

Capítulo 1

Enfermedad pélvica inflamatoria: un problema de salud pública

Carolina Álvarez Mesa

Especialista en Ginecología y Obstetricia
Docente Universidad de Antioquia

Introducción

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una infección polimicrobiana y ascendente del tracto reproductivo superior femenino, que incluye la endometritis, la salpingitis, el absceso tubo-ovárico y la pelviperitonitis. (1,2)

Es una causa común de morbilidad y representa 1 de cada 60 consultas de medicina general en mujeres menores de 45 años, (1) además, constituye un problema de salud pública por los costos directos e indirectos que provoca debido a sus manifestaciones clínicas y sus secuelas. (3)

Etiología

La enfermedad aguda (menos de 30 días de duración), es causada por el ascenso de bacterias del cérvix y la vagina. Más del 85 % de infecciones se deben a patógenos transmitidos sexualmente especialmente *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamidia trachomatis*, y 15 % a microorganismos entéricos o respiratorios que colonizan el tracto genital inferior. La enfermedad subclínica parece tener las mismas causas, pero ser 2 veces más común.

La EPI crónica generalmente está asociada a infección crónica por *Mycobacterium tuberculosis* o *Actinomyces*. (4)

Estudios recientes sugieren que la proporción de casos de EPI atribuidos a *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis* están disminuyendo; de las mujeres diagnosticadas, menos del 50 % tienen pruebas positivas para estos microorganismos, mientras que microorganismos que comprometen la flora vaginal como anaerobios, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, bacilos entéricos gramnegativos y *Streptococcus agalactiae* han sido asociados con EPI. Además, Citomegalovirus, *M. hominis*, *U. urealyticum*, y *M. genitalium* también se han asociado en algunos casos. Nuevos datos sugieren que *Mycoplasma genitalium* puede cumplir un rol importante en la patogénesis de la enfermedad y asociarse a síntomas más leves. (2)

Los factores que determinan cuáles infecciones cervicales van a ascender en tracto genital superior, no están bien establecidos, pero algunos datos de estudios prospectivos, sugieren que el 15 % de infecciones por clamidia no tratadas progresan a EPI clínica. Las relaciones sexuales y la menstruación retrógrada podrían ser factores importantes en la fisiopatología. (4)

Epidemiología

Su incidencia es difícil de precisar, ya que las formas subclínicas son subdiagnosticadas, pero es sabido que se trata de una entidad frecuente. (4) En Estados Unidos, 800.000 mujeres son diagnosticadas con EPI cada año, sin embargo, se calculan que pueden ser más de un millón si se tuvieran en cuenta los casos que no se diagnostican. (5)

Así mismo, la infección por *C. trachomatis* que es uno de los microorganismos causales más importantes tiene una alta prevalencia, se calcularon 130 millones de infecciones alrededor del mundo en el año 2012. Además, se estima que entre el 10 % y el 30 % de las mujeres experimentan uno o más episodios en su vida, sin embargo, el 70 % de las infecciones son asintomáticas. (6)

En Colombia, la infección por *C. trachomatis* es considerada la infección de transmisión sexual más frecuente, con una prevalencia en orina del 2 % en mujeres asintomáticas de bajo riesgo, y del 7 % al 9,8 % en el cérvix en la población general con sintomatología del tracto genital inferior. (1)

La EPI es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas y en las adolescentes, quienes presentan un riesgo relativo 3 veces mayor. Esta alta prevalencia en este grupo de edad puede deberse a mayores conductas de riesgo, incluyendo número de parejas sexuales, mayor frecuencia de nuevas parejas, y relaciones sexuales sin preservativo. (4)

El antecedente de EPI también se considera un factor predisponente para nuevos episodios, tanto por la persistencia de los factores de riesgo como por pareja no tratada. Los métodos anticonceptivos de barrera y los hormonales (por la

modificación que provocan en el moco cervical), actúan como factores protectores. (3)

