

estéril/cerrado, fijación, bolsa de drenaje por debajo de la vejiga, flujo urinario libre y vaciado regular de la bolsa de drenaje) y la evaluación de las necesidades diarias. Se ofreció numerosa educación clínica a todos los cuidadores directos con un enfoque especial sobre los componentes del paquete de la CAUTI. La guinda del pastel fue el *software go-live*, que proporciona una señal visual a la enfermera sobre la necesidad de documentar cada paso del paquete de medidas en cada turno. Las enfermeras ya conocen ahora los componentes del paquete de la CAUTI y están encantadas de explicárselo a quien les pregunta por él.

Obtener resultados reales

Los miembros del personal del Medical Center Health System que se ocupa de la calidad y prevención de las infecciones están satisfechos con los resultados. La verdadera satisfacción de este esfuerzo se encuentra en el descenso de las tasas de CAUTI. La tasa general de CAUTI era de 4,26 en 2012 y se redujo a 0,81 en 2013. Ha sido gratificante para el personal clínico, pero, por supuesto, los pacientes son los más beneficiados.

A principios de 2012, un objetivo de cero CAUTI parecía inalcanzable. Los médicos del Medical Center Health System necesitaban los recursos de la iniciativa colectiva de la Asociación a favor de los pacientes, un equipo especializado y nuevo *software* que ayudara a impulsar y medir el cumplimiento. Sin embargo, aún no se ha terminado el trabajo en materia de calidad y seguridad del paciente. Estamos seguros de que otro despertar está a la vuelta de la esquina. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. CDC. Healthcare-associated infections. Data and statistics. 2014. <http://www.cdc.gov/HAI/surveillance/index.htm>

2. Texas Hospital Association Foundation. Partnership for patients. 2014. http://www.texashospitalquality.org/collaboratives/partnership_for_patients/index.asp

3. Centers for Medicare and Medicaid Services. Partnership for patients. 2014. <http://innovation.cms.gov/initiatives/partnershipfor-patients>

Lisa Corley es directora de análisis de calidad en el Medical Center Health System en Odessa, Tex.

Este artículo ha recibido el debido apoyo del Comité de Revisión Institucional y/o aprobación administrativa para su publicación.

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionados con este artículo.

Comprender la enfermedad inflamatoria pélvica

Susan Simmons, PhD, RN, APRN-BC

LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP) es una infección aguda de las estructuras del tracto genital superior femenino que implica a la totalidad o parte del útero, trompas de falopio y/u ovarios y, de manera más común, constituye una complicación de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), especialmente debidas a *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*¹. Entre otros organismos implicados en la EIP están *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus agalactiae*^{2,3}. Además de causar dolor intenso en la zona abdominal inferior y pélvica, la EIP puede originar complicaciones tales como infertilidad y embarazo ectópico. A corto plazo, la EIP puede causar la formación de abscesos, que pueden requerir hospitalización y cirugía^{2,3}.

Factores de riesgo

Alrededor de un millón de mujeres, o más, desarrollan EIP cada año en EE.UU.². El riesgo de desarrollar EIP por parte de las mujeres aumenta con el número de parejas sexuales que esta tenga, y/o también en aquellos casos de parejas que tengan múltiples parejas sexuales. Una mujer que haya padecido anteriormente EIP está en riesgo de padecer nuevamente un episodio, debido al aumento de susceptibilidad al daño por parte de los órganos pélvicos durante la primera infección. Las mujeres menores de 25 años tienen mayor riesgo de padecer EIP ya que el cérvix, que puede bloquear la entrada al útero de los organismos infecciosos, no está plenamente desarrollado hasta superada dicha edad². Otros factores de riesgo incluyen la ducha vaginal y el uso de dispositivos intrauterinos durante las primeras 3 semanas a partir de

la inserción. El riesgo disminuye al realizar pruebas de ETS, y recibir tratamiento, con anterioridad a la inserción².

Reconocimiento de la enfermedad inflamatoria pélvica

Los signos y síntomas de la EIP varían dependiendo de la gravedad de la infección y del organismo infeccioso. *Chlamydia* es normalmente responsable de los síntomas leves, incluso cuando la infección puede causar graves daños a las estructuras reproductivas. A menudo no se reconocen las infecciones, ya que las causadas por *Chlamydia* pueden ser asintomáticas².

Cuando se presentan síntomas, normalmente se traducen en dolor en la zona abdominal inferior y/o pélvica. Otros signos y síntomas incluyen:

- Cambios en la secreción vaginal, incluyendo color, cantidad y olor.
- Disuria.
- Dolor durante el acto sexual.
- Menstruaciones irregulares².

Dependiendo de la gravedad de la infección, pueden presentarse también fiebre y escalofríos, náuseas y vómitos, defecación con dolor y deshidratación^{2,4}.

Las complicaciones de la EIP pueden incluir infertilidad, debido al bloqueo de las trompas de Falopio, embarazo ectópico, abscesos tuboováricos, e infecciones, incluida sepsis, de los recién nacidos por parto vaginal^{3,5}.

Diagnóstico de la enfermedad inflamatoria pélvica

La EIP puede cursar sin diagnóstico cuando los síntomas son leves o no reconocidos. No existe una prueba específica para reconocer la EIP, y los resultados de las pruebas

de las ETS no se entregan de manera inmediata, por lo que el diagnóstico de esta enfermedad se realiza dependiendo de la presentación clínica. El reconocimiento físico de los genitales y los test de ETS constituyen las primeras pruebas³. Pueden solicitarse ecografías para descartar abscesos u otras anomalías (tumores, fibromas, quistes, embarazo ectópico, apendicitis), y para detectar la inflamación de las trompas de Falopio. En ciertos casos, puede realizarse laparoscopia para examinar los ovarios y las trompas de Falopio, y para obtener muestras bacterianas.

