

Comportamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda en la atención primaria de salud. Matanzas, 2017-2018

Behavior of the acute inflammatory pelvic disease in the health primary care. Matanzas, 2017-2018

Diriana Bárbara Sánchez-Pérez^{1*}  <https://orcid.org/0000-0002-2411-7401>

María Acelia Marrero-Miragaya²  <https://orcid.org/0000-0002-5279-0847>

María Beatriz Romero-Fernández¹  <https://orcid.org/0000-0002-9753-6922>

Arialis Guerra-Balseiro³  <https://orcid.org/0000-0003-0071-9560>

Marionne Tirado-Marrero⁴  <https://orcid.org/0000-0002-8328-3469>

Dania Marina Laguardia-Aldama¹  <https://orcid.org/0000-0002-2765-1511>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

² Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos. La Habana, Cuba.

³ Policlínico Docente Samuel Fernández. Matanzas, Cuba.

⁴ Hospital Docente Clínico Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: dirianasanchez@gmail.com



RESUMEN

Introducción: la enfermedad inflamatoria pélvica aguda es una entidad frecuente en mujeres jóvenes en edad reproductiva, y constituye causa de infertilidad y otras complicaciones.

Objetivo: caracterizar el comportamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda en pacientes atendidas en el Policlínico Docente Samuel Fernández, del municipio Matanzas, en el período de enero de 2017 a enero de 2018.

Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo a 76 mujeres, a las que se les hizo caracterización sociodemográfica y clínico-ecográfica, que permitió su clasificación como pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica aguda leve-moderada, requerida de tratamiento y seguimiento en atención primaria. Se evaluó la respuesta clínico-ecográfica al tratamiento médico indicado, a partir de la disminución de la intensidad del dolor pélvico y de las modificaciones de los hallazgos ecográficos iniciales.

Resultados: la enfermedad inflamatoria pélvica aguda leve-moderada representó el 87,4 % de los casos evaluados en Consulta Ginecológica de la atención primaria de salud, en el período estudiado. La media de edad fue de 31,2 años. Clínicamente predominaron los casos con dolor severo. El hallazgo ecográfico inicial más frecuente fue el de anejos engrosados. La antibioticoterapia oral combinada y el uso de antiinflamatorios fue la terapia médica empleada, con resultados clínico-ecográficos favorables en el 98,4 y el 92,2 % de los casos, respectivamente.

Conclusiones: la enfermedad inflamatoria pélvica leve-moderada resultó una entidad frecuente en el Servicio de Ginecología de la atención primaria de salud en el período estudiado, con evolución satisfactoria al tratamiento médico.

Palabras clave: enfermedad inflamatoria pélvica aguda; atención primaria de salud; criterios diagnósticos; tratamiento ambulatorio.

ABSTRACT

Introduction: acute inflammatory pelvic disease is a frequent entity in young women in reproductive age, and is cause of infertility and other complications.

Objective: to characterize the behavior of the acute inflammatory pelvic disease in patients attended at the Teaching Polyclinic Samuel Fernandez, of the municipality of Matanzas, in the period from January 2017 to January 2018.

Materials and methods: a descriptive, longitudinal and prospective study was carried out in 76 women, who were object of socio-demographic and clinic-echographic characterization that allowed their classification as patients with mild-moderated acute inflammatory pelvic disease requiring treatment and follow up in primary care services.



The clinic-echographyc answer to medical treatment was evaluated from the decrease of the intensity of the pelvic pain and the modification of the baseline echographyc findings.

Results: mild-moderated acute inflammatory pelvic disease represented 87.4 % of the cases evaluated in the primary care Gynecological consultation in the studied period. The average age was 31.2 years. The cases with severe pain predominated clinically. The most frequent baseline echographyc finding was increased annexes. Oral combined antibiotic therapy and the use of anti-inflammatory drugs was the used medical therapy, with favorable clinic-echographyc results in 98.4 % and 92.2 % of cases respectively.

Conclusions: mild-moderated inflammatory pelvic disease was a frequent entity in the Gynecology service of the primary health care in the studied period, with satisfactory evolution to medical treatment.

Key words: acute inflammatory pelvic disease; primary health care; diagnosis criteria; ambulatory treatment.

