



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE ESTUDIO DE POSTGRADO**  
**ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL**  
**CIUDAD HOSPITALARIA “ENRIQUE TEJERA”**  
**SERVICIO CIRUGÍA “B”**

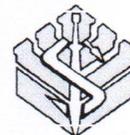


**CARACTERIZACION CLINICA Y QUIRURGICA DE LAS PACIENTES  
TRATADAS POR ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA EN LOS SERVICIOS  
DE CIRUGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”,  
PERIODO 2018-2020**

**AUTOR: Ozlint Yraianny Salinas Gonzalez**

**TUTOR: Dra. Yanira Molina**

**VALENCIA, MAYO 2022**



## ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

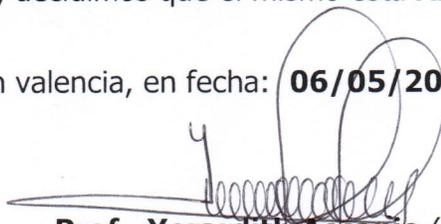
### **CARACTERIZACION CLINICA Y QUIRURGICA DE LAS PACIENTES TRATADAS POR ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR ENRIQUE TEJERA", PERIODO 2018-2020**

Presentado para optar al grado de **Especialista en Cirugía General** por el (la) aspirante:

**SALINAS G., OZLINT Y.**  
C.I. V – 24160006

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Yanira Molina C.I. 24647331, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **06/05/2022**

  
**Prof. Yeraldith Ascanio** (Pdte)  
C.I. 18252029  
Fecha 06-05-22

  
**Prof. Yanira Molina**  
C.I. 24647331  
Fecha 06/05/22

  
**Prof. Isabel Díaz**  
C.I. 8836860  
Fecha 06/5/22

TG:11-22

TG-CS: 11-22

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

**"CARACTERIZACION CLINICA Y QUIRURGICA DE LAS PACIENTES TRATADAS POR ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA EN LOS SERVICIOS DE CIRUGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR ENRIQUE TEJERA", PERIODO 2018-2020"** Presentado por el (la) ciudadano (a): **SALINAS G., OZLINT Y.** titular de la cédula de identidad N° **V-24160006**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 02-05-22 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 06-05-22.

RESOLUCIÓN

Aprobado:  Fecha: 06-05-22. \*Reprobado:  Fecha: \_\_\_\_\_.

Observación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Presidente del Jurado**

Nombre: Gerardo Ascarero

C.I. 18.252029

**Miembro del Jurado**

Nombre: Yanira Mañe

C.I. 24647331

**Miembro del Jurado**

Nombre: Edelmar Díaz

C.I. 8836860

**Nota:**

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. \*En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL  
CIUDAD HOSPITALARIA “ENRIQUE TEJERA”  
SERVICIO CIRUGÍA “B”**



**CARACTERIZACION CLINICA Y QUIRURGICA DE LAS PACIENTES  
TRATADAS POR ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA EN LOS SERVICIOS  
DE CIRUGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”,  
PERIODO 2018-2020**

**AUTOR: Ozlint Yraianny Salinas Gonzalez  
TUTOR: Dra. Yanira Molina**

**RESUMEN**

La EIP es una enfermedad infecciosa frecuente en la mujer en edad reproductiva, constituyendo uno de los principales motivos de demanda de atención médica en los diferentes niveles de atención y en los servicios de urgencias, ameritando tratamiento quirúrgico, en caso de peritonitis generalizada, absceso tubo-ovárico roto o persistente. Se plantea este estudio con el objetivo de analizar las características clínicas y quirúrgicas de las pacientes tratadas por enfermedad inflamatoria pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el periodo 2018-2020. El diseño aplicado fue retrospectivo, procediéndose a la revisión de historias clínicas. Los resultados mostraron que la mayoría de las pacientes eran solteras, de nivel instruccional secundaria, y tuvieron edades entre 14 a 65 años, con un promedio de 30 años. La clínica estuvo caracterizada por dolor en hipogastrio, leucorrea fetida, fiebre, cervicitis y la leucocitosis, mientras que los procedimientos quirúrgicos más realizados fueron ooforosalingectomía y salpingectomía unilaterales, con hallazgo de abscesos, adherencia y secreción intraabdominal purulento.

**Palabras clave:** enfermedad inflamatoria pelvica, ETS, absceso tuboovarico, ooforosalingectomía.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL  
CIUDAD HOSPITALARIA “ENRIQUE TEJERA”  
SERVICIO CIRUGÍA “B”**



**CLINICAL AND SURGICAL CHARACTERIZATION OF PATIENTS TREATED  
FOR PELVIC INFLAMMATORY DISEASE IN THE SURGERY SERVICES OF  
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”, PERIOD 2018-2020**

**AUTOR: Ozlint Yraianny Salinas Gonzalez  
TUTOR: Dra. Yanira Molina**

**ABSTRACT**

Pelvic inflammatory disease is a common infectious disease in women of reproductive age, constituting one of the main reasons for demanding medical attention at the different levels of care and in the emergency services, requiring surgical treatment, in case of generalized peritonitis, Ruptured or persistent tubo-ovarian abscess. This study is proposed with the aim of analyzing the clinical and surgical characteristics of patients treated for pelvic inflammatory disease in the Surgery services of the Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, during the period 2018-2020. The applied design was retrospective, proceeding to the review of medical records. The results showed that most of the patients were single, with secondary education, and were between 14 and 65 years old, with an average of 30 years. The clinic was characterized by pain in the hypogastrium, fetid leukorrhoea, fever, cervicitis and leukocytosis, while the most performed surgical procedures were unilateral oophorosalphingectomy and salpingectomy, with the finding of abscesses, adherence and purulent intra-abdominal secretion.

**Keywords:** pelvic inflammatory disease, STD, tubo-ovarian abscess, oophorosalphingectomy.

## **Indice**

Introducción .....	1
Materiales y Métodos .....	8
Resultados de la Investigación .....	8
Discusión de Resultados .....	9
Conclusión .....	11
Referencia Bibliográfica.....	12
Anexo 1 Tabla de Resultados.....	15
Anexo 2 Variables del Estudio .....	22
Anexo 3 Instrumento de Recolección de Información .....	25

## Introducción

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), es un síndrome clínico, consistente en una infección aguda del tracto genital superior, producida ascendentemente desde la cérvix, pudiendo afectar vagina, cuello uterino, endometrio, trompas de Falopio, y estructuras vecinas, como ovarios, peritoneo y cavidad pelviana<sup>1-2</sup>. La infección origina procesos inflamatorios, incluyendo endometritis, salpingitis, peritonitis pelviana, absceso de trompas y ovarios, de ahí que, se considera una de las infecciones de mayor importancia en mujeres no embarazadas, en edad reproductiva<sup>3-4</sup>.