Puede sospecharse EIP en caso de presentarse sensibilidad al movimiento, sensibilidad uterina y/o sensibilidad anexial. La probabilidad de EIP aumenta con la inflamación del tracto genital inferior de tipo friabilidad cervical, leucocitosis detectada mediante observación microscópica de las secreciones vaginales, o exudados cervicales, en conjunción con los síntomas previos^{2,3}.

Los signos y síntomas adicionales que respaldan el diagnóstico de EIP incluyen:

- Temperatura oral superior a 38,3° C.
- Secreciones cervicales o vaginales anormales.
- Índice elevado de sedimentación de eritrocitos, y de proteína C reactiva⁴.

Opciones de tratamiento

La EIP se trata con antibióticos, específicamente dirigidos al organismo infeccioso, la mayoría de las veces clamidia, gonorrea, o una combinación de organismos infecciosos. Entre los antibióticos prescritos están cefoxitina, doxiciclina, clindamicina, gentamicina, ampicilina/sulbactam y ceftriaxona³.

Debido al incremento de los índices de resistencia, no se siguen recomendando fluoroquinolonas para el tratamiento de la EIP¹.

Como la EIP está originada principalmente por las ETS, deben identificarse y tratarse las parejas sexuales de la paciente, al igual que disminuir no solo la reinfección, sino la diseminación de la enfermedad a otras personas. Deberán recibir tratamiento las parejas en caso de

que hubieran tenido contacto sexual con la paciente durante los 60 días anteriores a la aparición de los síntomas¹. En pacientes sin pareja sexual durante los 60 días previos deberá considerarse el tratamiento a la pareja más reciente. Mientras dure el tratamiento, las pacientes y sus parejas deberán abstenerse de mantener relaciones sexuales hasta la finalización del mismo y la resolución de los síntomas^{2,3}.

Las infecciones leves pueden tratarse de manera ambulatoria. Entre las pacientes que deben ser hospitalizadas y tratadas con antibióticos y sueros i.v. están aquellas con infecciones o complicaciones más graves, tales como deshidratación debida a fiebre y/o náuseas y vómitos, aquellas pacientes que no respondan a los antibióticos orales, aquellas que tengan abscesos, y las pacientes embarazadas. Podría precisarse cirugía en casos de abscesos no resueltos, o de diagnóstico alternativo tal como apendicitis^{2,3}.

Deberá realizarse un seguimiento estrecho a las pacientes diagnosticadas de EIP, para prevenir complicaciones. Si la paciente recibe tratamiento ambulatorio, deberá realizarse una reevaluación a las 72 horas. En caso de no mejorar los síntomas, o de empeoramiento de la situación clínica de la paciente, deberá indicarse hospitalización y tratamiento i.v., además de estudios diagnósticos adicionales tales como ultrasonidos y laparoscopia. Las tasas de reinfección son elevadas; todas las mujeres con diagnóstico de clamidia o gonorrea deberán repetirse las pruebas transcurridos 3 o 6 meses³.

Estrategias preventivas

La prevención de la EIP se basa en prácticas sexuales más seguras. La limitación de las parejas, preferiblemente a una relación mutuamente monogámica, y el uso correcto de preservativos en todas y cada una de las ocasiones constituyen modos eficaces de disminuir el riesgo de infección. La realización de pruebas de ETS antes de iniciar una nueva relación sexual, y el tratamiento de cualquier ETS que pudiera detectarse, resultan también de utilidad. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recomiendan la

realización de la prueba de clamidia y gonorrea cada año, a todas las mujeres con edad inferior a 25 años, a las mujeres mayores de 25 años si tienen múltiples parejas o una nueva pareja sexual, y a las mujeres embarazadas².

Educación a la paciente

Ayuden a las pacientes a distinguir entre secreciones vaginales normales y anormales, y aconséjenles que busquen ayuda cuando perciban cambios en el color y olor, que puedan ser indicativos de infección. Enseñen a las mujeres el uso correcto de los preservativos, y anímenlas a asegurarse del uso de estos por parte de sus parejas cada vez que realicen el acto sexual. Asegúrense de que las mujeres, especialmente las menores de 25 años, se realizan las pruebas anuales de clamidia y gonorrea. Recuérdenles que se abstengan de mantener relaciones sexuales durante el tratamiento frente a las ETS.

Animen a las mujeres que no pueden quedarse embarazadas a preguntar a su ginecólogo acerca de la infertilidad potencial relacionada con una EIP en el pasado; una de cada ocho mujeres con historial de EIP tiene problemas para quedarse embarazada². Informen también a las mujeres acerca de los signos y síntomas del embarazo ectópico, y en especial acerca del dolor abdominal y el sangrado vaginal, que pueden resultar fatales en caso de no ser reconocidos y tratados con prontitud. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Wiesenfeld HC. Treatment of pelvic inflammatory disease. UpToDate. 2014. <http://www.uptodate.com>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Pelvic inflammatory disease (PID)—CDC fact sheet. 2014. http://www.cdc.gov/std/pid/stdfact_pid.htm
3. Workowski K A, Berman S; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep. 2010;59(RR-12):1-110.
4. Livengood III CH, Chacko MR. Clinical features and diagnosis of pelvic inflammatory disease. UpToDate. 2014. <http://www.uptodate.com>
5. Peipert JF, Madden T. Long-term complications of pelvic inflammatory disease. UpToDate. 2014. <http://www.uptodate.com>

Susan Simmons es enfermera de familia en ejercicio en el College Park Family Care Center de Overland Park, Kan. También es miembro del consejo editorial de *Nursing2015*.

La autora de este artículo declara no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionados con este artículo.