



Manejo de la enfermedad pélvica inflamatoria (Management of pelvic inflammatory disease)

Lino Arturo Rojas Pérez^{*(1-4)}, linoarojas@hotmail.com. ORCID 0000-0003-0396-1766
Blanca Herminia Cruz Basantes^{1,4}, blancahcruz@hotmail.com. ORCID 0000-0002-3895-6281
Lino Arturo Rojas Cruz^{3,4}, lino91_rojas001@hotmail.com. ORCID 0000-0003-3857-6876
Augusto Ernesto Rojas Cruz^{2,4}, augusrojascruz@hotmail.com. ORCID 0000-0002-6680-2087
Andrés Eduardo Rojas Cruz⁴, andresrojascruz@hotmail.com. ORCID 0000-0001-9936-6835
María Daniela Villagómez Vega⁴, danny_danila@hotmail.com. ORCID 0000-0003-0166-6229

(1) Facultad de Salud Pública, Carrera de Medicina, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Panamericana Sur Km 1.5, código postal 060106, Riobamba, Ecuador.

(2) Facultad de Salud Pública, Carrera de Promoción para la Salud, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Panamericana Sur Km 1.5, código postal 060106, Riobamba, Ecuador

(3) Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Chimborazo, Avenida Antonio José de Sucre Km 1 1/2 vía a Guano, código postal 060103, Riobamba-Ecuador

(4) ProSalud Medical Center, Jacinto Gonzales 1951 y Rey Cacha, Código postal 060101, Riobamba, Ecuador.

*Correspondencia: Dr. Lino Arturo Rojas Pérez, Facultad de Salud Pública, Carrera de Medicina, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Panamericana Sur Km 1.5, código postal 060106, Riobamba, Ecuador, linoarojas@hotmail.com

Recibido: 25-04-2022 Aceptado: 09-05-2022

RESUMEN

Introducción. La enfermedad pélvica inflamatoria se refiere a la infección de los órganos del tracto genital superior que involucra al útero, trompas de Falopio, ovarios y puede afectar a otros órganos pélvicos, generalmente es polimicrobiana. **Objetivo.** Determinar de acuerdo a la evidencia encontrada el manejo más adecuado. **Metodología.** En la búsqueda de información se utilizó el formato PICO como pregunta clínica, y se ha obtenido la información de bibliotecas científicas virtuales como, Cochrane, EBSCO, Pub Med, ACCESSSS, Centers for Disease Control and Prevention y en UptoDate, DynaMed, como buscadores de información científica, sobre el manejo de la enfermedad pélvica inflamatoria. **Resultados.** Se han encontrado 35 artículos científicos que respalda la información presentada y que cumplen los criterios propuestos en el proceso investigativo. **Discusión.** La enfermedad pélvica inflamatoria es una infección polimicrobiana del tracto genital superior, puede causar pelviperitonitis, problemas de infertilidad, dolor pélvico crónico entre otros, por lo tanto es fundamental su prevención, diagnóstico oportuno y el mejor tratamiento científico. **Conclusiones.** El uso de protocolos para la prevención, el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad pélvica inflamatoria disminuye las probables complicaciones que puede presentarse.

Palabras clave: Enfermedad pélvica inflamatoria, dolor pélvico, infertilidad.

ABSTRACT

Introduction. Pelvic inflammatory disease refers to infection of the organs of the upper genital tract that involves the uterus, fallopian tubes, ovaries and can affect other pelvic organs, it is generally polymicrobial. **Objectives.** Determine according to the evidence found the most appropriate management. **Methodology.** In the search for information, the PICO format was used as a clinical question, and information was obtained from virtual scientific libraries such as Cochrane, EBSCO, Pub Med, ACCESSSS, Centers for Disease Control and Prevention and UptoDate, DynaMed, as search engines scientific information on the management of pelvic inflammatory disease. **Results.** 35 scientific articles have been found that support the information presented and that meet the criteria proposed in the investigative process. **Discussion.** Pelvic inflammatory disease is a polymicrobial infection of the upper genital tract, it can cause pelvic peritonitis, infertility problems, chronic pelvic pain, among others, therefore its prevention, timely diagnosis and the best scientific treatment are essential. **Conclusions.** The use of protocols for the prevention, diagnosis and timely treatment of pelvic inflammatory disease reduces the probable complications that may occur.

