen a 21 mujeres, 4% representa a 5 pacientes que presentaron dispareunia, y por último 3 mujeres que son el 2% del total presentaron dolor al examen ginecológico. Cabe aclarar que varias de las pacientes presentaron varios síntomas a la vez.

### Gráfico N°11

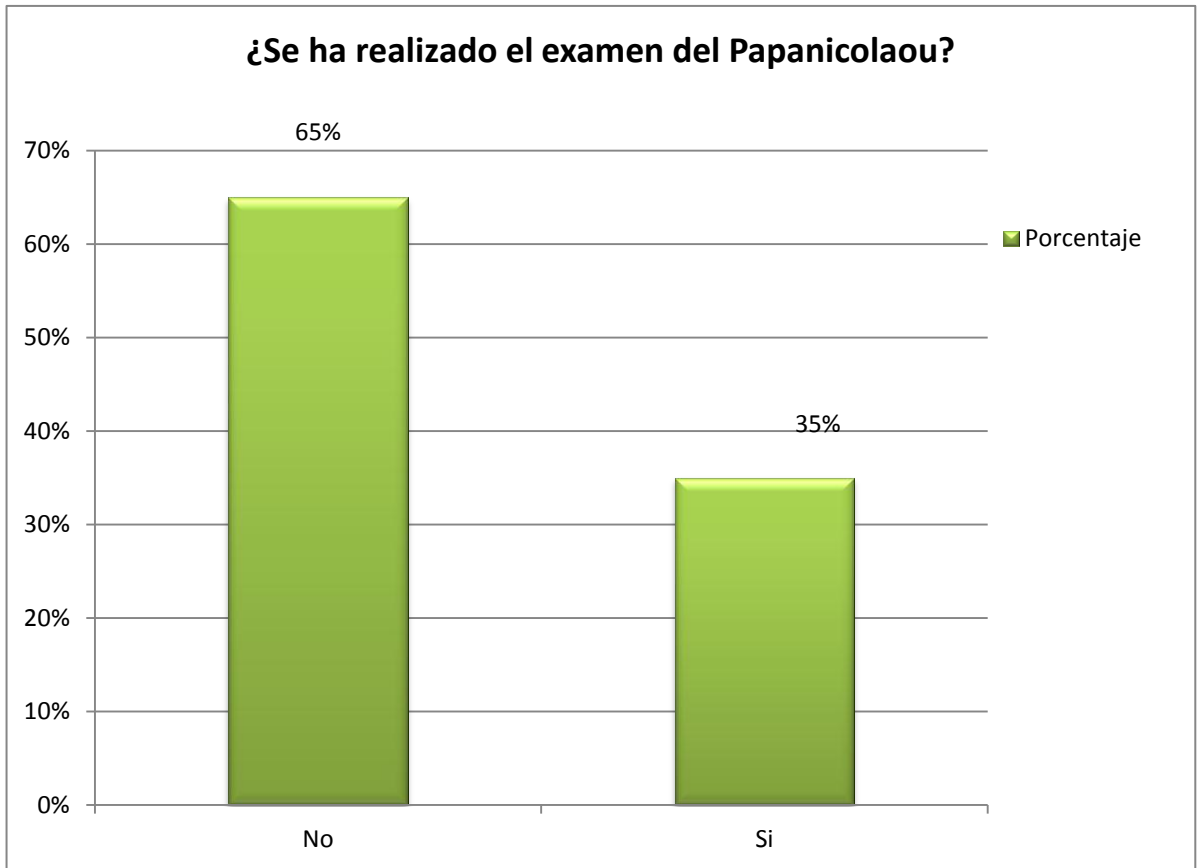


**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** César L. Granda Quezada

Se encontrando como principal factor a las duchas vaginales las cuales son práctica de 85% de las pacientes, le sigue con un 28% pacientes que fuman, con 25% se encuentran pacientes que han tenido abortos, les han practicado legrados a un 14% de las mujeres en estudio, han sido diagnosticadas antes de EPI un 4%, y con un porcentaje igual han tenido diagnóstico de alguna ITS.

