Enfermedad pélvica inflamatoria: análisis retrospectivo

Álvarez-Pabón Y,[1] Sepúlveda-Agudelo J,[2] Díaz- Martínez LA[3]

Resumen

OBJETIVO: 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.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio retrospectivo y análisis de los expedientes de pacientes atendidas entre 2013 y 2014 en el Hospital Universitario de Santander. Análsis de datos con STATA 12.1. Evaluación entre la necesidad de cirugía y las demás variables mediante pruebas de χ^2 o U de Mann-Whitney.

RESULTADOS: se incluyeron 212 pacientes: 136 (64.2%) hospitalizadas, de las que 35 (25.7%) requirieron intervención quirúrgica. En las pacientes hospitalizadas el régimen mayormente formulado fue clindamicina y gentamicina (55 de 136: 41.4%); en las de tratamiento ambulatorio: metronidazol y doxiciclina (21 de 76: 27.6%). Las variables significativamente asociadas con la necesidad de cirugía fueron: hallazgos ecográficos, el valor diagnóstico de los leucocitos y de PCR y las comorbilidades activas.

CONCLUSIÓN: la enfermedad inflamatoria pélvica debe considerarse un diagnóstico diferencial en cualquier paciente femenina en edad fértil con dolor abdominal; los parámetros paraclínicos básicos son una aproximación útil para determinar la necesidad de cirugía en pacientes con cuadro agudo.

PALABRAS CLAVE: enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedades de trasmisión sexual, atención terciaria de salud.

[1] Estudiante de sexto año de medicina, Escuela de Medicina.
[2] Médico ginecólogo, especialista en cirugía laparoscópica ginecológica, Departamento de Ginecoobstetricia, Grupo de Investigación GINO.
[3] Médico pediatra magíster en epidemiología, Grupo de Investigación Paidós.

Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia.

Recibido: abril 2017

Aceptado: abril 2017

Correspondencia
Yelitza Álvarez-Pabón
yelitza.alvarez@correo.uis.edu.co

Este artículo debe citarse como
Álvarez-Pabón Y, Sepúlveda-Agudelo J, Díaz-Martínez LA. Enfermedad pélvica inflamatoria: análisis retrospectivo. Ginecol Obstet Mex. 2017 julio;85(7):433-441.

Ginecol Obstet Mex. 2017 Jul;85(7):433-441.

Pelvic inflammatory disease: retrospective analysis

Álvarez-Pabón Y,[1] Sepúlveda-Agudelo J,[2] Díaz- Martínez LA[3]

Abstract

OBJECTIVE: to describe the socio-demographic and clinical variables related to pelvic inflammatory disease cases of patients

treated in the *Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga*, Colombia and explore the relationship of these variables with the need for surgery.

MATERIALS AND METHODS: retrospective study and analysis of medical records of patients treated between 2013 and 2014 in the "*Hospital Universitario de Santander*". Data analysis was performed with STATA 12.1. Evaluation between the need for surgery and other variables using the χ^2 test or the Mann-Whitney U test.

RESULTS: 212 patients were included: 136 (64.2%) hospitalized, 35 (25.7%) required surgical intervention. For the hospitalized patients, the main regimen was clindamycin and gentamicin (55 de 136: 41.4%); the patients with ambulatory treatment received: metronidazole and doxycycline (21 de 76: 27.6%). The variables significantly associated with the need for surgery were: ultrasound findings, the diagnostic value of white blood cells and of PCR and active comorbidities.

CONCLUSION: pelvic inflammatory disease should be considered a differential diagnosis in any reproductive age female patient with abdominal pain; basic paraclinical parameters are a useful approach to determine the need for surgery in patients who present an acute picture.

KEY WORDS: pelvic inflammatory disease, sexually transmitted diseases, tertiary health care

[1] Estudiante de sexto año de medicina, Escuela de Medicina.
[2] Médico ginecólogo, especialista en cirugía laparoscópica ginecológica, Departamento de Ginecoobstetricia, Grupo de Investigación GINO.
[3] Médico pediatra magíster en epidemiología, Grupo de Investigación Paidós.

Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia.

Correspondence
Yelitza Álvarez-Pabón
yelitza.alvarez@correo.uis.edu.co

ANTECEDENTES

La enfermedad inflamatoria pélvica se caracteriza por la infección e inflamación del aparato genital superior femenino. Es una de las afecciones más frecuentes e importantes en mujeres no embarazadas en edad reproductiva,[1-3] que corren el riesgo de complicaciones a corto y largo plazo como pelviperitonitis, sepsis, dolor pélvico crónico, síndrome adherencial, embarazo ectópico o infertilidad tubárica.[4] En su aparición se asocian factores de riesgo como: enfermedades de trasmisión sexual, edad joven y bajo nivel socioeconómico, entre otros. Su diagnóstico no es sencillo; muchos episodios de enfermedad inflamatoria pélvica no son reconocidos, la manifestación subclínica de la enfermedad o la inespecificidad de los síntomas son condiciones que no permiten el adecuado reconocimiento por parte del profesional de salud.[1,5] Esta enfermedad genera altos costos por atención médica, hospitalización y procedimientos quirúrgicos,[6,7] por esto representa un problema de salud pública.

A pesar de que en Estados Unidos y Europa Occidental las tasas y la gravedad de la enfermedad inflamatoria pélvica han disminuido durante las últimas décadas,[8,9] en los países en vías de desarrollo la inexistencia de registros epidemiológicos, sumada a su subdiagnóstico provocan que su incidencia y prevalencia sigan siendo difíciles de establecer.[1] Además, no existen datos nacionales ni regionales que permitan delimitar la problemática en un contexto sociocultural; por esto muchos profesionales de la salud se

basan en los registros internacionales para tomar decisiones.

El objetivo de este estudio es describir las variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con los casos de enfermedad inflamatoria pélvica en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia, entre los años 2013 y 2014; además, explorar la relación de estas variables con la necesidad de cirugía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrolectivo de serie de casos al que se incluyeron los datos de las pacientes atendidas por cuadros compatibles con enfermedad inflamatoria pélvica entre los años 2013 y 2014, tanto en los servicios de urgencias médicas, quirúrgicas y ginecoobstétricas, como en los de atención ambulatoria, hospitalización de Ginecología y Cirugía. El estudio fue avalado por el comité de ética de la Universidad Industrial de Santander.

Se incluyeron las historias clínicas con los diagnósticos de código N70 al N74 (enfermedades del sistema genitourinario) de la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).[10] Se excluyeron las pacientes cuyo diagnóstico definitivo no fue enfermedad inflamatoria pélvica. A partir de la información proporcionada por las historias clínicas se recolectaron 25 variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil), de antecedentes (cirugía abdominal previa, consumo de cigarrillo, embarazos, paridad, cesáreas, edad de inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, anticoncepción), clínicas (síntomas, signos de irritación peritoneal, dolor anexial, dolor cervical, leucorrea, diagnósticos diferenciales, hallazgos ultrasonográficos), paraclínicos (valores diagnósticos de proteína C reactiva y leucocitos) y terapéuticas (tiempo de hospitalización, necesidad de cirugía, régimen antibiótico al egreso, tratamiento a la pareja sexual, educación para la prevención). Los datos se analizaron en Stata 12.1 (StataCorp, College Station, EUA). La prueba de Shapiro-Wilk mostró que las variables continuas no tenían distribución normal, por lo que las variables cuantitativas se presentan con mediana y rango intercuartil. Para estudiar la asociación entre la necesidad de cirugía y las variables se utilizó la prueba de χ^2 para las variables categóricas y la prueba U de Mann-Whitney para las variables continuas; el valor de $p<0.05$ se consideró significativo. Se exploró un valor de corte útil mediante el análisis de la curva de característica operativa del receptor (ROC).