Keywords: Pelvic inflammatory disease, pelvic pain, infertility.

1. Introducción

La infección del útero, trompas de Falopio, ovarios y que pueden afectar órganos pélvicos adyacentes se conoce como enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Frecuentemente es polimicrobiana e involucra comúnmente a bacterias de transmisión sexual como *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma genitalium*, además bacterias asociadas a vaginosis bacteriana.(1–10)

Generalmente la infección se inicia en vagina, asciende al cérvix, luego al endometrio y posteriormente al tracto genital superior; pudiendo causar abscesos en las trompas de Falopio, ovarios, perihepatitis y pelviperitonitis.(2,5)

La promiscuidad sexual y las enfermedades de transmisión sexual son la principal causa de EPI que puede presentarse en cualquier mujer con vida sexual activa. La utilización de métodos de planificación familiar de barrera pueden ser un factor protector.(11)

En el embarazo es menos frecuente la EPI pero puede presentarse hasta las 12 semanas de gestación.(4)

La sintomatología que presentan generalmente las pacientes con EPI es el dolor abdominal bajo bilateral que rara vez dura más de dos semanas, dispareunia, dolor posmenstruación, sangrado uterino anormal.(8,12)

Los resultados de los exámenes de sangre generalmente son inespecíficos, pocas pacientes pueden presentar leucocitosis, una proteína C reactiva (PCR) y una velocidad de eritrosedimentación elevada tienen poca sensibilidad y especificidad.(4)

Para el tratamiento generalmente se utiliza antibióticos orientados a las principales bacterias causantes de la EPI.

Cuando la EPI no se trata adecuadamente y a tiempo puede causar complicaciones como absceso tubárico, absceso tubo ovárico, pelviperitonitis, sepsis, choque séptico y mayor riesgo de muerte y como complicaciones posteriores problemas de infertilidad, dolor pélvico crónico, síndrome adherencial, mayor

riesgo de embarazo ectópico.(1,9,13–17)

El Objetivo del estudio es determinar de acuerdo a la evidencia encontrada el manejo más adecuado de la EPI para prevenir complicaciones inmediatas y tardías por esta patología.

La pregunta para la realización de esta investigación es ¿Cuál es el mejor tratamiento para evitar complicaciones en las mujeres que presentan enfermedad pélvica inflamatoria?

2. Metodología

La pregunta clínica ¿Cuál es el mejor tratamiento para evitar complicaciones en las mujeres que presentan enfermedad pélvica inflamatoria?, se utilizó para la realización de esta investigación en base al formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultados)

Como población se utilizó el término mujeres con EPI, como intervención se utilizó el mejor tratamiento; como comparación el no tratamiento y como resultados evitar complicaciones.

Los artículos científicos que se recopilaron para el proceso investigativo fueron en idioma español o en idioma inglés de las diferentes bibliotecas virtuales como Cochrane, EBSCO, Pub Med, ACCESSES, Medline, Centers for Disease Control and Prevention y en UptoDate, DynaMed, como buscadores de información científica, sobre el manejo de la enfermedad pélvica inflamatoria, utilizando como palabras clave: Pelvic inflammatory disease, pelvic pain, infertility.

Se inició la búsqueda de información en febrero del 2022; de los artículos seleccionados se tomó la información científica de más alta calidad como revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, metaanálisis y revisiones bibliográficas.

Como criterios de inclusión en esta investigación se utilizó el estado del arte de los últimos cinco años, que sea de alta calidad la información científica, que los autores hayan declarado no tener conflicto de interés, que no existan sesgos en la interpretación, ni tampoco en los resultados, que el idioma de la información sea en inglés o en idioma español.

Como criterios de exclusión de los artículos encontrados se consideró que el nivel de evidencia sea bajo, que los autores no hayan declarado o tengan conflictos de interés, que los resultados tengan sesgos, y que el idioma de la información sea diferente al inglés o al español.

3.Resultados

Se encontraron 35 artículos científicos que cumplen con los criterios de inclusión descritos y 10 artículos se excluyeron por no cumplir con dichos criterios, sobre todo porque estaban en idiomas diferentes al inglés o al español. Los artículos más relevantes incluyen guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos, que darán sustento y respaldo a la información presentada en esta revisión no sistemática sobre el mejor tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria para disminuir el riesgo de complicaciones inmediatas y tardías.