Recibido: 06/08/2020.

Aceptado: 18/01/2022.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es un síndrome clínico frecuente, caracterizado por la infección del tracto genital superior. Generalmente es el resultado de una infección ascendente desde el endocérnix, con gran variabilidad en la forma de presentación: desde formas subclínicas, prácticamente asintomáticas, hasta cuadros graves de abdomen agudo, que pueden en algunos casos llegar hasta la muerte.⁽¹⁾

A la par, constituye una de las enfermedades infecciosas más frecuentes e importantes en las mujeres no embarazadas en edad reproductiva, y es considerada un problema de salud pública debido a sus manifestaciones clínicas y secuelas. Representa el 20 % de las consultas ginecológicas y es responsable del 20 % de los casos de infertilidad.^(2,3)

Existe una relación importante entre la enfermedad inflamatoria pélvica y las enfermedades de transmisión sexual, al punto que se considera que un episodio reciente de estas está presente en el 90 % de las EIP. Otros factores que han sido relacionados con el incremento de esta enfermedad incluyen el uso de dispositivos intrauterinos (DIU), las infecciones puerperales y postaborto, los procedimientos operatorios como dilatación y curetaje uterino, y la histerosalpingografía.⁽²⁾



El dolor pélvico constituye la causa más frecuente de consulta. Es un síntoma molesto e invalidante que afecta la actividad cotidiana y el ejercicio de la sexualidad; forma parte de los criterios mayores de la enfermedad, acompañado o no de otros signos; tiene alta sensibilidad (> 95 %) para EIP, por lo que, junto a exámenes complementarios imagenológicos y de laboratorio contribuye a confirmar el diagnóstico. La ecografía es la técnica de imagen más utilizada y resulta de alta efectividad en un 87,5 %, con gran utilidad, además, para valorar la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.⁽⁴⁾

Para la clasificación, según estadio clínico y gravedad de la enfermedad, las autoras se adscribieron a la clasificación de Monif, que reconoce a la enfermedad inflamatoria pélvica grado I (leve) no complicada: sin masa anexial ni datos de abdomen agudo ni irritación peritoneal; grado II (moderada) complicada: presencia de masa anexial o absceso que involucra trompas y ovarios; con o sin signos de irritación peritoneal; y grado III (grave o severa): diseminada a estructuras extrapélvicas, absceso tubo-ovárico roto o pelviperitonitis o con datos de respuesta sistémica.⁽⁵⁾

Su tratamiento dependerá de la severidad del cuadro: puede ser el manejo ambulatorio con tratamiento vía oral para los casos leves y moderados, pero los casos graves —las adolescentes, embarazadas y las que no responden al tratamiento oral— deberán ser hospitalizados.⁽⁵⁾

El diagnóstico temprano en sus formas leves y moderadas, con la instauración de un tratamiento inmediato en la atención primaria de salud (APS), es muy importante para la paciente y para el sistema de salud. El objetivo de este trabajo es caracterizar el comportamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda (EIPA) leve-moderada en pacientes atendidas en el Policlínico Docente Samuel Fernández, del municipio de Matanzas, entre enero de 2017 y enero de 2018, y evaluarla respuesta clínico-ecográfica al tratamiento médico indicado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo en la APS, en pacientes con diagnóstico de EIPA leve y moderada, requeridas de tratamiento ambulatorio.

Universo y muestra: fueron atendidas 87 pacientes con dolor pélvico agudo que asistieron al Servicio de Ginecología del Policlínico Docente Samuel Fernández, de Matanzas, en el período evaluado. Fueron incluidas en el estudio 76 pacientes con diagnóstico de EIPA leve-moderada.

El diagnóstico de EIPA y su clasificación fue confirmado clínica y ecográficamente. Se aplicó escala analógica del dolor en el momento del diagnóstico. Se evaluó el dolor como leve cuando la puntuación estuvo entre 1 y 3, moderado entre 4 y 6, y severo entre 7 y 10.⁽⁶⁾



Se realizó ecografía transvaginal en busca de alteraciones imagenológicas relacionadas con la enfermedad, lo que permitió la caracterización clínico-ecográfica de estas pacientes.