RESULTADOS

En el periodo de estudio se atendieron 295 pacientes debido a sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica; 212 casos fueron verdaderos cuadros de enfermedad inflamatoria pélvica, que se incluyeron en el estudio. La mediana de edad de las pacientes fue de 28 años, con un rango intercuartil de 17 años. Las características sociodemográficas se muestran en el **Cuadro 1**. El 88.2% (n=187) de las consultas ocurrió en los servicios de urgencias; el síntoma más frecuente fue el dolor abdominal, en 96.2% (n=204) de los casos, además de síntomas gastrointestinales 36.8% (n=78), leucorrea 27.4% (n=58), fiebre 27.4% (n=58), síntomas urinarios 24.1% (n=51), dispareunia 19.3% (n=41) y sangrado vaginal 11.8% (n=25). Al examen físico, 10.4% (n=22) tuvo signos de irritación peritoneal; al examen ginecológico, 65.1% (n=138) tuvieron dolor a la movilización cervical, 61.8% (n=131) dolor a la palpación bimanual y leucorrea en 30.2% (n=64).

Independientemente del sitio de consulta, la sospecha inicial se tuvo en 61.8% (n=131) de los casos; los diagnósticos diferenciales más comunes fueron: apendicitis aguda en 29.2% (n=62) e infección de vías urinarias en 10.4% (n=22). Otros diagnósticos diferenciales fueron

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica (continúa en la siguiente columna)

Característica	n= 212
Escolaridad	
Ninguna	9 (4.2%)
Primaria incompleta	30 (14.1%)
Primaria completa	11 (5.2%)
Educación básica	36 (17%)
Educación técnica	4 (1.9%)
Profesional	1 (0.5%)
No reportado	121 (57.1%)
Estado civil	
Soltera	28 (13.2%)
Unión libre	50 (23.6%)
Casada	15 (7.1%)
Divorciada	4 (1.9%)
Viuda	1 (1.4%)
No reportado	121 (52.8%)
Antecedente de cirugía abdominal	
Sí	127 (59.9%)
No	81 (38.2%)
No reportado	4 (1.9%)
Cigarrillo	
Sí	22 (10.4%)
No	185 (87.3%)
NR	5 (2.3%)
Embarazos	
0	19.30%
1	21.20%
2 o más	51.90%
No reportado	16 (7.6%)
Paridad	
0	49.5%
1	15.5%
2 o más	27.4%
No reportado	16 (7.6%)
Cesáreas	
0	54.2%
1	19.3%
2 o más	18.9%

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica (continuación)

Característica	n= 212
No reportado	16 (7.6%)
Inicio de relaciones sexuales	16 (15-18)
Anticonceptivos orales	8 (3.8%)
Inyección mensual	18 (8.5%)
Inyección trimestral	3 (1.4%)
Dispositivo Intrauterino	12 (5.6%)
Implante subdérmico	8 (3.8%)
Esterilización quirúrgica	49 (23.1%)
No reportado	28 (13.2%)

Los valores no reportados correspondían al número de historias clínicas en las que no se indagó por el parámetro.

enfermedades benignas de la vía gastrointestinal, hemorragia uterina anormal, embarazo ectópico, torsión ovárica, aborto, neoplasia ginecológica, entre otros. Al 65.6% (n=139) de las pacientes se les realizó ultrasonografía vaginal, en donde 30.9% (43/139) tuvieron hallazgos sugerentes de enfermedad inflamatoria pélvica.

El 64.2% (n=136) de las pacientes se hospitalizaron, con una mediana de 4 con rango intercuartil de 3 días. El 25.7% (35/136) de las pacientes se intervinieron quirúrgicamente; en 13.2% (18/136) casos la solicitud fue hecha por los médicos del servicio de Cirugía general y en 12.5% (17) por el de Ginecoobstetricia. La laparotomía exploradora fue la cirugía más realizada.