Todos los integrantes de esta investigación participaron en la búsqueda de la información para este trabajo.

4.Discusión

En la mujer la flora vaginal normal presentan especies de lactobacillus saprofitos dominantes productoras de peróxido de hidrógeno y una variedad de bacterias potencialmente patógenas como *Leptotrichia*, *Prevotella*, *Atopobium* y otros anaerobios que están en cantidades bajas y que pueden aumentar por diferentes circunstancias como cambios hormonales, las prácticas sexuales, uso de métodos anticonceptivos, higiene genital entre otros.(18)

El canal endocervical funciona como una barrera protectora que impide el ascenso de la flora vaginal dinámica hacia el tracto genital superior que es estéril; la presencia de bacterias de transmisión sexual en el canal endocervical puede alterar esta barrera y producir el ingreso de bacterias patógenas al tracto genital superior y pueden producir endometritis, salpingitis, salpingooforitis, absceso tubárico, absceso tuboovárico, perihepatitis y pelviperitonitis.(5)

Las razones del porque las bacterias del tracto genital inferior causan EPI en unas mujeres y en

otras no, hasta el momento no se conoce con precisión, pero podría estar relacionado con variaciones genéticas de la respuesta inmune, alteración de la viscosidad del moco cervical por los niveles de estrógenos y la diferente carga bacteriana patógena.(19,20)

La Enfermedad pélvica inflamatoria es una infección polimicrobiana ascendente, causada principalmente en un 85 % por bacterias cervicales de transmisión sexual como *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, y *Mycoplasma genitalium*, y bacterias de la flora vaginal que se asocian con vaginosis bacteriana como *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mobiluncus*, *Megasphaera*, *Sneathia* y Clostridiales, y en un 15 % no se transmiten sexualmente y están asociados con patógenos entéricos como *Escherichia coli*, *Streptococos del grupo B*, *Bacteroides fragilis*, y *Campylobacter* o bacterias respiratorias que pueden colonizar los órganos del tracto genital inferior como el *Haemophilus influenzae*, *Streptococos pneumoniae*, *Streptococos del grupo A* y *Estafilococos aureus*.(3,6,9,16,21–23)

En la mayoría de casos de EPI se desconoce el patógeno preciso, e independiente del agente causal iniciador siempre se considera a la EPI como una infección polimicrobiana mixta.(5)

En las mujeres con sospecha de EPI se debe realizar pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) para *C. trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* y donde sea posible también NAT para *Mycoplasma genitalium*.(4)

Factores de riesgo.

Dentro de los principales factores de riesgo para la presentación de EPI están:

- La actividad sexual. Es el principal riesgo para la presentación de EPI, sobre todo si existe múltiples parejas sexuales.(5)
- Promiscuidad sexual. El tener cuatro o más parejas sexuales en los últimos seis meses aumentó de tres a cuatro veces el riesgo de EPI. (5)

- Nueva pareja sexual. En los últimos tres meses.(2)
- Infecciones de transmisión sexual. En la pareja o en la paciente.(2,5)
- La edad. Es más frecuente entre los 15 a 25 años, porque en la *Clamidia Trachomatis* está presente principalmente en las adolescentes y adultas jóvenes y éste es un patógeno iniciador principalmente en esta etapa de la vida.(24)
- EPI anterior. Aproximadamente el 25 % de mujeres que presentó EPI puede tener una recurrencia.(5)
- Método Anticonceptivo. La no de utilización de métodos de planificación familiar puede facilitar la presentación de EPI. Pero el uso de métodos de barrera, sobretodo del preservativo disminuye el riesgo de esta patología.(5) Con relación a los anticonceptivos orales varios estudios refieren que aumentan el riesgo de prevalencia de *Clamidia* y de *Neisseria* a nivel cervical,(25) pero pueden desarrollar EPI con similar frecuencia que las no usuarias.(5) Con relación a la utilización de los dispositivos intrauterinos (DIU) modernos causan poco o ningún aumento del riesgo de EPI,(7,26) este riesgo está presente en las tres primeras semanas luego de la inserción.(26)

Cuadro clínico.