Para realizar la caracterización sociodemográfica, las variables a analizar fueron: edad (menos de 20 años, 20-29, 30-39, 40-49, 50 y más años), raza (blanca, mestiza y negra), procedencia (urbana y rural), ocupación (estudiante, trabajadora, ama de casa), escolaridad (media y superior) y factores de riesgo asociados (ninguno, legrado, colocación de DIU, clamidias, micoplasma y parto).

El tratamiento médico indicado incluyó el empleo de un esquema de antibioticoterapia combinado: ciprofloxacino (250 mg): 2 tabletas (en dosis única) + azitromicina (500 mg): 2 gramos (1g cada semana, durante 2 semanas) + metronidazol (250 mg): 2 tabletas c/12 h por 10 días, y antiinflamatorios del tipo Proctokinasa® (200 000 UI): 1 supositorio c/8h por 2 días o piroxicam (20 mg): 1 supositorio al día por 7 días.^(1,2,5)

Al tomar como punto base la intensidad del dolor antes de iniciar el tratamiento, se consideró respuesta clínica si se constató reducción de la misma de una medición a otra en al menos 20 mm al tercer, quinto, décimo y decimoquinto día del tratamiento. Otra variable para evaluar la respuesta al tratamiento fue la evolución de los hallazgos ecográficos con la constatación de la remisión o persistencia de los mismos en la ecografía transvaginal evolutiva, al quinto día de tratamiento.

Los datos correspondientes a las variables del estudio fueron introducidos en una base de datos creada al efecto, en el paquete estadístico SPSS versión 11.5, para su posterior análisis.

RESULTADOS

La EIPA leve-moderada representó el 87,4 % de los casos atendidos por dolor pélvico en consulta ginecológica de la APS en el período estudiado. De las 87 pacientes, 11 fueron remitidas al servicio hospitalario: adolescentes, 4 (4,6 %); con várices pelvianas, 2 (2,3 %); con embarazo ectópico, 2 (2,3 %); con EIPA severa, 2 (2,3 %), y con quiste de ovario, 1 (1,1 %).

En la tabla 1 se muestran las características clínico-ecográficas. Se aprecia que predominó el dolor severo. De los síntomas asociados, la leucorrea resultó el más frecuente, presente en el total de las féminas, solo o asociado a la fiebre. Hubo un predominio de los casos clasificados como EIPA moderadas sobre los clasificados como EIPA leve.



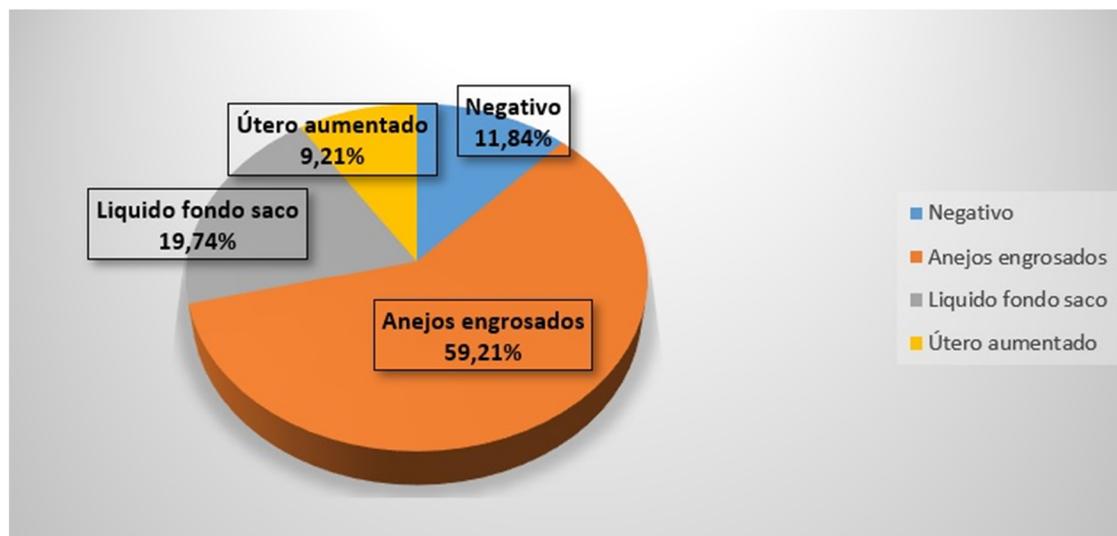
Tabla 1. Distribución de pacientes según características clínico-ecográficas