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. **Cuadro 2**

El **Cuadro 3** expone las características de las pacientes en relación con la necesidad o no

Cuadro 2. Factores de riesgo para necesidad de cirugía

Variable	(n=101)	Necesidad quirúrgica (n=35)	p-valor
Edad	28 (20-38)	32 (22-40)	0.224
Estado civil	(53/101) (52.5)	13 (37.1)	0.174
Inicio de relaciones sexuales	16 (15-18)	17 (15-19)	0.478
NCS	2 (1-3)	2 (1-4)	0.728
Anticoncepción	(62/101) (61.4)	(15/35)	0.357
Gravidad	2 (1-3)	1.5 (1-3)	0.745
Paridad	0 (0-2)	0 (0-2)	0.741
Antecedente cirugía	59 (58. 42)	22 (62.86)	0.565
Comorbilidades activas	26 (25.74)	16 (45.17)	**0.028***
Hallazgos ecográficos	32 (31.68)	7 (20)	**< 0.001***
Leucocitos diagnósticos	10735 (8520-13950)	17000 (12900-21500)	**< 0.001***
PCR diagnóstica	9.9 (2.65- 48)	192 (36.8-327.4)	**< 0.001***
Frecuencia cardiaca	86 (80-95)	93 (80-108)	0.137

Los valores de leucocitos y PCR se describen en mm^3 y mg/L respectivamente.

de cirugía. El valor diagnóstico de los leucocitos, de PCR y de las comorbilidades activas fueron variables estadísticamente significativas, mayores en el grupo de pacientes intervenidas quirúrgicamente que en el grupo de pacientes tratadas médicamente. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la necesidad de cirugía y las demás variables. La

Cuadro 3. Régimen antibiótico al egreso según el sitio inicial de tratamiento

Régimen	Ambulatorio (n= 76)		Intrahospitalario (n=136)	
	n	%	n	%
Clindamicina y gentamicina	5	6.6	55	40.4
Metronidazol y doxiciclina	21	27.6	15	11.0
Doxiciclina y ceftriaxona	17	22.4	1	0.7
Clindamicina y doxiciclina	0	0.0	9	6.6
Metronidazol y gentamicina	4	5.3	11	8.1
Doxiciclina y gentamicina	3	3.9	12	8.8
Metronidazol y ciprofloxacina	5	6.6	0	0.0
Clindamicina y ciprofloxacina	3	3.9	0	0.0
Doxiciclina	9	11.9	3	2.2
Clindamicina	1	1.3	1	0.7
Metronidazol	1	1.3	1	0.7
Otro	4	5.3	9	6.6
Ninguno	3	3.9	19	14.0
Total	76	100	136	100

Figura 1 muestra la curva ROC para las cifras de PCR con un área bajo la curva de 0.797 (IC95%: 0.677-0.917). El valor de corte fue 73 mg/L con una sensibilidad y especificidad de 69.2 y 78.9%, respectivamente. Para los leucocitos se encontró un área bajo la curva ROC de 0.759 (IC95%: 0.654-0.864), en donde el mejor punto de corte fue 20,800 leucocitos por mm^3, con sensibilidad de 33.3% y especificidad de 93.9%. **(Figura 2)**

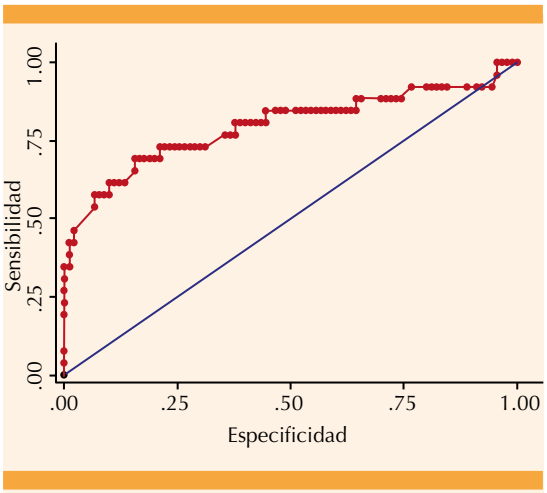

Figura 1. Curva ROC para valores diagnósticos de PCR al ingreso.