El curso de la enfermedad es variado, algunas mujeres presentan síntomas abdomino pélvico leve e insidiosos hasta dolor muy agudo e importante debido a abscesos tubáricos o tuboováricos y rara vez sintomatología por sepsis intraabdominal que podría comprometer la vida de esa persona; en cambio otras pueden presentar sintomatología leve, insidiosa durante varias semanas o meses, o no presentan molestias pero pueden acudir a consulta médica por problemas de infertilidad por obstrucción tubárica bilateral a causa de una salpingitis previa.(4)

La infección de la EPI puede extenderse y afectar la cápsula hepática y causar una perihepatitis denominada síndrome de Fitz-Hugh Curtis. (4)

El dolor pélvico es el principal síntoma, se suele acompañar de dolor abdominal bajo bilateral y puede presentar dolor poscoital de aparición reciente o dolor pélvico durante la menstruación o poco después de ella.(7,8,12,27)

Hasta un 33 % de pacientes pueden presentar sangrado poscoital, intermenstrual o menorragias.(9)

La mayoría de mujeres presentan sintomatología leve a moderada, solo un pequeño grupo puede presentar síntomas severos con un dolor muy intenso y características sintémicas como fiebre y sintomatología sugestiva de irritación peritoneal a consecuencia de pelviperitonitis o abscesos tubárico o tuboovárico.(4)

Exámen físico.

Se recomienda que todas las mujeres con sospecha de EPI deben someterse a un examen pélvico bimanual.(4) A la movilización cervical presenta un dolor agudo, hipersensibilidad uterina y dolor anexial que son una de las características definitorias de EPI.(9,28) Se debe realizar una especuloscopia para verificar la presencia de secreción mucopurulenta endocervical que es otra de las características frecuentes en pacientes con EPI.(4)

Diagnóstico.

El diagnóstico clínico presuntivo se realiza en mujeres con vida sexual activa y sobre todo en mujeres con alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual que presenten dolor pélvico asociado a dolor a la movilización cervical, hipersensibilidad uterina y dolor anexial al examen pélvico bimanual.(4,29)

El diagnóstico presuntivo es suficiente para iniciar el tratamiento empírico en pacientes con EPI, debido a las graves secuelas y complicaciones que puede presentar si no se realiza el tratamiento antibiótico oportuno.(4)

Si las pruebas de NAAT para *neisseria* o *clamidia* son positivas tiene altísima sospecha de EPI.(4)

Todas las mujeres con diagnóstico de clamidia o de neisseria se deben repetir la prueba tres meses después de recibir el tratamiento específico, independientemente si su pareja fue o no tratada.(2)

Otros criterios que apoyan el diagnóstico:(7)

- Temperatura oral > 38.3 °C
- Infección cervical documentada por *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* o *M. genitalium*
- Secreción cervical o vaginal mucopurulenta
- Al examen fresco de secreción vaginal la presencia de glóbulos blancos > de 15 a 20 por campo de gran aumento o más glóbulos blancos que células epiteliales.

Tratamiento.

En el tratamiento de la EPI la piedra angular es el uso de antibióticos empíricos orientados a los patógenos más frecuentes.(1)

Para las mujeres que presenten sintomatología sugestiva de EPI leve o moderada se recomienda terapia antibiótica ambulatoria:(1,30)

- Ceftriaxona 500 mg por vía intramuscular (IM) para pacientes < de 150 kg y 1 g por vía IM para pacientes con peso \geq de 150 kg dosis única + Doxiciclina 100 mg por vía oral (VO) cada 12 horas por 14 días + Metronidazol 500 mg por VO cada 12 horas por 14 días.

Otras cefalosporinas que se pueden utilizar en asociación con doxiciclina + metronidazol son: (1)

- Cefoxitina 2 g por vía IM con Probenecid 1 g por VO, o
- Cefotaxima 1 g por vía IM, o
- Ceftizoxima 1 g por vía IM.

Los esquemas de tratamiento basados en cefalosporinas dan una curación clínica mayor del 90%.(31)

Una alternativa a la doxiciclina es la azitromicina en dosis de 500 mg por VO durante uno o dos días, seguidos de 250 mg por VO por 14 días o 1 g por VO cada semana por 2 semanas. (1,32)

La azitromicina produce tasas de curación más bajas comparadas con doxiciclina para *C. trachomatis*.(1)

El duración del tratamiento para EPI se recomienda debe ser de 14 días.(7,8)

La mayoría de mujeres con EPI pueden ser manejadas de una forma adecuada ambulatoriamente, las indicaciones para hospitalización y manejo antibiótico generalmente parenteral son:(1,7)

- Enfermedad clínica grave (fiebre \geq 38.5 °C, náuseas, vómitos)
- Presencia de absceso pélvico incluido el absceso tuboovárico
- Embarazo
- Incapacidad para tomar antibióticos por vía oral.
- Inadecuada respuesta al tratamiento antibiótico oral
- Evaluación diagnóstica por probable etiología diagnóstica quirúrgica diferencial (apendicitis, torsión de quiste de ovario)
- Sospecha de absceso tuboovárico roto.