En cuanto a la incidencia y la prevalencia de la EIP en Venezuela, es difícil de establecerse, dada la diversidad en los criterios diagnósticos y la presentación asintomática, aunque pudiera ser análoga con las tasas de Colombia, donde la prevalencia se ha estimado en 9,2 por 1000 mujeres fértiles<sup>5</sup>. Ahora bien, indistintamente a la región, esta prevalencia suele asociarse con al menos tres factores de riesgo: las enfermedades de transmisión sexual (ETS), la edad joven y el bajo nivel socioeconómico<sup>6</sup>.

Entre estos, el factor de riesgo de mayor significancia es la ETS, ya que la EIP se presenta en forma aguda en más del 85% de los casos, estando el 60% asociada a patógenos de transmisión sexual, siendo los microorganismos más comunes: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Gardnerella vaginalis*, mientras que, el 15% restantes de las EIP es causada por patógenos respiratorios o entérico, colonizadores del tracto genital inferior<sup>2-7-8</sup>.

De esta manera, existe una relación causal entre las ETS y la EIP, lo que conlleva a enfocar esta enfermedad como problema de salud pública, considerando que, según la OMS, aproximadamente 38 millones de personas sexualmente activas, en edad entre 15 a 49 años de edad en las Américas tienen clamidia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis, siendo las dos primeras infecciones causas principales de EIP<sup>10-11</sup>. Por tal razón, la disminución de la prevalencia de la EIP, implica la prevención de las ETS, mediante la promoción de cambios comportamentales y de la detección y tratamiento temprano.<sup>12</sup>

Considerando lo descrito, se explican las razones de por qué son cada vez más las mujeres que experimentan un episodio de EIP aguda, sometiéndose a riesgo de dolor crónico, embarazo ectópico, dolor por adherencias e infertilidad tubárica<sup>2</sup>. Subsecuentemente, los médicos, ante la tendencia de aumento de ETS, deben descartar en todas las pacientes con dolor pélvico que presenten EIP, garantizando el diagnóstico y tratamiento oportuno<sup>9-12</sup>.

En ese entendido, se reconoce a la EIP, como una enfermedad infecciosa frecuente en la mujer en edad reproductiva, constituyendo uno de los principales motivos de demanda de atención médica en los diferentes niveles de atención, así como en los servicios de urgencias<sup>13-14</sup>. Particularmente, las mujeres con EIP, consultan los servicios de cirugía, cuando el tratamiento indicado es quirúrgico<sup>9</sup>, vale decir, ante cuadros clínicos de fiebre constante, bacteriemia, abdomen agudo, íleo paralítico, falla de la antibióticoterapia a las 48 a 72 horas, peritonitis generalizada, absceso tubo-ovárico roto o persistente<sup>15</sup>.

Por su parte, los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, de Estados Unidos, describen la EIP como un conjunto de trastornos inflamatorios del tracto genital superior femenino, que incluye la combinación de endometritis, salpingitis, abscesos tubo-ováricos y pelviperitonitis<sup>16</sup>. Reconociendo, además que estos trastornos inflamatorios se producen por extensión canicular directa de microorganismos a partir de la vagina o endocervix, siendo la *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Gardnerella vaginalis*, agentes causales más frecuentes<sup>8-17</sup>.

Estos microorganismos, una vez adheridos a la mucosa, la fagocitan y los transportan a la capa sub-epitelial de las trompas uterinas<sup>16</sup>, generándose una reacción inflamatoria, ocurriendo vasodilatación, destrucción del endosalpinx y producción de exudado purulento, alterando la superficie de la mucosa tubárica<sup>3</sup>. Posteriormente, este exudado purulento se deposita en la cavidad pélvica y la abdominal, produciendo peritonitis<sup>16</sup>.

Se afirma entonces que, en casi la mitad de los casos de EIP, se originan abscesos pélvicos, ya que la salpingitis y la peritonitis pélvica<sup>18</sup> producen deformación y adherencias en las trompas de Falopio y el ovario, dando lugar a una masa inflamatoria de los anexos y formación de quistes y abscesos<sup>19</sup>. A su vez, la peritonitis puede llegar a afectar la pared de intestino delgado y el colon, causando íleo paralítico e incluso obstrucción mecánica por estenosis inflamatoria y compresión por abscesos pélvicos<sup>20</sup>.

Este abanico fisiopatológico, precisa de un diagnóstico clínico, basado en criterios mínimo, tales como el dolor bilateral, la sensibilidad uterina o anexial y el dolor o sensibilidad a la movilización cervical<sup>21</sup>. Adicionalmente, se evalúan la temperatura mayor a 38,3 °C, flujo mucopurulento cervical o vaginal, leucocitosis en las secreciones vaginales, eritrosedimentación elevada, proteína C reactiva elevada y estudio microbiológico positivo para *C. trachomatis* o *N. Gonorrhoeae*<sup>22-23</sup>.

Partiendo del diagnóstico, se define la estadificación clínica de la EIP en: Estadio I, cuando se diagnostica salpingitis aguda sin pelviperitonitis; Estadio II, en caso de salpingitis aguda con pelviperitonitis; Estadio III, se identifica salpingitis con formación de abscesos tubo-ováricos; y por último el Estadio IV, ya hay evidencia de rotura de absceso tubo-ovárico, cuadro que da lugar a una peritonitis generalizada<sup>24-25-26-27</sup>.

Basado en estos estadios clínicos, se decide la hospitalización de la paciente, recomendándose en los estadios II, III y IV, además de las pacientes en estadio I, con falta de respuesta a la antibioterapia después de 48 h, temperatura mayor a 38°C, con riesgo quirúrgico, vómitos, intolerancia oral, embarazo o signos de reacción peritoneal<sup>25</sup>. En todos los casos, el tratamiento médico inicial es la antibioticoterapia<sup>28</sup>, recurriendo a la ceftriaxona, la doxiciclina y el metronidazol, antibióticos de elección<sup>27</sup>.