**Gráfico N°12**

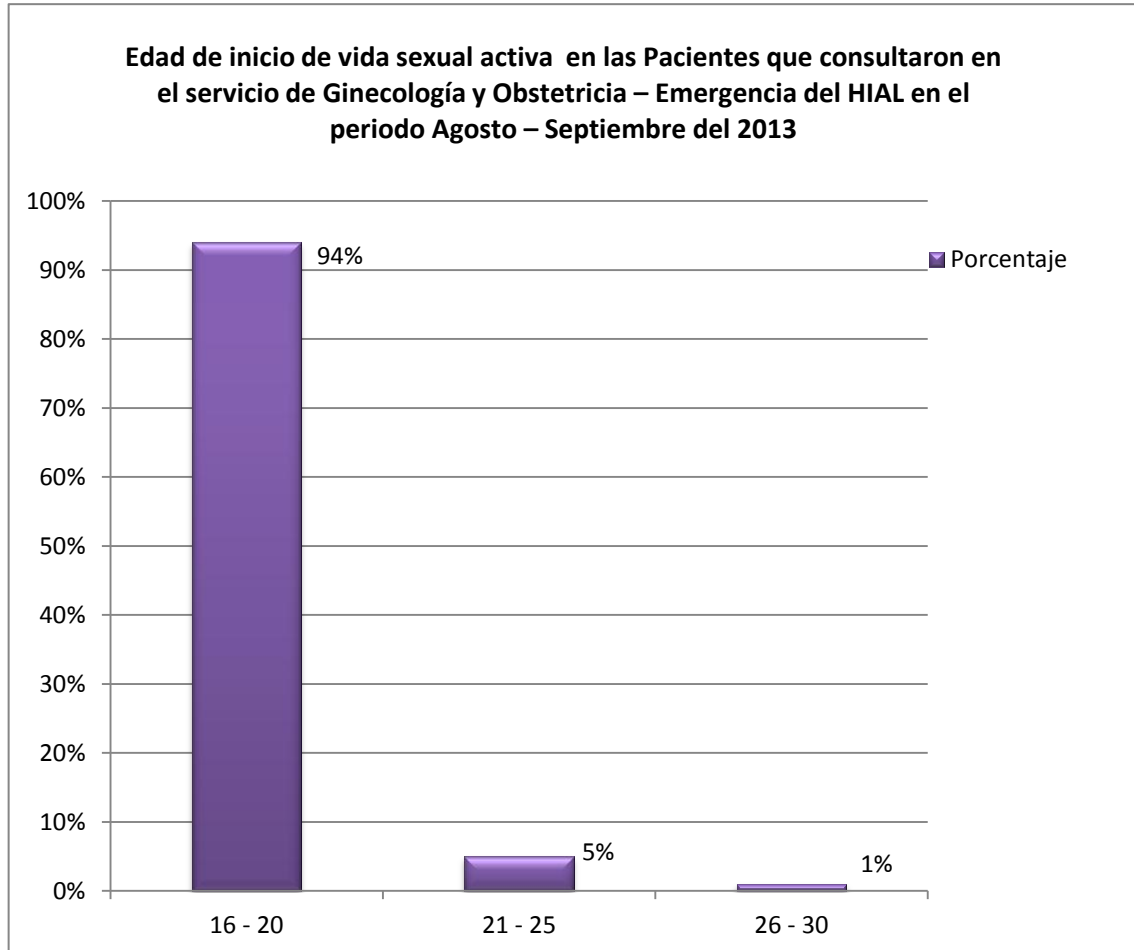


**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** César L. Granda Quezada

Este gráfico muestra las pacientes que se han realizado el examen de Papanicolaou, tenemos que 65% de las estudiadas no se han hecho este examen, mientras por el contrario si se la han realizado el 35% del total de mujeres estudiadas.