En las pacientes hospitalizadas se recomienda una terapia parenteral inicial con antibióticos combinados que cubran a las bacterias más frecuentes que causan esta patología:(1,7)

- Ceftriaxona 1 g por vía intravenosa (IV) cada 24 horas + doxiciclina 100 mg por VO o por vía IV cada 12 horas + metronidazol 500 mg por VO o por vía IV cada 12 horas.
- Cefoxitina 2 g por IV cada seis horas + doxiciclina 100 mg por VO o IV cada 12 horas.

- Cefotetán 2 g por vía IV cada 12 horas + doxiciclina 100 mg por VO o vía IV cada 12 horas.

Generalmente se prefiere la administración por VO de la doxiciclina si puede tolerarla a la administración IV por el dolor que se causa la misma.(1)

La biodisponibilidad de la administración IV son similares a la administración por VO tanto para la doxiciclina como para el metronidazol.(1)

Varios ensayos clínicos ha demostrado que la combinación de cefalosporinas + doxiciclina tienen una tasa de curación clínica sobre el 80 a 90 % sobre todo contra *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.(7)

La cefoxitina y el cefotetán tienen una buena actividad anaeróbica, se añade metronidazol cuando se utiliza ceftriaxona para bacterias anaerobias.(1)

Cuando existe alergia a los betalactámicos o si no existe disponibilidad de cefalosporinas se puede utilizar un tratamiento parenteral alternativo, pero los datos clínicos son más limitados. (1)

- Clindamicina 900 mg por vía IV cada 8 horas + gentamicina 3 a 5 mg IV cada 24 horas o 2 mg/kg por vía IV una vez seguido de 1.5 mg/kg cada 8 horas.
- Ampicilina – sulbactam 3 g por vía IV + doxiciclina 100 mg por VO o por vía IV cada 12 horas.
- Azitromicina 500 mg por vía IV una vez al día durante uno o dos días seguidos de 250 mg por VO al día hasta completar un ciclo de 7 días + metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por 14 días.

Cuando existe mejoría clínica sostenida por 24 a 48 horas (resolución de la fiebre, náuseas, vómitos y dolor abdominal) luego de la terapia parenteral se cambia a régimen oral hasta completar un ciclo total de 14 días.(1)

Para la terapia oral luego de la terapia parenteral se recomienda doxiciclina 100 mg por VO + metronidazol 500 mg por VO, ambos cada 12

horas hasta completar el ciclo total de 14 días de antibioticoterapia sumados los antibióticos parenterales y orales.(1)

Para las pacientes que no pueden tolerar la doxiciclina, la azitromicina es una alternativa en dosis de 500 mg por VO por uno o dos días seguidos de 250 mg por VO cada día hasta completar 14 días.(1)

Si la paciente no tolera el metronidazol se puede utilizar la clindamicina como alternativa, en dosis de 450 mg por VO cada 6 horas hasta completar el ciclo de 14 días.(1)

Como medidas complementarias en pacientes con EPI grave que presentan náuseas y vómitos frecuentes que dificultan la ingesta oral, se debe realizar reposición de volumen con soluciones cristaloides, uso de antieméticos, analgésicos y antipiréticos.(1)

Las intervenciones quirúrgicas se reservan para los abscesos tuboováricos \geq de 7 cm, o que se asocian con sepsis o abscesos $<$ de 7 cm que no mejoran con el tratamiento médico.(15)

Actividad sexual.

Se recomienda abstención sexual hasta que la paciente haya completado el tratamiento médico, su pareja haya sido evaluada sobre enfermedades de transmisión sexual y recibido el tratamiento médico correspondiente.(1)

Todas las pacientes con EPI deben ser investigadas sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluido VIH y Sífilis.(1)

Manejo de la pareja sexual.