Como puede verse, los estadios iniciales se tratan ambulatoriamente, pero luego de 72 horas, si no hay respuesta o a partir del II estadio, las pacientes deben ser hospitalizadas para administrar terapia parenteral<sup>17</sup>. En general se obtienen una tasa de curación clínica con antibióticos ambulatorio y hospitalario entre el 88 y el 99%<sup>28</sup>. No obstante, ante salpingitis supurativa persistente, abscesos tubo-ováricos y peritonitis pélvica, el tratamiento indicado es el quirúrgico, practicándose drenaje y lavado peritoneal en caso de abscesos<sup>28-29-31</sup>.

Los cuadros quirúrgicos indicados, son abordados con laparotomía o laparoscopia<sup>28</sup>. Advirtiéndose que, la demora en el inicio del tratamiento, médico o quirúrgico, pueden dar origen a complicaciones como la pelviperitonitis severa, perihepatitis o síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, poniendo en riesgo la vida de la paciente<sup>9</sup>. Aun cuando estas complicaciones se estiman de poca incidencia, por la alta curación con antibioticoterapia<sup>28</sup>, la investigadora viene observando un aumento de ingresos de pacientes con EIP, portadoras de diagnósticos quirúrgico, al área de cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET).

Esta situación, puede explicarse porque el diagnóstico clínico se hace difícil por la inespecificidad y poca sensibilidad de la historia clínica y el laboratorio<sup>32</sup>. Además, se acepta que las EIP causada por *Chlamydia trachomatis*, son frecuentemente asintomática<sup>2</sup>. Sin embargo, a través de la citología, aplicada a nivel de atención primaria como prueba de detección temprana de ETS, debería facilitar el diagnóstico y

tratamiento de estas infecciones, disminuyendo su diseminación entre población de riesgo, por lo que claramente la alta incidencia de EIP refleja fallas en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ETS en estadios tempranos<sup>27-33</sup>.

Ante el aumento de ETS no tratadas, el cirujano debe tomar previsiones y asegurarse de desarrollar las competencias para diagnosticar y tratar precozmente a las pacientes con EIP<sup>27-34</sup>. Propósito que le exige admitir que la enfermedad y el contexto clínico, son procesos dinámicos, ya que los síntomas y signos, son cambiantes y susceptibles de continua reevaluación, dado que, no todas las manifestaciones clínicas suelen aparecer al unísono, por lo que debe conocer los cambios en la clínica<sup>35-36</sup>.

Por lo tanto, es indispensable la constante actualización del conocimiento, permitiendo al cirujano la construcción de un referente teórico, donde este incluído la descripción científica de las características clínicas y quirúrgicas de la EIP, tal como se presenta en el campo clínico, de manera que esté integrada al referente teórico, cuando por inducción, deducción, identifique las similitudes y diferencias, entre el cuadro clínico del paciente y dicho referente, permitiéndole la toma de decisiones basadas en información oportuna, exacta y fidedigna<sup>37-38</sup>.

Sin duda, las investigaciones desde el campo de la cirugía son primordiales, no obstante, aun cuando se observa el aumento de ingresos de pacientes con diagnóstico de EIP, al servicio de Cirugía de la CHET, no existen publicaciones recientes describiendo o analizando las características clínicas ni quirúrgicas de las pacientes, ni se dispone de información en la institución, ni en la región, representando un vacío referencial para guiar el diagnóstico clínico comparativo y la toma decisiones fundamentada, según los criterios anteriormente explicado.

El estudio responde a la necesidad de prevención de las secuelas de la EIP, sobre la salud sexual y reproductiva en las pacientes, ya que alrededor del 75% son nulíparas, de las cuales un 20% desarrollan infertilidad, mientras que un 9% presentaran un embarazo ectópico, y un 18% desarrollaran dolor pélvico crónico<sup>39</sup>. Adicionalmente, la investigación arrojará resultados contextualizados en el medio hospitalario local, que a su vez son una herramienta aplicable en la toma de decisiones y en la precisión del diagnóstico sustentado en la comparación, ya que las manifestaciones clínicas de una

enfermedad pueden darse con la variabilidad en el contexto clínico de una misma afección y en diferentes pacientes<sup>36-40</sup>.

Finalmente se propone este estudio con el objetivo final de analizar las características clínicas y quirúrgicas de las pacientes tratadas por enfermedad inflamatoria pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el periodo 2018-2020. Así mismo se plantea como objetivos específicos, identificar los antecedentes sexuales y reproductivos de las pacientes que ingresan con diagnósticos de enfermedad inflamatoria pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el periodo 2018-2020.

Sumado a los objetivos anteriores, se persigue, establecer el perfil clínico de las pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el periodo 2018-2020, en cuanto a signos, síntomas, laboratorio e imagenología; y determinar el perfil quirúrgico de las pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el periodo 2018-2020, en relación tipo de cirugía y hallazgos intraoperatorios.

Tomando en referencia los objetivos descritos, es pertinente revisar antecedentes de investigación, relacionado con el presente estudio. Se cita, primeramente, el trabajo de Samir (2016)<sup>41</sup>, titulado: 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. El objetivo planteado fue determinar la prevalencia de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital PNP Luis N. Sáenz en el periodo 2013 a 2014, aplicando un diseño descriptivo, de corte transversal, donde se revisó el cuaderno de egresos del servicio de ginecología.

Se encontró una prevalencia de 4.07% para enfermedad pélvica inflamatoria, de un total de 958 hospitalizaciones ginecológicas en dicho periodo de tiempo, se evidenció un error diagnóstico del 28,6% para EPI. La edad promedio de diagnóstico fue de 37.59 años ( $\pm 9$ ) con una edad máxima de 55 años. Los días promedio en que la paciente permaneció hospitalizada fue de 5,4 días.

Posteriormente, Álvarez, Sepúlveda y Díaz (2017)<sup>42</sup>, presentaron la investigación: Enfermedad pélvica inflamatoria: análisis retrospectivo, realizado con el objetivo de describir las variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con los casos de enfermedad inflamatoria pélvica de pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia, y explorar su relación con la necesidad de cirugía, aplicando un diseño retrospectivo, con análisis de los expedientes de pacientes.

Los resultados arrojaron que, la mediana de edad de las pacientes fue de 28 años, con un rango intercuartil de 17 años. El 88.2% de las consultas ocurrió en los servicios de urgencias; el síntoma más frecuente fue el dolor abdominal, (96.2%), síntomas gastrointestinales (36.8%), leucorrea (27.4%), fiebre (27.4%) síntomas urinarios (24.1%), dispareunia (19.3%) y sangrado vaginal (11.8%). Al examen físico, el 10.4% tuvo signos de irritación peritoneal; al examen ginecológico, 65.1%, tuvieron dolor a la movilización cervical (61.8%), dolor a la palpación bimanual y leucorrea (30.2%).