### Gráfico N°13



**Fuente:** Encuestas.

**Elaborado por:** César L. Granda Quezada

Se evidencia como principal rango de inicio a la edad entre los 16 – 20 años representada por un 94% de las pacientes constituyendo así la gran mayoría de ellas, 5% de ellas iniciaron la vida sexual en un rango de edad entre 21 – 25 años y por último en un rango entre 26 – 30 lo hicieron un 1% de las pacientes.

# DISCUSIÓN



El presente trabajo de investigación consta de un total de 129 pacientes mujeres encuestadas las cuales consultaron en el servicio de emergencia del HIAL en el departamento de Ginecología – Obstetricia. La mayoría se encuentra en una edad que oscila entre los 16 y 20 años (28%). Sesenta y ocho de las pacientes (53%) tienen como nivel de instrucción la secundaria, y con instrucción superior veinte y cinco de ellas que conforman el 19%.

En lo que tiene que ver con el estado civil de las pacientes se encontró variedad, teniendo como principal exponente a cincuenta mujeres (39%) que se encuentran en Unión Libre, cuarenta y tres mujeres (33%) son casadas y 31 personas (24%) son solteras. Además se encontró que la principal ocupación de estas mujeres es ser Ama de Casa ya que setenta mujeres (54%) así lo indicaron, veinte y cinco (19%) de ellas son aun estudiantes y 19 mujeres (15%) son comerciantes, pocas son las mujeres que tienen un trabajo estable ya sea en el sector público o privado.

Del total de pacientes que se encuestó ciento diez y ocho (91%) no tenían conocimiento sobre Enfermedad Pélvica Inflamatoria, once mujeres (9%) si sabían que es esta enfermedad. En comparación con un estudio hecho por el Ministerio de Salud de Colombia en el año 2011 sobre conocimiento de ITS dentro de ella la Enfermedad Pélvica Inflamatoria y se encontró que 68% de personas estudiadas no tenían adecuado conocimiento sobre esta enfermedad, porcentaje que disminuyó al 52% tres años después luego de haber realizado campañas de información acerca de estas enfermedades.<sup>18</sup> La investigación hecha en Hospital – Birmingham, Alabama en el 2010 muestra un desconocimiento de 40%.<sup>19</sup> Un porcentaje similar se obtuvo en lo referente al conocimiento de las complicaciones de esta enfermedad, conocidas por el 9%, de este pequeño grupo de mujeres nueve indicaron que la complicación conocida es la infertilidad, mientras tanto solo dos indicaron que es el embarazo ectópico.

Ciento quince mujeres (89%) tuvo una sola pareja sexual, catorce mujeres (11%) tuvieron hasta dos parejas sexuales en los últimos tres meses, por lo que ninguna cae en promiscuidad según lo define la OMS, estudios realizado por el DR. Andrew M Seaman, en St. Vicens Hospital – Birmingham, Alabama en EEUU indica que mujeres sexualmente activas que tengan más de dos parejas sexuales en el último mes

---

<sup>18</sup> [www.colombianadesalud.org.co/ENFERMEDAD-PELVICA-INFLAMATORIA](http://www.colombianadesalud.org.co/ENFERMEDAD-PELVICA-INFLAMATORIA).

<sup>19</sup> [www.stvicenthospital.gov/publication/file159/pelvicinflammatorydisease.html](http://www.stvicenthospital.gov/publication/file159/pelvicinflammatorydisease.html)

aumentan significativamente el riesgo de presentar EPI.<sup>20</sup> El Ministerio de Salud de Colombia encontró el 78% tiene menos de dos parejas sexuales<sup>21</sup>, Cuba publico estudios donde 81% de mujeres con edad entre 18 y 24 años tuvieron entre dos a tres compañeros sexuales<sup>22</sup>.

Se encontró que veinte y cinco mujeres (19%) utilizan DIU y seguido por el uso de implantes subdérmicos y anticonceptivos orales cada uno usado por quince mujeres (12%) por último doce pacientes (9%) que usan anticonceptivos inyectables.