La pareja sexual masculina de las pacientes con EPI si tuvieron contacto sexual dentro de los 60 días del inicio de los síntomas de EPI deben ser evaluados sobre ETS y deben ser tratados incluso si las pruebas de ETS son negativas. El tratamiento es fundamental para evitar el riesgo de reinfección.(1,2,33)

Además se debe tratar a la pareja sexual más reciente si tuvo una relación sexual $>$ de 60 días previos al inicio de la sintomatología.(2)

Se recomienda Ceftriaxona 500 mg por vía IM para personas < de 150 kg de peso y 1 g por vía IM para personas que pesan \geq de 150 kg(22,34) en dosis única + azitromicina 1 g por VO como dosis única o doxiciclina 100 mg por VO cada 12 horas por 7 días.(35)

Manejo de la paciente embarazada.

La EPI es rara en la mujer embarazada, pero puede presentarse en las primeras 12 semanas de gestación, en ese caso se debe hospitalizar a la paciente y recibir tratamiento parenteral con: (1)

- Cefoxitina 2 g por IV cada seis horas o Cefotetán 2 g por IV cada 12 horas hasta mantener de 24 a 48 horas de mejoría clínica + Azitromicina 1 g por VO dosis única.

5. Conclusiones

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se refiere a la infección de los órganos pélvicos del tracto genital superior que incluyen el útero, trompas de Falopio y ovarios y que además puede afectar órganos abdomino pélvicos adyacentes.

Generalmente es polimicrobiana e involucra frecuentemente a bacterias de transmisión sexual como *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma genitalium*, además bacterias asociadas a vaginosis bacteriana.

La promiscuidad sexual y las enfermedades de transmisión sexual son la principal causa de EPI que puede presentarse en cualquier mujer con vida sexual activa.

El diagnóstico clínico presuntivo se realiza en mujeres con vida sexual activa y sobre todo en mujeres con alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual que presenten dolor pélvico asociado a dolor a la movilización cervical, hipersensibilidad uterina y dolor anexial al examen pélvico bimanual.

El diagnóstico presuntivo es suficiente para iniciar el tratamiento empírico en pacientes con EPI, debido a las graves secuelas y complicaciones que puede presentar si no se realiza el tra-

tamiento antibiótico oportuno.

El tratamiento antibiótico debe ser enfocado para las bacterias más frecuentes que causan esta patología.

Todas las mujeres con diagnóstico de clamidia o de neisseria se deben repetir la prueba NAAT tres meses después de recibir el tratamiento específico, independientemente si su pareja fue o no tratada.

El uso de protocolos para la prevención, el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad pélvica inflamatoria disminuye las probables complicaciones que puede presentarse.

Agradecimientos

Agradezco al comité organizador de esta revista científica y a la Carrera de Medicina de la ESPOCH por brindar las facilidades para la elaboración de este proceso investigativo que ayudará a la actualización de conocimientos científicos del personal de salud a través de la difusión y publicación de esta información médica sobre el manejo de la enfermedad pélvica inflamatoria.

La información científica obtenida ayudó a la elaboración de esta revisión bibliográfica no sistemática

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Limitación de responsabilidad

Los autores somos responsables de argumentos enunciados en esta investigación, en base a la información encontrada.

Fuentes de apoyo

Los autores han financiado todo el proceso investigativo.