Otros resultados de interés son, al 65.6% de las pacientes se les realizó ultrasonografía vaginal, en donde 30.9% tuvieron hallazgos sugerentes de enfermedad inflamatoria pélvica. El 25.7% (35/136) de las pacientes se intervinieron quirúrgicamente, Los hallazgos quirúrgicos más frecuentes fueron: abscesos tubo-ováricos en 14 casos, salpingitis en 12 casos y adherencias pélvicas en 10 casos; dos pacientes tuvieron un cuadro de apendicitis aguda concomitante.

En el mismo año, Santana, Suárez, Ocón y Seara (2017)<sup>43</sup>, publicaron el estudio: Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria, dirigido a estudiar los factores de riesgo y la relación entre los hallazgos clínico-ecográficos y los hallazgos microbiológicos y anatomopatológicos en el contexto de una enfermedad pélvica inflamatoria. Su diseño fue observacional y retrospectivo, realizado entre enero de 2010 y noviembre de 2015. Los resultados permitieron conocer que, la media de edad fue de  $35,44 \pm 11,062$  años, el 28,6% eran nulíparas, 35,7% habían tenido un hijo, 25,9% habían tenido 2 hijos y 9,8% 3 o más hijos; en otro orden 68,8% tenían una pareja estable y 4,5% referían no mantener relaciones sexuales.

Con respecto a los criterios mínimos de diagnósticos, 12,5% tan solo presentaban dolor a la movilización cervical, 6,3% dolor a la movilización uterina y 14,3% dolor anexial. Otras 11,6% cumplían con los 3 criterios mínimos y el 20,5% no presentaban ningún

criterio mínimo a su llegada a Urgencias. El resto de las pacientes (34,8%) tenía una combinación de 2 criterios mínimos. Con respecto a los criterios adicionales, 46,4% presentaron una temperatura igual o mayor a 38°C de manera aislada y se objetivó leucorrea purulenta (sin fiebre) en 5 de ellas (4,5%). En cuanto al tratamiento, 17,85% recibieron tratamiento antibiótico exclusivo y el 82,15% necesitaron, además, una intervención quirúrgica.

Más adelante, Wright (2018)<sup>44</sup>, realizó una tesis titulada: Factores de riesgo prevalentes en enfermedad pélvica inflamatoria. Tesis de Grado. Hospital de Alta Especialidad de Veracruz, tuvo el objetivo determinar los factores de riesgo prevalentes en la enfermedad pélvica inflamatoria en pacientes hospitalizadas en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz de 2013- 2017. Se basó en un diseño descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo. Se reportaron 104 casos.

La edad promedio presentada en las pacientes fue de 32 años  $\pm$ 8.76, el mayor número de casos en la edad de 28 a 35 años (9.9%). Del total de casos el 40.4% presentó absceso tubo ovárico, 19 % salpingitis, 13% piosalpinx, 11.9% absceso pélvico, 9.52 %, piometra y 4.76 % endometritis. Entre los antecedentes se encontró que el 57.6 % de las pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria presentaron uso de dispositivo intrauterino, 15.6% manifestaron antecedente de enfermedad de transmisión sexual, de los cuales 38% indicaron infección por *Trichomona Vaginalis*, 15.2 % *Gardnerella vaginalis*, y 7.6 % *Chlamydia thracomatis*.

Adicionalmente, los hallazgos revelan que los antecedentes fueron: 14,4% enfermedad pélvica inflamatoria, 66% cervicovaginitis, 7,2 % legrado uterino instrumentado por aborto en los últimos 3 meses, y el 7.2% con Diabetes mellitus 2 como comorbilidad agregada. Se practicó al 74% de las pacientes estudio bacteriológico, realizados en las intervenciones quirúrgicas y se obtuvo positividad de 71% reportándose: *Klebsiella pneumoniae* sp, *S. Haemoliticus*, *E. coli*, *Criptobacter freundii*, Actinomicosis, *Enterococo* sp, *Trichomona vaginalis*.

Recientemente, Paucar, Cauchari y Mendoza (2021)<sup>45</sup>, fueron autores del estudio titulado: Características de las mujeres con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria del hospital de Lircay, Huancavelica, realizado con el objetivo de determinar las características de las mujeres con diagnóstico de EPI, utilizando un

diseño descriptivo, la población estuvo conformada por 133 mujeres, se aplicó una ficha de recolección de datos. Sociodemográficamente la mayoría de las pacientes se caracterizaron por estar edades entre 18 a 29 años (41,4%), grado de instrucción secundaria (48.1%), convivientes (37.6%) y amas de casa (58,7%).

Desde el punto de vista ginecológico, la mayoría (56,6%) tuvo de 1 a 2 hijos, el 65,4% inició relaciones sexuales antes de 18 años, el 91,0% tuvo de 1 a 2 parejas sexuales, el 62,4% tuvo patología previa ITS y el 28,6% usan inyectable como método anticonceptivo. Mientras que, las características clínicas más relevante fueron: 90,2% presentaron dolor en hipogastrio; el 90,9% tuvo EPI de tipo I, tipo II el 6,0% (8), tipo III el 2,3% (3) y tipo III 0,8%. El tratamiento farmacológico fue del 96,9% (129) y quirúrgico el 3,1%.

### **Materiales y Métodos**

La investigación fue conducida a través de un diseño retrospectivo, estudiándose 51 pacientes diagnosticados con EIP e ingresados en los servicios de cirugía de la CHET, durante los años 2018, 2019 y 2020. Para la recolección de datos se recurrió a la revisión de las historias clínicas, y se utilizó la ficha de datos, contentiva de 38 ítems, instrumento de recolección de información diseñada para el presente estudio, acorde a la medición de la variable y sus indicadores. Una vez recolectada la información, se procedió a la tabulación y al análisis con estadística descriptiva.

### **Resultados de la Investigación**

El estudio permitió identificar en los servicios de Cirugía de la CHET, un total de 51 pacientes diagnosticadas con EIP, estas pacientes sociodemográficamente se caracterizaron por estar en edades entre 14 a 65 años, con un promedio de 30, ubicándose la mayoría (62,76%), por debajo de los 34 años (Tabla N° 1). Asimismo, según se aprecia en la Tabla N° 2, el estado civil de las pacientes, es predominantemente (88,23%) soltera, además de predominar las de nivel instruccional secundaria (66,66%), como puede observarse en la Tabla N° 3.