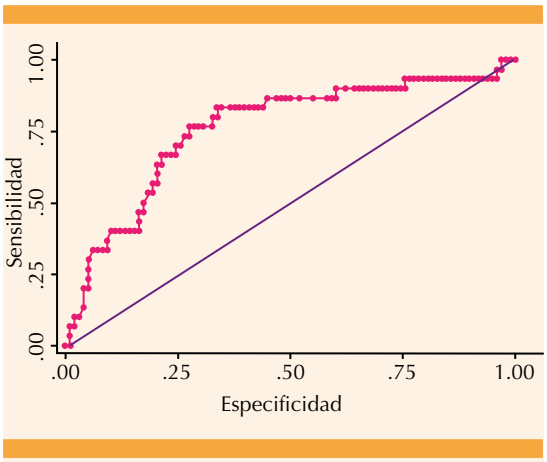

Figura 2. Curva ROC para valores diagnósticos de leucocitos al ingreso.

Al 23.5% (32/136) de las pacientes se les realizaron pruebas de tamizaje para enfermedades de trasmisión sexual. El diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica fue cuestionado en 19.9% (27/136) de las pacientes, sobre todo con cuadros de apendicitis (10 casos), enfermedad benigna de la vía gastrointestinal (3 casos), infecciones de vías urinarias (3 casos), neoplasias ginecológicas (3 casos). En general, no hubo complicaciones, excepto en dos pacientes en quienes se reportó choque séptico. El **Cuadro 3** expone los diferentes regímenes antibióticos formulados al egreso. En las pacientes hospitalizadas el régimen que más se formuló fue: clindamicina y gentamicina en 41.4% (55/136). En las pacientes tratadas de manera ambulatoria, el régimen de elección fue metronidazol y doxiciclina 27.6% (21/76) y en este grupo, la duración del tratamiento tuvo una mediana de 10 días con rango intercuartil de 7 días. Al momento del egreso, solo 8.5% (n=18) de las pacientes recibió educación para prevención y 22.3% (n=47) tratamiento para la pareja sexual.

DISCUSIÓN

Este estudio describe las variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con los casos de enfermedad inflamatoria pélvica atendidos en un hospital universitario en el nororiente de Colombia y explora la relación de éstas con la necesidad de cirugía en las pacientes. Los hallazgos de este estudio asienten que la enfermedad inflamatoria pélvica es un padecimiento frecuente en las pacientes en edad adulta, sin importar los antecedentes sexuales. Los síntomas ginecológicos pueden no ser frecuentes, pero el dolor abdominal es un síntoma constante. Las variables más relacionadas con la necesidad de cirugía fueron: las comorbilidades activas, los hallazgos ultrasonográficos y la concentración de PCR y leucocitos al ingreso. El tratamiento ambulatorio al egreso, a menudo, no se rigió por los parámetros propuestos por las guías

internacionales y las medidas paralelas al tratamiento con antibióticos se aplicaron con poca frecuencia.

La enfermedad inflamatoria pélvica genera alta morbilidad y costos hospitalarios; se han asociado distintos factores de riesgo sociodemográficos con su presentación. Lo común es que se describa como un padecimiento propio de las adolescentes y mujeres con antecedente de múltiples compañeros sexuales.[7,11] En este estudio, la mediana de edad fue de 28 años, lo que corresponde al grupo de pacientes adultas. La mayoría de las pacientes había iniciado la vida sexual durante la adolescencia; sin embargo, en su mayoría, el número de compañeros sexuales no había sido mayor de dos. Los estudios recientes también han encontrado mayor aparición de la enfermedad en la población de mujeres adultas, incluso, describen edades medias de aparición por encima de los 30 años.[12-14] La relación entre los antecedentes quirúrgicos y la enfermedad inflamatoria pélvica no se ha discutido en la bibliografía con la suficiente amplitud; sin embargo, algunos autores describen el antecedente de manipulación reciente como un factor de riesgo importante.[11] Terao y su grupo asociaron al antecedente de cirugía ginecológica abierta como un predictor de pobre curso clínico en las pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica.[15] En este estudio, el antecedente de cirugía en la cavidad abdominal se encontró, incluso, en 60% de las pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica.