Treinta y tres pacientes (26%) presentaron dolor abdominal, treinta y dos mujeres (25%) presentaron secreción vaginal, veinte y ocho (21%) presentaron disuria y veinte y una mujeres (19%) tuvieron fiebre, el estudio hecho en México por el Instituto Mexicano de Seguridad Social en 2003 indica que las mujeres que presentaron Enfermedad Pélvica Inflamatoria en 95% de los casos presentaron dolor abdominal como síntoma cardinal, y acompañado de 75% de las pacientes con leucorrea, el 40% presentaron disuria como resultado de la colonización del tracto genitourinario y 54% de las pacientes con diagnostico de EPI cursaron con fiebre superior a 38 °C<sup>23</sup>. El estudio presentado por la Pontificia Universidad de Chile indica que el 88% de mujeres diagnosticadas de EPI iniciaron con dolor abdominal y 72% se acompaña de leucorrea.<sup>24</sup>

Ciento diez (85%) se realizan duchas vaginales la mayora parte de ellas con aguas caseras, el 25% de ellas ha presentado algún aborto y 14% les realizaron legrados, Ministerio de Salud de Colombia encontró que 37% mujeres tienen antecedentes de abortos.

Ciento veinte y una pacientes (94%) iniciaron su vida sexual a edades entre los 16 y 20 años, siete (5%) lo hicieron entre 21 a 25 años y solo una en entre 26 y 30 años, estos datos evidencian un inicio a temprana edad de la vida sexual activa, lo cual constituye un riesgo para estas mujeres ya que según lo muestra el estudios realizado en Chile las adolescentes sexualmente activas tienen tres veces más riesgo de desarrollar EPI que las mujeres sexualmente activas entre 25 y 29 años de edad.<sup>25</sup>

---

<sup>20</sup> [www.stvicentehospital.gov/publication/file159/pelvicinflammatorydisease.html](http://www.stvicentehospital.gov/publication/file159/pelvicinflammatorydisease.html)

<sup>21</sup> [www.colombianadesalud.org.co/ENFERMEDAD-PELVICA-INFLAMATORIA](http://www.colombianadesalud.org.co/ENFERMEDAD-PELVICA-INFLAMATORIA).

<sup>22</sup> [www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013800X2010000400015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013800X2010000400015&script=sci_arttext)

<sup>23</sup> [www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/072GRR.pdf](http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/072GRR.pdf).

<sup>24</sup> [www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013800X2001000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013800X2001000100002&script=sci_arttext)

<sup>25</sup> [www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013800X2001000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013800X2001000100002&script=sci_arttext)

# CONCLUSIONES

- La mayor parte de las pacientes encuestadas 91% no tienen conocimiento sobre Enfermedad Pélvica Inflamatoria ni tampoco de sus graves complicaciones, esto se debe a la poca información brindada por los equipos de salud dentro de ellos centros de salud, puestos de salud y los mismos médicos que por una u otra razón no dan a conocer la importancia de esta enfermedad, además la poca importancia que los mismos pacientes le dan su misma enfermedad.
- Los principales factores de riesgo para EPI encontrados en las pacientes es la práctica de duchas vaginales en 85% de pacientes, 25% han tenido abortos y 14% con instrumentación uterina.
- La sintomatología que las pacientes es compatible con las manifestaciones clínicas provocadas por EPI, dolor abdominal en 26% de mujeres, Disuria en el 25% y en tercer lugar la aparición secreción vaginal en 21% de mujeres encuestadas, misma que puede ser provocada posiblemente por *C. trachomatis* o gonococo, siendo estos dos microorganismos los principales causales de la enfermedad.
- Como factor coadyuvante a la aparición de EPI se encuentra el inicio de vida sexual activa a temprana edad, ya que el 94% de mujeres lo hicieron en un rango de edad ente los 16 a 20 años, además como dato adicional del total encuestado solo 35% se han realizado el examen de Papanicolaou, siendo este un buen indicador de presencia de secreción y sus características.