Respecto a los antecedentes sexuales y reproductivos, los resultados revelan que la mayor prevalencia de Sexarquia (Tabla N° 4), es durante la adolescencia inicial

(60,78%), seguida de la adolescencia media (17,64%). Por otra parte, en la Tabla N° 5, se muestra que el 94,12% de las pacientes, manifestó haber tenido su primera gesta durante la adolescencia, apreciándose además que, el 27,45% reportaron ser II gesta, el 23,52% I gesta y el 19,60% III gesta (Tabla N° 6). En cuanto al antecedente de haber recibido tratamiento por ETS, sólo el 39,2% refirieron recibir tratamiento previamente, refiriendo como agente causal *Gardnerella vaginalis* (21,56%), y en menor proporción *Chlamydia trachomatis* (13,72%) y *Neisseria gonorrhoeae* (3,92%), dichos agentes diagnosticados a través de citologías realizadas en años anteriores, anexadas a la historia clínica al momento del ingreso a la institución.

Las características clínicas de las pacientes sujetas de estudio, son presentadas en la Tabla N° 8, donde destacan que, el dolor fue un síntoma predominantemente, siendo mayoritariamente tipo punzante (62,27), de inicio insidioso (50,98), ubicado en el hipogastrio (82,35%), y 56,85% irradiado, del cual el 27,45% fue difuso y 29,4% hacia la fosa lumbar o cadera. Igualmente, se puede observar que las pacientes manifestaron tener flujo vaginal abundante (56,86%) y mal oliente (41,17%) y dispareunia (52,94%). Sobre los signos detectados en el examen físico general, se hace más notable, la taquicardia (96,07%), fiebre (94,11%) y abdomen defensivo (60,07%); mientras que, en el examen físico vaginocervical, el 98,03% presentó cervicitis, el 94,11% dolor durante la maniobra de movilización de cuello uterino, y el 92,15% secreción endocervical. A la par, los registros de laboratorio permitieron evidenciar leucocitosis en el 90,19% de las pacientes, y anemia en el 13,72%; entretanto, los informes de ecografía abdominopélvicas mostraron líquido intraabdominal (43,13%) y LOE (19,60%).

En consideración al tipo de cirugía realizada a las pacientes, detallada en la Tabla N° 9, refleja que la cirugía más realizada fue la ooforosalingectomía unilateral (64,69%), seguida de salpingectomía unilateral (25,58%), procedimientos que algunas a veces fueron acompañados de apendicetomía, drenaje de absceso o cistectomía. Los hallazgos intraoperatorios, de acuerdo a los datos presentados en la Tabla N° 10, estuvieron representados por abscesos 86,27%, ubicados en ovarios (47,05%) y trompa de Falopio (30,2%), encontrándose en condiciones de ruptura el 49,01%, en su mayoría (31,37%), localizados en el ovario.

Otros hallazgos de proporción considerables, fueron las adherencias (82,34%), distribuidas en ovarios (37,25%), trompas de Falopio (29,41%) y peritoneo (15,68%). Sumado a los hallazgos descritos, destacan a nivel intraabdominal, líquido purulento (78,43%) y la apendicitis (29,41%), en fase catarral (17,64%) y flegmonosa (11,76%).

### **Discusión de Resultados**

Las características sociodemográficas encontradas en las pacientes, en relación a la edad promedio de 30 años, ser soltera y con nivel instruccional secundaria, coincide con el estudio de Paucar, Cauchari y Mendoza (2021)<sup>45</sup>, y son resultados comparables con la investigación de Wright (2018)<sup>44</sup>, donde se detectó una edad promedio de 32 años. Tales coincidencias se suscriben a que la edad joven es un factor de riesgo para EIP, mientras que, el bajo nivel educativo, dada su influencia en la toma de decisiones en el autocuidado, se constituye en un factor de riesgo para ETS, un factor determinante de la EIP, al igual que las relaciones no estables de pareja, se reconocen como es un factor de riesgo las ETS<sup>6-46-47</sup>.

Los antecedentes sexuales y reproductivos, arrojados en el estudio, también coinciden con los resultados del estudio Paucar, Cauchari y Mendoza (2021)<sup>45</sup>, pues la mayoría tuvieron de 1 a 2 hijos e iniciaron las relaciones sexuales antes de los 18 años. Sin duda, el inicio temprano de relaciones sexuales constituye un factor de riesgo epidemiológico para EIP, debido al desarrollo de conductas de riesgos para ETS, como lo son: las relaciones inestables de parejas, tener más de una pareja sexual, poco uso de preservativo, y abandono de la escolaridad<sup>48</sup>.

Es notorio que, la mayoría de las pacientes no refirieron antecedentes de ETS, contrario a los resultados obtenidos por Paucar, Cauchari y Mendoza (2021)<sup>45</sup>, lo que tal vez responda a la construcción social sobre el carácter individual y vergonzante de estas enfermedades, entendidas a modo de signo de conducta sexual cuestionable, pudiendo llevar a las pacientes a ocultar el antecedente, conducta que solicita del médico una relación de confianza, no siempre posible en el contexto de una cirugía de emergencia. No obstante, las respuestas obtenidas de las pacientes, se corresponden con el referente teórico, que describe *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Gardnerella vaginalis*, como patógenos causantes de EIP<sup>2-7-8</sup>.

Por otra parte, las características clínicas identificadas en las pacientes, son cónsonas con los hallazgos de Paucar, Cauchari y Mendoza (2021)<sup>45</sup>, y Álvarez, Sepúlveda y Díaz (2017)<sup>42</sup>, en cuyos estudios describiendo signos y síntomas clínicos y resultados ecográficos similares. Esta correspondencia, ofrece clínica a los diagnósticos realizados en las pacientes con EIP, dado que, a mayor semejanza del cuadro clínico del paciente con la teoría descrita de la enfermedad, mayor es su validez.

Con todo lo anterior descrito, la responsabilidad del cirujano adquiere magnitud cuando le corresponde el abordaje de abdomen agudo quirúrgico por EIP, una condición exigente de terapéutica inmediata, donde cualquier demora implica graves consecuencias, debiendo decidir entre cuadros similares, que pueden demandar indicaciones diametralmente opuestas, según resulte la valoración de las condiciones del paciente, debiendo ajustar la terapéutica a sus características, y el tipo de intervención más conveniente, de acuerdo con las particularidades del caso.