Características clínico-ecográficas	No.	%(n=76)
Intensidad del dolor bajo vientre*		
No dolor	-	-
Leve	3	3,95
Moderado	25	32,89
Severo	48	63,16
Síntomas asociados		
Leucorrea	62	81,58
Leucorrea y fiebre	14	18,42
Hallazgos ecográficos iniciales		
Negativo	9	11,84
Anejos engrosados	45	59,21
Líquido fondo saco	15	19,74
Útero aumentado	7	9,21
Clasificación de EIP		
Leve	14	18,42
Moderada	62	81,57

*Según escala analógica del dolor.

Para corroborar el diagnóstico se realizó ecografía, la que constató a los anejos engrosados como el hallazgo más frecuente; solo hubo 9 de estas en las que no se detectaron alteraciones ecográficas. (Gráf. 1)





Graf. 1. Hallazgos ecográficos iniciales.

La tabla 2 muestra las características sociodemográficas de las pacientes incluidas en el estudio. Predominó el grupo etario entre los 20 y 39 años, siendo la media de edad de 31,2. Respecto a las restantes variables, se encontró un predominio de la raza blanca, con más del 50 %. Las mujeres vinculadas laboralmente representaron el 67,1 %, con nivel medio de escolaridad el 69,74 %, y la procedencia urbana fue mayor.

Tabla 2. Distribución de pacientes según características sociodemográficas

Características sociodemográficas		
Edad	No.	% (n=76)
Menos de 20 años	7	9,21
20-29 años	27	35,53
30-39 años	25	32,89
40-49 años	15	19,74
Raza		
Blanca	42	55,26
Mestiza	22	28,95
Negra	12	15,79
Ocupación		
Trabaja	51	67,11
Ama de casa	16	21,05
Estudia	9	11,84
Nivel de escolaridad		
Medio	53	69,74
Superior	23	30,26
Procedencia		
Urbana	60	78,95
Rural	16	21,05

*Media: 31,2; DE: 8,49 min. 18 Max. 50.

Concerniente a los factores de riesgo para EIPA (tabla 3), en la mayor parte de las pacientes (76,32 %) no se encontró ninguno. Entre las que presentaron alguno, los relacionados con la manipulación de los genitales (legrado y colocación de DIU) fueron los más frecuentes (12 pacientes).

Tabla 3. Distribución de pacientes y factores de riesgo asociados a EIPA

Factores de riesgo para EIPA (últimos 3 meses)	No.	% (n=76)
Ninguno	58	76,32
Legrado	6	7,89
Colocación de DIU	6	7,89
Clamidias	3	3,95
Micoplasma	2	2,63
Parto	1	1,32



Durante el seguimiento se perdieron 12 pacientes que no asistieron a las consultas, por lo que la evaluación de la respuesta clínico-ecográfica al tratamiento solo reflejó el resultado de la evaluación de 64 pacientes postratamiento.

La evolución del dolor al tercer, quinto, décimo y decimoquinto día de tratamiento se resume en la tabla 4. Del 62,5 % de pacientes que refirieron dolor severo al momento del diagnóstico, este disminuyó y fue referido por el 25 % y 10,9 % de las pacientes al tercer y quinto día, respectivamente. Se mantuvo de tal intensidad solo en una paciente (1,6 %) a los 15 días de tratamiento médico. Al quinto día de seguimiento, más del 50 % de las pacientes evolucionaron a las categorías menos intensas (21,9 % sin dolor y 43,8 % con dolor leve). La evaluación realizada a los 15 días de iniciado el tratamiento encontró que el 89,1 % de las pacientes estaba sin dolor, y que solo una paciente se mantuvo con dolor severo.