El diagnóstico de la enfermedad inflamatoria pélvica no es sencillo y requiere una importante sospecha, además de un examen ginecológico adecuado. Más de 90% de las pacientes de este estudio tuvieron dolor abdominal, aunque menos de la mitad tuvieron otro síntoma asociado. Además, solo 30.9% de las pacientes a las que se les realizó ultrasonografía vaginal tuvieron hallazgos sugerentes de enfermedad inflamatoria pélvica. Los hallazgos demuestran la importancia de incluir la enfermedad como diagnóstico diferencial en toda paciente con dolor abdominal, independientemente de la ausencia de síntomas ginecológicos vinculados o de hallazgos ecográficos sugerentes, similar a lo encontrado por Abehsera-Davó y su grupo.[12]

Una cuarta parte de las pacientes atendidas requirió intervención quirúrgica. En otros estudios la necesidad de cirugía se valoró después de haber iniciado un protocolo establecido de tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica; en cambio, solo en la mitad de las pacientes intervenidas quirúrgicamente en este estudio se valoró la necesidad de cirugía por especialistas del servicio de Ginecoobstetricia. Este hecho podría atribuirse a casos atendidos en urgencias con sospecha de abdomen agudo quirúrgico, que son operados de urgencia, donde suele haber hallazgos compatibles con enfermedad inflamatoria pélvica de manera intraoperatoria. Las comorbilidades activas, los hallazgos ultrasonográficos sugerentes, la concentración sérica de PCR y de leucocitos al ingreso fueron variables significativamente relacionadas con la necesidad de tratamiento quirúrgico en estas pacientes. Terao y su grupo identificaron la concentración de PCR y la coexistencia de cualquier lesión quística detectadas por ultrasonografía como variables predictoras de pobre curso.[15] Aunque en este estudio no se delimitó qué se entendía por hallazgo sugerente, la existencia de lesiones quísticas incluiría abscesos tubo-ováricos, hallazgo propio del padecimiento. Contrario a los resultados expuestos, Abehsera-Davó y sus coautores identificaron que las pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico tuvieron concentraciones más bajas de leucocitos al ingreso; sin embargo, los autores exponen que el resultado pudo deberse a cuadros subagudos y crónicos, contrario a las pacientes de este estudio que en su mayoría tuvieron un cuadro agudo.[12]

Los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Estados Unidos sugieren ofrecer tamizaje para infecciones de trasmisión sexual a las pacientes que requieran ser hospitalizadas;[5] además, administrar una cefalosporina de segunda o tercera generación asociada con doxiciclina, con o sin metronidazol, durante 14 días, que es el régimen recomendado.[5,11] En este estudio, una cuarta parte de las pacientes hospitalizadas recibió tamizaje de enfermedades de trasmisión sexual; además, se identificó que el régimen farmacológico la mayor parte de las veces se administró durante un lapso menor al recomendado y que otras actividades al egreso, como la educación para prevención de enfermedades de trasmisión sexual y tratamiento para la pareja sexual solo se llevó a cabo en porcentajes mínimos. El apego a la guía del CDC lo evaluaron Wiske y su grupo,[16] que independientemente del médico tratante, existe una baja tendencia a solicitar tamizaje de pruebas de VIH.

Los hallazgos descritos deben considerarse teniendo en cuenta algunas limitaciones inherentes al diseño del estudio. Al incluir solo pacientes atendidas en un centro de referencia, la representatividad de la población se ve afectada; además, debido a que se recurrió a las historias clínicas de una manera retrospectiva, las características sociodemográficas, sobre todo la escolaridad y el estado civil, tuvieron una notoria falta de datos en los registros analizados.