En cuanto a las características quirúrgicas, destacan las cirugías ooforosalingectomía y salpingectomía unilaterales, estos procedimientos no suelen ser recomendado en las revisiones bibliográficas, las cuales sostienen que el tratamiento quirúrgico, en la EIP está dirigido al drenaje del absceso tuboovárico, afectación exclusiva de los anexos y del absceso pélvico, por laparotomía o por vía laparoscópica<sup>50</sup>. Aunque, es una conducta a seguir en los Estadios II y IV de la EIP, etapa donde se diagnosticaron la mayoría de las pacientes, según se desprende de los hallazgos.

Como se señaló, los hallazgos quirúrgicos, referidos a abscesos, adherencias y líquido intraabdominal purulento, se corresponden Estadios II y IV de la EIP, y guardan similitud con los resultados de Álvarez, Sepúlveda y Díaz (2017)<sup>42</sup> y Wright (2018)<sup>44</sup>, con respecto a la salpingitis y los abscesos tubo-ováricos.

### **Conclusión**

Los resultados mostraron que la mayoría de las pacientes eran de estado civil solteras, de nivel instruccional secundaria, en edades entre 14 a 65 años, con un promedio de 30 años. La clínica estuvo caracterizada por dolor hipogástrico, secreciones purulentas abundantes, fiebre, cervicitis y la leucocitosis, mientras que los procedimientos quirúrgicos más realizados fueron ooforosalingectomía y salpingectomía unilaterales,

con hallazgo de abscesos, adherencia y secreción intraabdominal purulento, compatible con los Estadios III y IV de la EIP.

Es oportuno hacer mención a la baja referencia de antecedentes de ETS registrados en la historia clínica, lo cual puede asociarse a la relación cultural entre las ETS y conductas sexuales desaprobadas socialmente, recomendándose elaborar un protocolo de atención, con el propósito de apoyar las políticas de salud pública sobre la materia.

### Referencias Bibliográficas

1. Martínez, R. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. En J. Bajos (editor). Fundamentos de Ginecología. México: Editorial Medica Panamericana, 2009
2. Hernández, D. y O. Díaz. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010 [Consultado 1 de Diciembre 2020]; 36 (4) Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-00X2010000400015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-00X2010000400015)
3. Barrantes, S. Enfermedad Pélvica Inflamatoria. Revista Médica de Costa Rica y Centro América. 2015 (Consultado 1 de Diciembre 2020); 614:105-109 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151u.pdf>
4. Mainar, L; M. Lamarca; F. Puig y M. Ruiz. Enfermedad Inflamatoria Pélvica: Un Reto en el Diagnóstico y Tratamiento Precoz Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2014 [Consultado 1 de Diciembre 2020.]; 79 (2): 115-120 Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n2/art09.pdf>
5. Adolfo, G; A. Arango; J. Castañeda; J. De los Ríos; E. Serna; R. Vásquez; L. Jiménez y A. González. Manejo Laparoscópico de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria Severa: Reporte de Tres Casos y Revisión de la Literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2011 [Consultado 2 de Diciembre de 2020]; 62 (2): 201-207 Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n2/v62n2a12.pdf>
6. Álvarez, Y; J. Sepúlveda y L. Díaz. Enfermedad Pélvica Inflamatoria: Análisis Retrospectivo. Ginecología y Obstetricia de México. 2017 [Consultado 2 de Diciembre 2020]; 87 (7) Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412017000700433&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000700433&lng=es&nrm=iso)
7. Brunham, R; S. Gottlieb y J. Paavonen. Enfermedad Pélvica Inflamatoria. The New England Journal of Medicine. 2018 [Consultado 1 de Diciembre 2020]; 372: 2039-48 Disponible en [http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Enfermedad-P%C3%A9lvica-Inflamatoria\\_-causas-diagn%C3%B3stico-y-manejo.pdf](http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Enfermedad-P%C3%A9lvica-Inflamatoria_-causas-diagn%C3%B3stico-y-manejo.pdf)
8. Martínez, M. Vaginitis y Prevención del Proceso Inflamatorio Pelviano. Medwave. 2007 [Consultado el 12 de Diciembre de 2020]; 7 (2) Disponible en <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1265?ver=sindiseno>

9. Baquedano, L; M. Lamarca; F. Puig y M. Ruiz. Enfermedad Inflamatoria Pélvica: Un Reto en el Diagnóstico y Tratamiento Precoz. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2014 [Consultado 1 de Diciembre 2020]; 79 (2) Disponible en [https://scieloconicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262014000200009](https://scieloconicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200009)
10. OMS. Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016–2021. Ediciones de la OMS, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza. 2016 Consultado 7 de Diciembre 2020 Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=FBE88E49D9BAD5A14402E8560AAC4BB0?sequence=1>
11. Von Sneidern, E; L. Quijano; M. Paredes y E. Obando. Estrategias Educativas Para la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual en Adolescentes. **Revista Médica Sanitas**. 2016 [Consultado 7 de Diciembre 2020] 19 (4): 198-207 Disponible en [https://www.unisanitas.edu.co/Revista/61/RevTema\\_Estrategias\\_educativas.pdf](https://www.unisanitas.edu.co/Revista/61/RevTema_Estrategias_educativas.pdf)
12. Reyes, M. Intervención de Educación para la Salud: Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual en Adolescentes. Tesis de Grado. Universitat de Lleida. 2019 [Consultado el 15 de Diciembre de 2020] Disponible en <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/66620/mreyesm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Peláez, J. Enfermedad Inflamatoria Pélvica y Adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012 Consultado el 15 de Diciembre de 2020 38 (1) Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100008)
14. CENETEC. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en Mujeres Mayores de 14 Años con Vida Sexual Activa. México: Secretaria de Salud. 2009 Consultado el 3 de Diciembre 2020 Disponible en [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/072\\_GPCEnfInf\\_Pélvica/ENF\\_INFLAMATORIAPELVICA\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/072_GPCEnfInf_Pélvica/ENF_INFLAMATORIAPELVICA_EVR_CENETEC.pdf)
15. IMSS. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en Mujeres Mayores de 14 años con Vida Sexual Activa. Guía de Referencia Rápida, Instituto Mexicano del Seguro Social. 2004 Consultado 2 de Diciembre 2020 Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/072GRR.pdf>