Tabla 4. Distribución de pacientes según evolución del dolor y momento de la evaluación de la respuesta al tratamiento

Momento de evaluación	Escala del dolor							
	No dolor		Dolor leve (1-3 puntos)		Dolor moderado (4-6 puntos)		Dolor severo (7 a 10 puntos)	
	No.	% (n=64*)	No.	% (n=64)	No.	% (n=64)	No.	% (n=64)
Inicial	-	-	2	3,1	22	34,4	40	62,5
3 días	2	3,1	19	29,7	27	42,2	16	25,0
5 días	14	21,9	28	43,8	15	23,4	7	10,9
10 días	40	62,5	21	32,8	2	3,1	1	1,6
15 días	57	89,1	6	9,4	-	-	1	1,6

*Doce pacientes no asistieron a las consultas de seguimiento.

Al evaluar la respuesta al tratamiento médico prescrito (terapia antimicrobiana combinada y antiinflamatorios no esteroideos o Proctokinasa®), se consideró favorable la respuesta clínica lograda en casi la totalidad de las pacientes tratadas en consulta de APS. Se constató reducción gradual de la intensidad del dolor de una medición a otra, y ya al décimo y decimoquinto alcanzó el 98,4 % de las pacientes. (Tabla 5)



Tabla 5. Distribución de pacientes según respuesta clínica y momentos de la evaluación de la respuesta al tratamiento

Momento de evaluación	Respuesta clínica		No respuesta	
	No.	% (n=64*)	No.	% (n=64)
3 días	39	60,94	25	39,06
5 días	58	90,63	6	9,38
10 días	63	98,44	1	1,56
15 días	63	98,44	1	1,56

*Doce pacientes no asistieron a las consultas de seguimiento.

En el gráfico 2 se muestran los resultados del estudio ecográfico realizado a las pacientes al quinto día de iniciado el tratamiento médico. Resulta significativa la negativización de los hallazgos ecográficos en el 92,2 % de los casos; solo en el 7,8 % (5 pacientes) se encontró la persistencia de anejos engrosados.

**Gráf. 2.** Modificación de los hallazgos ecográficos.

DISCUSIÓN

El dolor es el síntoma más característico de la enfermedad inflamatoria pélvica: se halla en el 99 % de los casos. Su aparición es síntoma indicativo de infección ascendente; se intensifica a la realización del tacto bimanual vagino-abdominal.^(2,7)

Los hallazgos clínicos en la presente investigación mostraron un porcentaje elevado de pacientes con dolor severo, lo que coincide con un estudio del año 2014, en el que el grado de dolor referido en la primera consulta, empleando la Escala Visual Análoga, fue de 7 (dolor severo). Aunque en esta serie se refiere a dolor agudo, este resultado coincide con lo obtenido, porque se apreció un predominio del dolor severo con puntajes de entre 7 y 10 según la escala analógica del dolor.⁽⁸⁾

La leucorrea fue el signo acompañante más frecuente con o sin fiebre. Datos similares se reportan en la literatura, que resalta al dolor a la palpación en hemiabdomen inferior en alto porcentaje de los casos, la leucorrea en el 17 % y la fiebre en el 12,5 %.⁽⁹⁾ Otros autores reportan leucorrea en más de la mitad de las pacientes.⁽²⁾

Álvarez Pabón et al.⁽¹⁰⁾ coinciden en que el síntoma más frecuente es el dolor abdominal (96,2 %), además de leucorrea (27,4 %) y fiebre (27,4 %). Describen otras manifestaciones acompañantes, como síntomas gastrointestinales, urinarios, dispareunia y sangrado vaginal.

Un estudio reciente⁽¹¹⁾ muestra en la ecografía imágenes sugestivas de EIPA en un 56,3 %, inferior al porcentaje obtenido en este trabajo, lo que pudo estar relacionado con el hecho de que de las pacientes con EIPA, el 81,57 % fueron clasificadas como moderada.

Entre los signos considerados característicos para el diagnóstico de EIP por ultrasonido, se mencionan grosor de la pared de la trompa uterina mayor de 5 mm, presencia de septos incompletos en el interior de la trompa, presencia de líquido en el fondo de saco de Douglas, y el signo de la "rueda dentada", en la vista del corte transversal de la trompa. Autores diversos encuentran que las pacientes con EIP presentaron en su mayoría trompas engrosadas ecogénicas, hallazgos coincidentes con los datos obtenidos.^(12,13)