# RECOMENDACIONES

- Que los equipos de Salud de las diferentes instituciones, así como todo su personal, primero que todo estén preparados de manera adecuada para que brinden información adecuada y oportuna a las pacientes sobre la enfermedad, mediante charlas, videos, trípticos, conferencias o los medios que sean de fácil acceso al público.
- Empezar programas de fácil acceso a la comunidad en donde se destaquen temas como el de esta enfermedad, donde la información que se otorga a las pacientes sea clara, concisa, fácil de entender y recalando los puntos más importantes como son: la prevención de manera principal, el acudir a tiempo a una consulta médica, el cumplimiento del tratamiento, y poner mucho énfasis en las complicaciones que se puede llegar a tener al no dar la debida importancia a Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
- Insistir a las pacientes en la importancia de un adecuado control de su salud reproductiva, como la importancia de asistir a tiempo a una consulta médica y sobre todo en el cumplimiento del tratamiento administrado para su sintomatología.
- Hacer hincapié en las mujeres que ya hayan iniciado su vida sexual activa en la realización del examen de Papanicolaou al menos una vez cada dos años, y de esta forma tener un indicador de la presencia secreción y otros signos.
- Fomentar hábitos y estilos de vida saludables en las pacientes de modo que esto sea la principal arma de defensa que tengan en sus manos para protegerse de este tipo de enfermedades.

# BIBLIOGRAFIA

1. Jaime Botero. 2010. Obstetricia y Ginecología. ENFERMEDAD PERLVOCA INFLAMATORIA. Séptima Edición. Capítulo 33. Páginas 442 – 448.
2. Usandizaga y De La Fuente. 2011. Obstetricia y Ginecología. INFECCIONES PELVIANAS: ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVIANA. Cuarta Edición. Capítulo 21. Páginas 941 – 952.
3. Organización Mundial de la Salud. 2011 ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA. Disponible en:  
[www.who.int/hiv/pub/guidelines/cuba\\_art.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/cuba_art.pdf) (Consultado septiembre 10, 2013)
4. Drs. Alfredo Ovalle S., M. Angélica Martínez T., Alejandro Casals C., Rafael Yuhaniak N. y M. Soledad Giglio M, 2009. ESTUDIO CLINICO Y MICROBIOLOGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA AGUDA. Disponible en:  
[www.Clinicalandmicrobiologicalstudy\\_of\\_acutepelvicinflammatorydisease/file/.pdf](http://www.Clinicalandmicrobiologicalstudy_of_acutepelvicinflammatorydisease/file/.pdf) (Consultado septiembre 10, 2013).
5. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists). 2012 ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA. Disponible en:  
[www.acog.org/panish/Files/Enfermedadinflamatoriapelvica.aspx](http://www.acog.org/panish/Files/Enfermedadinflamatoriapelvica.aspx) (Consultado septiembre 11, 2013).
6. Westrom L and Eschenbach D. In: K. Holmes, P. Sparling, P. Mardh et al (eds). Sexually Transmitted Diseases, 2011. 3rd Edition, ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA. Disponible en:  
<http://www.cdc.gov/std/spanish/STDfact-PID-s.htm> . (Consultado septiembre 11, 2013).
7. Dr. Javier Mancilla Ramírez. 2012. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA EN MUJERES MAYORES DE 14 AÑOS CON VIDA SEXUAL ACTIVA. Disponible en:  
[www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc/html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc/html). (Consultado septiembre 12, 2013).
8. ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP). 2010. Disponible en:  
[www.dep19.san.gva.es/urgencias/files/protocolos/epi](http://www.dep19.san.gva.es/urgencias/files/protocolos/epi). (Consultado septiembre 12, 2013).