Referencias Bibliográficas

1. Wiesenfeld H. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents [Internet]. UpToDate. 2022 [cited 2022 Mar 23]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents/print?search=enfermedad pélvica inflamatoria&source=search_result&selecte dTitle=1~150&usage_type=default&display _rank=1](https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents/print?search=enfermedad+p%C3%A9lvica+inflamatoria&source=search_result&selecte dTitle=1~150&usage_type=default&display _rank=1)
2. Levine E, van Zuuren E, Ehrlich A, Paavonen J. Pelvic Inflammatory Disease (PID) [Internet]. DynaMed - EBSCO. 2022 [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/pelvic-inflammatory-disease-pid>
3. Soper DE. Pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol [Internet]. 2010 Aug [cited 2022 Mar 26];116(2 PART 1):419–28. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2010/08000/Pelvic_Inflammatory_Disease.25.aspx
4. Ross J, Chacko M. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2022 [cited 2022 Mar 23]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis/print?search=enfermedad pélvica inflamatoria&source=search_result&selecte dTitle=2~150&usage_type=default&display _rank=2](https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis/print?search=enfermedad+p%C3%A9lvica+inflamatoria&source=search_result&selecte dTitle=2~150&usage_type=default&display _rank=2)
5. Ross J. Pelvic inflammatory disease: Pathogenesis, microbiology, and risk factors [Internet]. UpToDate. 2020 [cited 2022 Mar 23]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-pathogenesis-microbiology-and-risk-factors/print?search=enfermedad pélvica inflamatoria&source=search_result&selecte dTitle=3~150&usage_type=default&display _rank=3](https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-pathogenesis-microbiology-and-risk-factors/print?search=enfermedad+p%C3%A9lvica+inflamatoria&source=search_result&selecte dTitle=3~150&usage_type=default&display _rank=3)
6. Cazanave C, de Barbeyrac B. Pelvic inflammatory diseases: Microbiologic diagnosis - CNGOF and SPILF Pelvic Inflammatory Diseases Guidelines. Gynecol Obstet Fertil Senol [Internet]. 2019 May 1 [cited 2022 Mar 26];47(5):409–17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30878688/>
7. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Reports [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 26];70(4): 1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344968/>
8. Ross J, Guaschino S, Cusini M, Jensen J. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. Int J STD AIDS [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2022 Mar 26]; 29(2):108–14. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0956462417744099?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr _dat=cr_pub++0pubmed
9. Wiesenfeld HC, Sweet RL, Ness RB, Krohn MA, Amortegui AJ, Hillier SL. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease. Sex Transm Dis [Internet]. 2005 Jul [cited 2022 Mar 26];32(7):400–5. Available from: https://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2005/07000/Comparison_of_Acute_and_Subclinical_Pelvic.2.aspx
10. Bugg CW, Taira T, Zaurova M. Pelvic inflammatory disease: diagnosis and treatment in the emergency department. Emerg Med Pract [Internet]. 2016 Dec 22 [cited 2022 Apr 10];18(12 Suppl Points & Pearls):S1–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28745849>

11. Ross J, Chacko M. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2020 [cited 2020 Sep 8]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis/print?search=enfermedad+pelvic+inflammatorias&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
12. Ross J, Cole M, Evans C, Lyons D, Dean G, Cousins D. United Kingdom National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease (2019 Interim Update). *J Med Sci*. 2019;8-.
13. Learman L, McHugn K. Chronic Pelvic Pain. ACOG PRACTICE BULLETIN. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists [Internet]. 2020 Mar [cited 2020 Oct 9]. Available from: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/practice-bulletin/articles/2020/03/chronic-pelvic-pain.pdf>
14. Peipert J, Madden T. Long-term complications of pelvic inflammatory disease [Internet]. UpToDate. 2021 [cited 2022 Mar 23]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/long-term-complications-of-pelvic-inflammatory-disease/print?search=enfermedad+pélvica+inflamatoria&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
15. Beigi R. Management and complications of tubo-ovarian abscess [Internet]. UpToDate. 2021 [cited 2022 Jan 16]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/management-and-complications-of-tubo-ovarian-abscess/print?search=absceso+tuboovárico&source=search_result&selectedTitle=1~22&usage_type=default&display_rank=1
16. Goller JL, De Livera AM, Fairley CK, Guy RJ, Bradshaw CS, Chen MY, et al. Population attributable fraction of pelvic inflammatory disease associated with chlamydia and gonorrhoea: a cross-sectional analysis of Australian sexual health clinic data. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2022 Mar 26];92(7):525–31. Available from: <https://sti.bmj.com/content/92/7/525>
17. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic Inflammatory Disease. Campion EW, editor. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1411426> [Internet]. 2015 May 20 [cited 2022 Mar 28];372(21):2039–48. Available from: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1411426>
18. Srinivasan S, Hoffman NG, Morgan MT, Matsen FA, Fiedler TL, Hall RW, et al. Bacterial Communities in Women with Bacterial Vaginosis: High Resolution Phylogenetic Analyses Reveal Relationships of Microbiota to Clinical Criteria. *PLoS One* [Internet]. 2012 Jun 18 [cited 2022 Mar 27];7(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3377712/>
19. Morré SA, Karimi O, Ouburg S. Chlamydia trachomatis: identification of susceptibility markers for ocular and sexually transmitted infection by immunogenetics. *FEMS Immunol Med Microbiol* [Internet]. 2009 Mar [cited 2022 Mar 27];55(2):140–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19170753/>
20. Ness RB, Kip KE, Hillier SL, Soper DE, Stamm CA, Sweet RL, et al. A Cluster Analysis of Bacterial Vaginosis-associated Microflora and Pelvic Inflammatory Disease. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2005 Sep 15 [cited 2022 Mar 27];162(6):585–90. Available from: <https://academic.oup.com/aje/article/162/6/585/100561>