Cercano a los resultados de esta investigación, un estudio publicado en México en 2017 constata que la media de edad de las pacientes es de 28 años.⁽¹⁰⁾ Resultados de investigación en Perú en 2005, muestran cómo el grupo etario de mayor incidencia es el de 25 a 35 años, con una edad mínima de 19 años y una edad máxima de 45 años.⁽¹²⁾

La raza es uno de los factores que aparecen recogidos en la bibliografía, pero no existe evidencia científica sobre su relación.⁽⁷⁾ Sin embargo, entre los trabajos revisados fueron pocos los casos en que se registró esta variable. Un estudio clínico-epidemiológico realizado en Perú, en 2005, expone que el 95 % de las pacientes eran de raza mestiza.⁽¹²⁾ Las autoras consideran que la mayor prevalencia de la raza blanca en los casos está relacionada con la distribución de esta variable en la población cubana en general, y la matancera en particular.



Briceño Martínez,⁽¹⁴⁾ en 2011, demuestra como ocupación más frecuente la de ama de casa, con un 81,2 %; y la instrucción primaria en el 57,4 % de sus pacientes. El hecho de que en el presente estudio predominaron las mujeres trabajadoras, es reflejo de que la mujer cubana se caracteriza por tener en su mayoría vínculo laboral. Se considera que, aunque la ocupación no es un elemento decisivo en la incidencia de EIP, determinadas profesiones, como porejemplo aquellas que exigen largas estadias de pie, pueden incidir en un agravamiento del dolor pélvico ocasionado por la enfermedad inflamatoria. Las pacientes con nivel medio predominaron en la muestra, diferencia relacionada con el acceso pleno a la educación que tienen los jóvenes en Cuba, a diferencia de otros países de la región.

Respecto a los factores de riesgo para EIPA, la bibliografía consultada destaca los siguientes: múltiples (tres o más) compañeros sexuales, relaciones sexuales con la menstruación, relaciones sexuales porvía anal, episodios previos de EIP, antecedentes de uso de DIU.⁽¹²⁾

En esta investigación, el legrado y la colocación de DIU fueron los factores de riesgo más frecuentes, acompañados por la presencia de ITS. Estudios de casos control coinciden con este hallazgo y comprueban un aumento del riesgo de EIP en pacientes portadoras de DIU.⁽¹⁵⁾ Un estudio publicado en 2018, analiza 22 estudios extraídos de la base de datos PubMed entre 2000 y 2016, que muestran que la edad avanzada y las infecciones de transmisión sexual son los factores que influyen en el riesgo de EIPA vinculado a los DIU.⁽¹⁶⁾

El tratamiento de la EIPA presenta diversos objetivos terapéuticos, que son la eliminación de la infección aguda y los síntomas, y la prevención de las secuelas a largo plazo.⁽¹⁾ El dolor pélvico agudo es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias. Los síntomas inespecíficos hacen que a menudo se encuentre patología ginecológica en pacientes remitidas por otras sospechas diagnósticas. Es reconocido su mayor impacto en mujeres durante la etapa más activa de su vida sexual, por lo que su aparición en la adolescencia y juventud temprana es frecuente, especialmente relacionado con el desarrollo de enfermedad inflamatoria pélvica.⁽⁸⁾

Las autoras reflexionan que el dolor, a pesar de no ser el único síntoma en la EIP, es el que más angustia genera en la paciente, y por ello es necesario abordarlo de forma eficaz y precoz. El dolor siempre debe ser una prioridad para el médico, tanto cuando es posible su desaparición por la resolución del proceso causal (como es el caso de la EIPA) como cuando no lo es.

El tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos se utiliza tempranamente en la fase aguda de la enfermedad para el alivio de los síntomas inflamatorios, entre los cuales el dolor constituye un importante marcador de la evolución de la EIPA. Resulta útil para la prevención de las secuelas a mediano y largo plazo, de gran repercusión para la mujer, como lo son la infertilidad y el embarazo ectópico, ya que la inflamación se considera responsable del desarrollo de complicaciones reproductivas tanto agudas como crónicas.⁽⁷⁾

El uso de antiinflamatorios con corticoides o antiinflamatorios no esteroideos para reducir el dolor está descrito en la literatura.^(17,18) En Cuba, desde 2012, se cuenta con



una formulación de estreptoquinasa recombinante (SKr) en supositorio (Proctokinasa®), con acción trombolítica y antiinflamatoria demostradas.⁽¹⁹⁾