CONCLUSIÓN

Quedó de manifiesto la importancia de la enfermedad inflamatoria pélvica como un diagnóstico diferencial en cualquier paciente femenina en edad fértil con dolor abdominal, y la utilidad de los parámetros paraclínicos básicos, como una aproximación para determinar la necesidad de cirugía en las pacientes con cuadros de evolución aguda. En las instituciones de salud es importante protocolizar la conducta médica ante pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica, de manera que pueda proporcionarse un tratamiento adecuado e integral que prevea el riesgo de complicaciones a corto y largo plazo. Es necesario que la temática sea investigada más a fondo, de preferencia con estudios prospectivos.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Baquedano-Mainar L, Lamarca-Ballestero M, Puig-Ferrer F, Ruiz-Conde MA. Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. Rev Chil Obs Ginecol 2014;79(2):115-20.
2. Gaitán-Duarte HG, Rodríguez-Hernández AE, Grillo-Ardila CF, Páez-Canro CZ, Reyes-Sánchez JM, Muller EA, et al. Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital. Bogotá: Ministerio de Salud y protección social. Colciencias 2013:98-106.
3. Rodríguez-Núñez AC, Molina-Pérez CR, Pérez Pérez BC. Morbimortalidad por infección Intraabdominal de origen ginecológico. Rev Cuba Obstet y Ginecol 2006;32(2):1561-62
4. Hernández-Durán D, Diaz- Mitjans O. Enfermedad inflamatoria pélvica. Rev Cuba Obstet y Ginecol 2010;36(4):613-31.
5. Workowski K, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Recomm Rep 2015; 64(3):78-84.
6. Paniagua-Salas AM, Santana-Valenzuela CA, Contreras SM, Jiménez M, Germán-Severino AS, Cruz M. Enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres atendidas en la clínica rural Arroyo Toro. Rev Med Dom 2010;71(1):139-41.
7. De la Cruz GP, Bautista M. Estudio clínico-epidemiológico de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev Per Ginecol Obs 2005;51(1):126-31.
8. French CE, Hughes G, Nicholson A, Yung M, Ross JD, Williams T, et al. Estimation of the rate of pelvic inflammatory disease diagnoses: trends in England, 2000-2008. Sex Transm Dis 2011;38(3):158-62.
9. Reckart ML, Gilbert M, Meza R, Kim PH, Chang M, Money DM, et al. Chlamydia public health programs and the epidemiology of pelvic inflammatory disease and ectopic pregnancy. JID 2012; 207:30-38.

10. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision [en línea]. Dirección URL: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en (Consulta: enero 2016)
11. Ross J, Judlin P, Jensen J. 2012 European guide line for the management of pelvic inflammatory disease. Int J STD AIDS 2014;25(1):1-7.
12. Abehsera-Davó D, Panal-Cusati M, Sánchez-Pastor M, Herrera de la Muela M, de Santiago-García FJ. Resultados tras un protocolo de actuación en pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica grave. Ginecol Obstet Mex 2013;81: 304-9.
13. Kim HY, Yang JI, Moon C. Comparison of severe pelvic inflammatory disease, pyosalpinx and tubo-ovarian abscess. J Obstet Gynaecol Res 2015;41(5):742-6.
14. Xholli A, Cannoletta M, Cagnacci A. Season al trend of acute pelvic inflammatory disease. Arch Gynecol Obs 2014;289: 1017-22.
15. Terao M, Koga K, Fujimoto A, Wada-Hiraike , Yosuga Y, Yano T, et al. Factors that predict poor clinical course among patients hospitalized with Pelvic inflammatory disease. J Obs Gynaecol Res 2014;40(2):495-500.
16. Wiske CP, Palisoul M, Tapé C, Baird J MA. Physician Specialty Influences Care of Pelvic Inflammatory Disease. J Womens Health 2016;25(7):723-8.

App Store

Play Store

AVISO IMPORTANTE

www.ginecologiayobstetricia.org.mx

Ahí se consulta la edición más reciente y el acervo de los últimos 10 años. La página web está permitiendo la participación de ginecoobstetras de otros países y continentes y el intercambio de las experiencias de los ginecoobstetras mexicanos.