16. Londoño, J. y O. Restrepo. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. En Vesga, O; L. Vélez; E. Leiderman y Á. Restrepo (Editores). Enfermedades Infecciosas de Homo Sapiens. España. Ediciones de la Corporación de Investigaciones Biológicas, España, 2015 p. 63
17. Soper, D. y P. Mead. Infecciones de la Pelvis Femenina. En Mandell, G.; J. Bennett y R. Dolin. Enfermedades Infecciosas: Principios y Práctica. España: Editorial Elsevier, 2017
18. Guamancuri, J. Abdomen Agudo por Absceso Tubo-ovárico Secundario a Enfermedad Inflamatoria Pélvica más Apendicitis Aguda. Tesis de Grado. Universidad Técnica de Ambato. 2016 [Consultado 15 de diciembre 2020]. Disponible en <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24135/2/Guamancuri%20Silva%20Jorge%20Gabriel.pdf>
19. Reyna, E; J. Santos y I. Suárez. Absceso Pélvico Durante Embarazo. Reporte de Caso. Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. 2016 [Consultado el 3 de Diciembre 2020]; 23 (24):57-59 Disponible en <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/41537/art9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Ardaguila, F. Lesiones Benignas de la Pelvis Femenina. En Sociedad Española de Radiología Médica. Radiología Especial. México: Editorial Médica Panamericana, 2010
21. Saona, P. Enfermedad Pélvica Inflamatoria: Diagnóstico y Complicaciones. Revista Peruana de ginecología y Obstetricia. 2007 Consultado 2 de Diciembre 2020 53 (4):234-239 Disponible en [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecología/vol53\\_n4/pdf/a04v53n4.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecología/vol53_n4/pdf/a04v53n4.pdf)
22. Rojas, P; A. Bernia; S. Bernia; Y. Montalvo; T. Oliva y R. Mederos. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Revista Electrónica Medi. Sur. 2007 [Consultado 2 de Diciembre 2020]; 5 (3) Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020205015.pdf>
23. SOGIBA. Enfermedad Pelviana Inflamatoria. Documento de Consenso de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires 2017 Consultado 1 de diciembre 2020. Disponible en <http://www.sogiba.org.ar/images/Consenso EPI 2017.pdf>
24. Schiappacasse, G; E. Gana; M. Ríos; P. Soffia. Infección del Tracto Genital Superior Femenino: Revisión Pictográfica por Tomografía Computada Según Clasificación Clínica. Revista Chilena de Radiología. 2014 [Consultado 7 de Diciembre 2020]; 20

**Anexo N° 1: Tablas de Resultados de la Investigación.**

**Tabla N° 1**

Distribución de Pacientes Tratadas por Enfermedad Inflamatoria Pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, según Edad. Años 2018-2020.

Edad	F. A.	F.R.
-14	1	1,9
15-19	8	15,68
20-24	8	15,68
25-29	11	21,56
30-34	4	7,84
35-39	4	7,84
40-44	7	13,72
45-49	3	5,8
50-54	1	1,9
55-59	0	0
60 y más	1	1,9
Total	51	100

Fuente: Ficha de Datos

**Tabla N° 2**

Distribución de Pacientes Tratadas por Enfermedad Inflamatoria Pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, según Estado Civil. Años 2018-2020.

Edad	F. A.	F.R.
Casada	6	11,76
Soltera	45	88,23
Total	51	100

Fuente: Ficha de Datos

**Tabla N° 3**

Distribución de Pacientes Tratadas por Enfermedad Inflamatoria Pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, según Nivel de Instrucción. Años 2018-2020.

Edad	F. A.	F.R.
Básica	7	13,72
Secundaria	34	66,66
Técnica Superior	6	11,76
Universitaria	4	7,84
Total	51	100

Fuente: Ficha de Datos

**Tabla N° 4**

Antecedentes sexuales y reproductivos de las Pacientes Tratadas por Enfermedad Inflamatoria Pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Sexarquia. Años 2018-2020.

Edad	F. A.	F.R.
8-9	4	7,84
10-11	14	27,45
12-13	17	33,33
14-15	9	17,64
16-17	4	7,84
18 y más	3	5,88
Total	51	100

Fuente: Ficha de Datos

**Tabla N° 5**

Antecedentes sexuales y reproductivos de las Pacientes Tratadas por Enfermedad Inflamatoria Pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, edad de Primera Gesta. Años 2018-2020.

Edad	F. A.	F.R.
12-13	4	7,84
14-15	11	21,56
16-17	13	25,49
18-19	10	19,60
20-21	3	5,88
Total	51	

Fuente: Ficha de Datos

**Tabla N° 6**

Antecedentes sexuales y reproductivos de las Pacientes Tratadas por Enfermedad Inflamatoria Pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Número de Gesta. Años 2018-2020.

Edad	F. A.	F.R.
I	12	23,52
II	14	27,45
III	10	19,60
IV	4	7,84
V	1	1,96
0	10	19,60
Total	51	100

Fuente: Ficha de Datos

**Tabla N° 7**

Antecedentes sexuales y reproductivos de las Pacientes Tratadas por Enfermedad Inflamatoria Pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, tratamiento por ETS. Años 2018-2020.

Tratamiento por ETS	F. A.	F.R.
Neisseria gonorrhoeae	2	3,92
Gardnerella vaginalis	11	21,56
Chlamydia trachomatis	7	13,72
No refiere	31	60,78
Total	51	100

Fuente: Ficha de Datos

**Tabla N° 8**

Características clínicas de las Pacientes Tratadas por Enfermedad Inflamatoria Pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, signos y síntomas. Años 2018-2020.

Signos y Síntomas			Frecuencia	
			F.A.	F.R.
Síntomas	Dolor, ubicación	Hipogastrio	42	82,35
		Fosa Iliaca Derecha	7	13,72
		Fosa Iliaca Izquierda	2	3,92
	Dolor, descripción	Cólico	19	37,25
		Punzante	32	62,27
	Dolor, irradiación	Fosa lumbar	8	15,68
		Cadera	7	13,72
		Difuso	14	27,45
	Dolor, Inicio	Insidioso	26	50,98
		Brusco	19	37,25
		Súbito.	4	7,84
	Ginecológicos	Flujo Vaginal Abundante	29	56,86
		Flujo Vaginal Maloliente	21	41,17
		Dispareunia	27	52,94
	Signos	Examen Físico General	Taquicardia	49
Hipotensión			4	7,84
Fiebre			48	94,11
Abdomen distendido			4	7,84
Abdomen defensivo			49	96,07
Examen vaginocervical		Dolor a la exploración	8	15,68
		Dolor a movilización cuello.	48	94,11
		Secreción endocervical	47	92,15
		Cervicitis	50	98,03

	Laboratorio	Leucocitosis	46	90,19
		Anemia	7	13,72
	Ecografía	Lesión de ocupación de Espacio	10	19,60
		Líquido	22	43,13

Fuente: Ficha de Datos

**Tabla N° 9**

Características quirúrgicas de las Pacientes Tratadas por Enfermedad Inflamatoria Pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Tipo de Cirugía. Años 2018-2020.