Vasallo Comendeiro et al.⁽⁸⁾ publican un trabajo sobre el manejo del dolor pélvico crónico de disímiles causas, donde la más frecuente resulta la EIPA. Sus resultados muestran un alivio del dolor con el uso de terapias analgésicas combinadas, lo que se aprecia en la disminución de los valores medios obtenidos con la aplicación de la escala analógica del dolor. Si bien estos resultados coinciden con los hallazgos de la presente investigación, en la que las pacientes tuvieron respuesta clínica a partir de la reducción gradual de la intensidad del dolor de una medición a otra, y ya al décimo y al decimoquinto día alcanzó a casi la totalidad de las pacientes, las autoras alertan sobre el hecho de que estos son referidos a dolor crónico, por lo que los tiempos de evaluación son más largos y conseguir analgesia requiere de un mayor período de tiempo.

El tratamiento antibacteriano de la EIP debe ser empírico, precoz y de amplio espectro, para cubrir todos los posibles patógenos. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y la guía de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de 2017 así lo recomiendan, ya que la vaginosis bacteriana es frecuente en mujeres diagnosticadas de EIP y los anaerobios se han aislado frecuentemente en muestras del tracto genital superior.⁽²⁰⁾ El protocolo de tratamiento ambulatorio combinó azitromicina, ciprofloxacina y metronizadol. La antibioticoterapia combinada con drogas, cuyo espectro incluyó a los patógenos más frecuentes en EIPA —tales como clindamicina y gentamicina—, resultó eficaz en el 86 % de las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo de Loayza, en Lima, Perú, en el período 2000-2003.⁽¹²⁾

Asimismo, la respuesta al tratamiento fue valorada a través de la evolución de los hallazgos ecográficos, con la constatación de la remisión de los mismos en la ecografía transvaginal evolutiva en un significativo porcentaje de las pacientes, confirmando la utilidad del estudio imagenológico para valorar la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.⁽⁴⁾

La EIPA leve-moderada resultó una entidad frecuente en el servicio de ginecología de la APS, en el período estudiado. El dolor pélvico moderado-severo fue la manifestación clínica más frecuente, y los anejos engrosados el hallazgo ecográfico principal. La evolución resultó satisfactoria al tratamiento médico empleado, que incluyó terapia antimicrobiana combinada y fármacos antiinflamatorios. La ecografía transvaginal constituyó un medio diagnóstico útil para ayudar al diagnóstico de la EIPA, y para seguir tanto la evolución de la enfermedad como la respuesta al tratamiento.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, management, and prevention. *Am Fam Physician*. 2019 sep 15;100(6):357-64. Citado en PubMed; PMID: 31524362.
2. Zeledón Rojas N. Enfermedad pélvica inflamatoria. *Rev Méd Sinerg*. [Internet]. 2016 [citado 21/10/2021];1(12):3-9. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/53>
3. Rigol Ricardo O, Santiesteban SR, Cutié León E, et al. *Obstetricia y Ginecología*. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.
4. Schiappacasse G, Gana E, Ríos MI, et al. Infección del tracto genital superior femenino: revisión pictográfica por tomografía computada según clasificación clínica. *Rev Chil Radiol* [Internet]. 2014 [citado 29/05/2018];20(1):31-7. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082014000100007
5. Zurimendi Gorrochategui I. Enfermedad pélvica inflamatoria. Clases de Residentes [Internet]. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2016 [citado 29/05/2018]. Disponible en: https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/clases_residentes/2016/clase2016_enfermedad_pelvica_inflamatoria.pdf
6. Bourdel N, Alves J, Pickering G, et al. Systematic review of endometriosis pain assessment: how to choose a scale? *Hum Reprod Update*. 2015 Jan-Feb;21(1):136-52. Citado en PubMed; PMID: 25180023.
7. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med*. 2015 May;372(21):2039-48. Citado en PubMed; PMID: 25992748.
8. Vasallo Comendeiro VJ, Arjona Fonseca S, Fernández Romaguera Y, et al. Dolor pélvico crónico en la mujer. *Rev Cubana Anestesiología y Reanimación* [Internet]. 2014 [citado 26/05/2018];13(1):6-14. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubanerea/rca-2014/rca141c.pdf>
9. Paz Majluf JS. Prevalencia de enfermedad pélvica inflamatoria en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología del hospital central de la policía Luis N. Sáenz en el periodo 2013 a 2014 [Tesis en Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2015 [citado 26/10/2018]. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/718/Paz_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Álvarez Pabón Y, Sepúlveda Agudelo J, Díaz Martínez LA. Enfermedad pélvica inflamatoria: análisis retrospectivo. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2017 Jul [citado 26/05/2018];85(7):433-41. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom177d.pdf>