21. Wiesenfeld HC, Meyn LA, Darville T, Macio IS, Hillier SL. A Randomized Controlled Trial of Ceftriaxone and Doxycycline, With or Without Metronidazole, for the Treatment of Acute Pelvic Inflammatory Disease. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2021 Apr 8 [cited 2021 May 30];72(7):1181–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8028096/>
22. Baeten J, Ridzon R, van Zuuren E, Iacoviello V. Gonococcal Cervicitis [Internet]. *Dynamed -EBSCO*. 2022 [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/gonococcal-cervicitis>
23. Sobel J, Mitchell C. Bacterial vaginosis: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. *UpToDate*. 2020 [cited 2022 Mar 29]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis-clinical-manifestations-and-diagnosis/print?search=vaginosis-bacteriana&source=search_result&selectedTitle=2~111&usage_type=default&display_rank=2
24. Sonnenberg P, Clifton S, Beddows S, Field N, Soldan K, Tanton C, et al. Prevalence, risk factors, and uptake of interventions for sexually transmitted infections in Britain: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet (London, England)* [Internet]. 2013 [cited 2022 Mar 27];382(9907):1795. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3899025/>
25. Louv WC, Austin H, Perlman J, Alexander WJ. Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1989 [cited 2022 Mar 27];160(2):396–402. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2916625/>
26. Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2000 Sep 16 [cited 2022 Mar 27];356(9234):1013–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11041414/>
27. Korn AP, Hessol NA, Padian NS, Bolan GA, Donegan E, Landers D V., et al. Risk factors for plasma cell endometritis among women with cervical *Neisseria gonorrhoeae*, cervical *Chlamydia trachomatis*, or bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1998 [cited 2022 Mar 30];178(5):987–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9609572/>
28. Peipert JF, Ness RB, Blume J, Soper DE, Holley R, Randall H, et al. Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2001 [cited 2022 Apr 9];184(5):856–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11303192/>
29. Llata E, Bernstein KT, Kerani RP, Pathela P, Schwebke JR, Schumacher C, et al. Management of Pelvic Inflammatory Disease in Selected US Sexually Transmitted Disease Clinics: Sexually Transmitted Disease Surveillance Network, January 2010–December 2011. *Sex Transm Dis* [Internet]. 2015 Aug 25 [cited 2022 Apr 10];42(8):429. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6740322/>
30. Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 [cited 2022 Apr 10];186(5):929–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12015517/>

31. Savaris RF, Fuhrich DG, Maissiat J, Duarte R V., Ross J. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 Aug 21 [cited 2022 Apr 9];2020(8). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8094882/>
32. Savaris RF, Teixeira LM, Torres TG, Edelweiss MIA, Moncada J, Schachter J. Comparing ceftriaxone plus azithromycin or doxycycline for pelvic inflammatory disease: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2007 Jul [cited 2022 Apr 9];110(1):53–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17601896/>
33. Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 Oct 3 [cited 2022 Apr 10]; 2013(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7138045/>
34. Seña A, Cohen M. Treatment of uncomplicated *Neisseria gonorrhoeae* infections [Internet]. UpToDate. 2021 [cited 2022 Jan 5]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-uncomplicated-neisseria-gonorrhoeae-infections/print?sectionName=INITIAL TREATMENT OF UROGENITAL AND ANORECTAL INFECTION&search=enfermedad p%C3%A9lvica inflamatoria&topicRef=7585&anchor=H1115841&source=see_link](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-uncomplicated-neisseria-gonorrhoeae-infections/print?sectionName=INITIAL-TREATMENT-OF-UROGENITAL-AND-ANORECTAL-INFECTION&search=enfermedad+p%C3%A9lvica+inflamatoria&topicRef=7585&anchor=H1115841&source=see_link)
35. Wiesenfeld H. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents [Internet]. UpToDate. 2019 [cited 2020 Sep 8]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents/print?search=enfermedad pelvic inflammatorias&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents/print?search=enfermedad+pelvic+inflammatorias&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)