Tipo de Cirugías	F. A.	F.R.
Ooforosalpingectomía unilateral	20	39,21
Salpingectomía unilateral	7	13,82
Apendicetomía y drenaje de absceso	1	1,96
Ooforosalpingectomía unilateral y apendicetomía	10	19,60
Salpingectomía unilateral y apendicetomía	3	5,88
Ooforosalpingectomía unilateral y drenaje de absceso	3	5,88
Cistectomía	2	3,92
Salpingectomía unilateral y drenaje de absceso	1	1,96
Lavado de Cavidad	2	3,92
Salpingectomía unilateral y cistectomía	1	1,96
Salpingectomía unilateral , cistectomía y apendicetomía	1	1,96
Total	51	100

Fuente: Ficha de Datos

**Tabla N° 10**

Características quirúrgicas de las Pacientes Tratadas por Enfermedad Inflamatoria Pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Hallazgos Intraoperatorios. Años 2018-2020.

Hallazgos intraoperatorios		Frecuencia	
		F.A.	F.R.
Ovarios	Absceso Roto	16	31,37
	Absceso no roto	8	15,68
	Adherencia	19	37,25
Trompas de Falopio	Absceso Roto	9	17,64
	Absceso no roto	11	21,56
	Adherencia	15	29,41
	Salpingitis	13	25,49
Peritoneo	Adherencia	8	15,68
	Peritonitis	5	9,80
Intraabdominal	Líquido Purulento	40	78,43
	Apendicitis Catarral	9	17,64
	Apendicitis Flegmonosa	6	11,76

Fuente: Ficha de Dato

### Anexo 2: Operacionalización de la Variable.

Variable: *Características Clínicas y Quirúrgicas de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica*, constituye el perfil clínico y quirúrgico de las pacientes ingresadas con diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica en los servicios de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el periodo 2018-2020.

Categoría	Indicador	Sub-indicador	Items
Perfil Clínicos de las pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica: Se refiere a los síntomas y signos de ingreso registrados en la historia clínica.	Síntomas de ingreso registrados en la historia clínica: Incluye característica del dolor y manifestaciones ginecológicas.	Característica del Dolor:	1
		. -Ubicación: Mesogastrio. Hipogastrio. Flanco Derecho. Flanco Izquierdo. Fosa Iliaca Derecha. Fosa Iliaca Izquierda. . -Descripción: Urente, lancinante, cólico, punzante, sordo, gravitativo, pulsativo. . -Irradiación: fosa lumbar, cadera, muslo, difuso. . -Perfil de inicio: insidioso, brusco, súbito.  Manifestación Ginecológicas. Flujo vaginal abundante. Flujo Vaginal con mal olor. Sangrado Vaginal Intermenstrual.	2

		Sangrado Vaginal Post Coital. Dispareunia.	
Signos de ingreso registrados en la historia clínica: incluye hallazgos al examen físico, examen vaginocervical, laboratorios y ecografía pélvica.		Examen Físico: . -Palidez Cutáneo Mucosa. . -Taquicardia. . -Hipotensión. . -Fiebre.	3
		. -Abdomen Distendido. . -Abdomen defensivo. . -Abdomen en Tabla.	4
		Examen Vaginocervical. . -Dolor anexial en la exploración vaginal bimanual. . -Dolor a la movilización del cuello. . - Cervicitis.	5
		. - Secreción Endocervical Purulenta  Laboratorio: . -Leucocitosis. . -Anemia. . - Velocidad de Eritrosedimentación elevada . - Proteína C reactiva elevada.	6
	Ecografía pélvica: LOE Líquido libre.		



**Anexo 2: Instrumento de Recolección de Datos.  
Ficha de Datos**

Datos Personales.			
Edad _____		Estado Civil _____	
Nivel Instrucción _____		Ocupación _____	
Menarquia _____		Sexarquia _____	
Nº Gesta _____		ETS _____	
Tipo de Cirugía _____			
Ítems			Si
			No
<i>Perfil Clínico.</i>			
Síntomas al Ingreso	Característica del Dolor.		
	1.1. Ubicación		
	Mesogastrio.		
	Hipogastrio.		
	Flanco Derecho.		
	Flanco Izquierdo.		
	Fosa Iliaca Derecha.		
	Fosa Iliaca Izquierda.		
	1.2 Descripción.		
	Urente.		
	Lancinante.		
	Cólico.		
	Punzante.		
	Sordo.		
	Gravitativo.		
	Pulsativo.		
	1.3. Irradiación.		
	Fosa lumbar.		
	Cadera		
	Muslo.		
	Difuso.		
	1.4. Perfil de inicio.		
	Insidioso		
	Brusco		
	Súbito.		
	2. Manifestación Ginecológica.		
	Flujo vaginal abundante.		
Flujo Vaginal con mal olor.			
Sangrado Vaginal Intermenstrual.			
Sangrado Vaginal Post Coital.			
Dispareunia.			
B. Signos Registrados.	3. Examen Físico.		
	Palidez Cutánea Mucosa.		
	Taquicardia		
	Hipotensión.		
	Fiebre.		
	Abdomen Distendido.		
	Abdomen Defensivo.		
	Abdomen en Tabla.		
	4. Examen Vaginoscervical.		

	Dolor anexial en la exploración vaginal bimanual.		
	Dolor a la movilización del cuello.		
	Secreción Endocervical Purulenta		
	Cervicitis.		
	5. Laboratorio.		
	Leucocitosis.		
	Anemia.		
	Velocidad de Eritrosedimentación elevada.		
	Proteína C Reactiva elevada.		
	6. Ecografía.		
	LOE		
	Líquido libre.		
	Meteorismo		
<i>Perfil Quirúrgico.</i>			
C. Hallazgo Condiciones Órganos.	7. Trompas de Falopio.		
	Absceso no roto		
	Absceso roto..		
	Adherencia.		
	Salpingitis		
	8. Ovarios.		
	Supuración.		
	Absceso roto		
	Absceso no roto		
	Adherencia		
D. Hallazgo Condiciones Cavity abdominal.	9. Peritoneo.		
	Adherencias.		
	Peritonitis.		
	10. Intraabdominales.		
	Supuración.		
	Absceso no roto.		
Absceso roto			