9. Mancilla-Ramírez J (Coordinador del Grupo de Análisis), Lira-Plascencia J, Espinoza de los Monteros JA, Tenorio-Ramos J, Flores-Ramírez J. 2011 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ANTIBACTERIANO DE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI). Disponible en:  
[www.mrmworldwide.com.mx/contigomedicos/biblioteca\\_PDF/Pelvicas.pdf](http://www.mrmworldwide.com.mx/contigomedicos/biblioteca_PDF/Pelvicas.pdf).  
(Consultado septiembre 12, 2013).
10. Instituto Mexicano de Seguridad Social – Dirección de Prestaciones Médicas. 2012. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ANTIBACTERIANO DE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI). Disponible en:  
[www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/072GRR.pdf](http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/072GRR.pdf).  
(Consultado septiembre 12, 2013).
11. Antonio Alomar Rotger. Servicio Obstetricia y Ginecología. 2012 ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA. Disponible en:  
[www.elcomprimido.com/FARHSD/PROTENFINFPEL.pdf](http://www.elcomprimido.com/FARHSD/PROTENFINFPEL.pdf). (Consultado septiembre 12, 2013).
12. Clínica Maternidad Rafael Calvo Enfermedad. 2010. PÉLVICA INFLAMATORIA. Disponible en:  
[www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/.../ENFERMEDAD\\_PÉLVICA\\_INFLAMATORIA](http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/.../ENFERMEDAD_PÉLVICA_INFLAMATORIA). (Consultado septiembre 12, 2013).
13. Revista Cubana Obstet Ginecol v.36 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2010 ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA / PELVIC INFLAMMATORY DISEASE. (en línea) URL:  
[www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013800X2010000400015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013800X2010000400015&script=sci_arttext)  
(Consultado septiembre 12, 2013).
14. Dr. Lázaro García León,<sup>1</sup> Dr. José R. Mendoza,<sup>2</sup> Lic. Nancy Herrera Llerena<sup>3</sup> y Dra. Aurora Núñez 2011 VALOR DE LA ULTRASONOGRAFÍA ABDOMINAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA. Disponible en:  
[www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013800X2001000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013800X2001000100002&script=sci_arttext)  
(Consultado septiembre 12, 2013).

15. Narciso R., María de Lourdes; Arredondo G., José L; Zaldivar N., Antonio; G. B., Carlos Quesnel, 2012. ETIOLOGÍA MICROBIANA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA LEVE Y MODERADA (EIP) / MICROBIAL ETHIOLOGY OF MILD AND MODERATE PELVIC INFLAMMATORY DISEASE URL disponible en:  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=232563&indexSearch=ID>. (Consultado septiembre 13, 2013).
16. Dra. Alba Cortés Alfaro,<sup>1</sup> Dra. María E. Sordo Rivera,<sup>1</sup> Dra. Caridad Cumbá Abreu,<sup>3</sup> Dr. René G. García Roche<sup>3</sup> y Dr. Jorge Fuentes Abreu<sup>4</sup>. 2009 COMPORTAMIENTO SEXUAL Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA BÁSICA DE CIUDAD DE LA HABANA. Disponible en:  
[www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156130032000000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156130032000000100008&script=sci_arttext). (Consultado septiembre 13, 2013).
17. Dra. Rosalba Roque González,<sup>1</sup> Dr. Evelio Ramírez Hernández,<sup>2</sup> Dr. Armando Leal Mursulí,<sup>3</sup> Dr. Hernán Pérez Oramas , Dra. Nélide Ramos Díaz<sup>4</sup> y Dr. Esteban Goitzolo Vildostegui<sup>4</sup>. 2010 Tratamiento medicoquirúrgico en la enfermedad inflamatoria pélvica aguda. Disponible en:  
[www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00347493200000020009](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347493200000020009). (Consultado septiembre 13, 2013).
18. Dr. Jorge Peláez Mendoza. 2012 ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA Y ADOLESCENCIA/PELVIS INFLAMMATORY DISEASE AND THE ADOLESCENCE. Disponible en:  
[www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X201200010008](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X201200010008). (Consultado septiembre 13, 2013).
19. Ministerio de Salud de Colombia. 2011. GUIA DE MANEJO Y CONSULTA ESPECIALIZADA EN GINECO – OBSTETRICIA – ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA. Disponible en:  
[www.colombianadesalud.org.co/ENFERMEDAD-PELVICA-INFLAMATORIA](http://www.colombianadesalud.org.co/ENFERMEDAD-PELVICA-INFLAMATORIA). (Consultado septiembre 13, 2013).

