

Infecciones pélvicas.

Nombre del alumno: Mussolini Macnealy Paz.

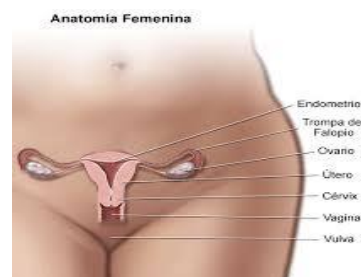
Nombre del docente: Ricardo Acuña Del Zas.

Materia: Sexualidad Humana.

Nombre de la escuela: Universidad Del Sureste.

Semestre: 3ro Parcial: 2do parcial.

Carrera: Medicina Humana



Enfermedad inflamatoria pélvica

Definición:

Síndrome clínico que consiste en dolor abdominal bajo, flujo vaginal y que se presenta con la infección ascendente de gérmenes procedentes del cérvix con mayor incidencia en las mujeres con prácticas sexuales de riesgo, produciendo uno o más de los siguientes trastornos: endometritis, salpingitis, peritonitis pélvica o absceso tubo ovárico.

Etiología:

La EIP está causada por gérmenes que se transmiten a través de las relaciones sexuales.

Factores de riesgo :

- ETS
- DIU
- AO
- Edad joven.

La causa:

Más frecuente es: **Neisseria gonorrhoeae** (13,7%) seguido de **Chlamydia trachomatis** (11,4%). En algunos casos de portadoras de **DIU** con EIP, se aísla *Actinomyces israelii*.

También

Contamina las trompas de Falopio y peritoneo.

Confirmados :

Toda mujer que presente dolor bajo de pelvis, con o sin síntomas acompañantes como: flujo vaginal, dispareunia, metrorragia, disuria, dolor, fiebre, náusea y vómito, que se corrobore con cultivo, técnicas de gabinete o PCR.

Sospechosos :

Toda mujer que presente dolor bajo de pelvis con o sin síntomas acompañantes como: flujo vaginal, dispareunia, metrorragia, disuria, dolor, fiebre, náusea y vómito.

El síntoma más frecuente es dolor abdominal bajo, que habitualmente es bilateral y asociado a leucorrea. Síntomas concurrentes suelen indicar infección de otras estructuras anatómicas. Así, por ejemplo, puede aparecer disuria como consecuencia de una uretritis.

Otros síntomas sistémicos, como fiebre y presencia de náuseas, con vómitos o sin ellos, señalan inflamación peritoneal y una afección clínica más grave.

- Frotis.
- VSG aumentada.
- PCR elevada.
- Prueba de amplificación de ADN (NAAT por sus siglas en inglés).

Diagnostico:

Clínica:

El tratamiento ideal es prevenir la transmisión de ETS. El tratamiento de elección cuando aparece EIP es médico.

Clínica:

El diagnóstico de EIP es fundamentalmente clínico: orienta la presencia de dolor abdominal bajo, fiebre y leucorrea.

Examen de:

Laboratorio y gabinete:

La laparoscopia:

Que:

Es el método diagnóstico más seguro, aunque no es el de elección, por ser más caro y complejo. Igual la ecografía pélvica.

Antibióticos: siempre se debe incluir antimicrobianos contra *Neisseria Gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

Tratamiento ambulatorio en EIP leve-moderada: se recomienda alguna de las siguientes alternativas:

- Oofloxacino** 400 mg v.o. cada 12 h por 14 días.
- Levofloxacino** 500 mg día por 14 días+ metronidazol 500 mg v.o. cada 12 h por 14 días.
- Clindamicina** 450 mg v.o. cada 6 h por 14 días.
- Cefoxitina** 2 g i.m. dosis única. Puede agregarse metronidazol v.o durante 14 días a cualquiera de los anteriores regímenes para cobertura de anaerobios.

Tratamiento:

Quirúrgico:

Ha disminuido de forma importante. Queda restringido a las infecciones graves que ponen en peligro la vida de la paciente.

Farmacología:

Tratamiento hospitalario: se pueden administrar alguna de los siguientes protocolos:

- Ceftriaxona** i.m. y **doxiciclina** v.o. durante 14 días.
- Clindamicina** y **gentamicina** i.v.

Tratamiento parenteral:

- Ceftriaxona** 250 mg i.m. más **doxiciclina** 100 mg v.o. cada 12 h por 14 días.
- Cefotetan** 2 g i.v. cada 12 h más **doxiciclina** 100 mg v.o. cada 12 h por 14 días.

El tratamiento parenteral debe continuar hasta 24 h después de la mejoría clínica y debe continuar tratamiento oral hasta completar 14 días.

Tuberculosis genital.

Puede:

La tuberculosis del tracto genital es una enfermedad que puede producir EIP crónica y esterilidad (3 a 5%).

El:

El bacilo que la ocasiona con mayor frecuencia es *Mycobacterium tuberculosis*.

Este:

Las bacterias se diseminan por vía hematógena.

En la:

En la mitad de las pacientes, la enfermedad es completamente asintomática, presentando únicamente esterilidad o amenorrea.

Otros síntomas:

Metrorragias, dolor pélvico (35%) o masas anexiales bilaterales, Aproximadamente el 10% de las mujeres tienen una tuberculosis del tracto urinario concomitante a la afectación genital

El:

El diagnóstico es el microgrado uterino (cánula de Cornier).

Igual:

Hacerse diagnóstico diferencial con neoplasias de cérvix y de ovario, dadas las masas abigarradas que aparecen.

Tratamiento debe ser médico, con al menos dos antibióticos para evitar resistencias. La pauta habitual es isoniacida y rifampicina, durante seis meses, añadiendo etambutol durante los dos primeros meses (o pirazinamida).

Se debe:

La cirugía se reserva para mujeres con masas pélvicas persistentes, con organismos resistentes y aquellas en las que los cultivos se mantienen positivos.