11. Santana Suárez MA, Suárez Suárez B, Ocón Padrón L, et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2018 [citado 26/05/2018]; 45(4). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X17300345>
12. De la Cruz GP, Bautista M. Estudio clínico-epidemiológico de la enfermedad pélvica inflamatoria aguda. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Peruana Ginecol y Obstet* [Internet]. 2005 [citado 29/05/2018]; 51(3): 126-31. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428177002.pdf>
13. Remón Chávez C, García Peña M, Pernia Planas L, et al. Estudio Clínico-ultrasónico transvaginal-anatomopatológico en las afecciones ginecológicas. *Multimed* [Internet]. 2017 [citado 14/07/2018]; 17(4). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/329>
14. Briceño Martínez CC. Incidencia de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres de edad fértil comprendidas entre los 18 y 40 años de edad que acuden al Hospital Universitario de Motupe de la ciudad de Loja [Tesis en Internet]. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2011 [citado 26/05/2018]. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/718/briceño_C.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Alarcón-Villaverde J, Ramos-Castillo J. Infecciones en ginecología y obstetricia: producción científica de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología en sus setenta años de vida institucional. *Rev peru ginecol obstet* [Internet]. 2017 Jul-Sept [citado 14/07/2018]; 63(3): 429-47. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000300014
16. Straub M, Reynaud Y. Intrauterine device and pelvic inflammatory disease: Myth or reality? *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018 Apr; 46(4): 414-8. Citado en PubMed; PMID: 29627410.
17. Vallejos Narváez A, Ruano C, Ávila MP, et al. Analgésicos en el paciente hospitalizado: Revisión de tema. *Rev colomb cienc quim farm* [Internet]. 2015 Ene-Abr [citado 17/05/2018]; 44(1): 107-27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rcciquifa.v44n1.54288>
18. Ortiz MI, Murguía-Cánovas G, Vargas-López LC, et al. Naproxeno, paracetamol y pamabrom versus paracetamol, pirlamina y pamabrom en dismenorrea primaria: estudio aleatorizado, doble ciego. *Medwave* [Internet]. 2016 Oct [citado 26/05/2018]; 16(9): 6587. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6587?ver=sindiseno>
19. Hernández-Bernal F, Castellanos-Sierra G, Valenzuela-Silva CM, et al. Recombinant streptokinase vs hydrocortisone suppositories in acute hemorrhoids: A randomized controlled trial. *World J Gastroenterol*. 2015 Jun; 21(23): 7305-12. Citado en PubMed; PMID: 26109819.



20. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017 [Internet]. Georgia: CDC; 2018 [citado 13/05/2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/stats17/default.htm>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Diriana Bárbara Sánchez-Pérez: conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, supervisión, validación, visualización, redacción borrador original y redacción revisión y edición.

María Acelia Marrero-Miragaya: conceptualización, curación de datos y análisis formal.

María Beatriz Romero-Fernández: conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, supervisión, validación, visualización, redacción borrador original y redacción revisión y edición.

Arialis Guerra-Balseiro: investigación.

Marionne Tirado-Marrero: curación de datos y análisis formal.

Dania Marina Laguardia-Aldama: metodología, administración del proyecto, recursos y *software*.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Sánchez-Pérez DB, Marrero-Miragaya MA, Romero-Fernández MB, Guerra-Balseiro A, Tirado-Marrero M, Laguardia-Aldama DM. Comportamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda en la atención primaria de salud. Matanzas, 2017-2018. Rev. Méd. Electrón [Internet]. 2022 Ene.-Feb. [citado: fecha de acceso]; 44(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4040/5381>