20. Andrés Reyes-Hurtado, Juan C Ramírez. 2009. ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA CAUSADA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE. Disponible en: [www.salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/educacion/enfe\\_pelv\\_infl.pdf](http://www.salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/educacion/enfe_pelv_infl.pdf). (Consultado septiembre 13, 2013).

# ANEXO



**Encuesta**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y FACTORES DE RIESGO**  
**PARA ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA**

- Edad:
- Estado Civil
  - SOLTERA
  - CASADA
  - UNION LIBRE
  - DIVORCIADA
  - VIUDA
- Instrucción
- Ocupación:

1. ¿SABE USTED ALGO SOBRE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA?

SI ( ) NO ( )

2. ¿SABE CUALES SON LAS POSIBLES COMPLICACIONES DE ESTA ENFERMEDAD?

SI ( ) NO ( )

3. EN CASO DE SABERLO MENCIONES CUALES.

.....  
.....

4. ¿CUÁNTAS PAREJAS SEXUALES HA TENIDO EN LOS ULTIMOS TRES MESES?

.....  
.....

5. ¿USA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO? ¿CÚAL?

SI ( ) NO ( )

DIU	PRESERVATIVO	PILDORA
IMPLANTES SUBDERMICOS		INYECTABLES
NATURAL	PAE	

6. ¿HA PRESENTADO SECRECIÓN VAGINAL, Y SI LO HA HECHO RECIBIÓ TRATAMIENTO Y QUE TIEMPO DURÓ?

SI PRESENTO ( ) NO PRESENTO ( )

CON TRATAMIENTO ( ) SIN TRATAMIENTO ( )

MENOS DE SIETE DÍAS 7 DÍAS  
14 DÍAS MÁS DE 14 DÍAS

7. ¿SI PRESENTO SECRECIÓN VAGINAL, SE ACOMPAÑA DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS O SIGNOS?

DOLOR ABDOMINAL FIEBRE  
DOLOR AL EXAMEN GINECOLÓGICO (SI SE REALIZÓ)  
DISPAREUNIA DISURIA

8. ¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS O REALIZA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?

ABORTO LEGRADOS HACE DUCHAS  
VAGINALES  
RELACIONES SEXUALES SIN CONDÓN DIAGNÓSTICO DE EPI  
ITS

9. ¿SE HA REALIZADO PAP TEST?

SI ( ) NO ( )

10. ¿A QUE EDAD INICIÓ VIDA SEXUAL?

.....

FIRMA: .....

Realizada Por: César Granda.

# ÍNDICE

1. PORTADA	I
2. CERTIFICACION	II
3. AUTORIA	III
4. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	IV
5. DEDICATORIA	V
6. AGRADECIMIENTO	VI
7. TITULO	7
8. RESUMEN/SUMMARY	9-11
9. INTRODUCCIÓN	12-15
10. REVISION DE LITERATURA	16
a. Introducción	17
b. Epidemiología	17
c. Definición	17
d. Etiología	18
e. Patogenia	19
f. Factores de riesgo	20
g. Cuadro clínico	22

• Criterios clínicos para EPI	22
• Clasificación de EPI	23
1. Según hallazgos clínicos	
2. Según hallazgos laparoscópicos	
h. Diagnostico	24
• Criterios diagnósticos de EPI	24
• Ayudas diagnósticas	25
• Procedimientos especiales	25
i. Criterios de ingreso	27
j. Diagnóstico diferencial	28
11. METODOLOGIA	31-33
12. RESULTADOS	34-47
13. DISCUSION	48-50
14. CONCLUSIONES	51-52
15. RECOMENDACIONES	53-54
16. BIBLIOGRAFIA	55-59
17. ANEXO	60-62
18. INDICE	63-64