Diagnóstico

Se considera que la enfermedad pélvica inflamatoria es una entidad compleja y difícil de diagnosticar, debido a la falta de especificidad de sus síntomas y signos, además, muchas mujeres pueden cursar con enfermedad subclínica, lo cual impide realizar tratamientos. Hay evidencia de que retrasar el diagnóstico y por ello el tratamiento, supone aumentar el riesgo de secuelas tales como infertilidad, embarazo ectópico, y dolor pélvico, las cuales pueden tener costos significativos en el cuidado de la salud. (1,5)

La EPI tiene un amplio rango de manifestaciones clínicas que van desde la forma asintomática, pasando por síntomas leves hasta la enfermedad aguda grave que puede poner en riesgo la vida de la paciente. Es muy importante tener un umbral bajo diagnóstico, que permita realizar tratamientos oportunos y prevenir complicaciones. (1)

En un estudio que evaluó pacientes con infertilidad sin historia de EPI, 60 % de las pacientes reportaron haber consultado por dolor pélvico, sugiriendo que muchos casos de EPI no son diagnosticados. (4)

Síntomas

El síntoma más importante para el diagnóstico es la sensibilidad pélvica, la cual tiene una alta sensibilidad (mayor al 95 %), pero muy pobre especificidad. Los hallazgos de infección del tracto genital inferior como flujo mucopurulento a través del cérvix, friabilidad cervical o aumento en el número de leucocitos en la secreción vaginal, aumentan la especificidad. (4)

Generalmente las pacientes con enfermedad aguda consultan por dolor pélvico de inicio súbito, de intensidad variable y que puede estar asociado a la menstruación. Otros síntomas asociados son el flujo vaginal anormal, el sangrado intermenstrual o poscoital, la dispareunia o la disuria.

Algunas mujeres pueden presentar fiebre, sin embargo, las manifestaciones sistémicas no son tan frecuentes. (4)

Hallazgos clínicos

En la evaluación clínica con el tacto bimanual, es característico que la paciente presente dolor importante a la movilización del cérvix, sensibilidad en los anexos, o a la compresión uterina. Si el dolor es predominantemente unilateral, deberá sospecharse la existencia de un absceso a ese nivel.

Criterios diagnósticos

Según la Guía Colombiana de Práctica Clínica de Infecciones de Transmisión Sexual publicada en 2013, el diagnóstico de EPI se hará ante la presencia de dolor abdominal bajo o dolor a la palpación de los anexos o dolor a la movilización del cérvix y al menos uno de los siguientes criterios: secreción endocervical purulenta, flujo vaginal o dolor abdominal de rebote y temperatura corporal mayor o igual a 38° C. En caso de disponer de hemograma se podrá tener como criterio un recuento leucocitario mayor a 10.500, o conteo de neutrófilos mayor a 80 %. (1) El Centro de Control y Prevención de enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) también incluye el aumento de la proteína C reactiva (PCR), el aumento de la velocidad de sedimentación globular, la presencia de abundantes leucocitos en el examen de flujo y pruebas positivas para *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* o ambas. (2)

Desafortunadamente el diagnóstico clínico de EPI es impreciso. Aunque la laparoscopia ha sido considerada el estándar para el diagnóstico, tiene alta variabilidad interobservador, y puede no detectar endometritis o inflamación tubárica inicial. Además, es un procedimiento invasivo y no disponible en muchos sitios. Tampoco se realiza de rutina en pacientes con síntomas leves o moderados. (4)

La biopsia de endometrio también es invasiva, además, requiere lectura por patólogo lo que puede llevar a diagnósticos tardíos.

La ecografía transvaginal y la resonancia magnética pueden evidenciar líquido en las trompas y son altamente específicas para salpingitis; sin embargo, la resonancia es costosa y no está disponible en muchos sitios. **(4)**

La guía colombiana no recomienda el uso rutinario de la laparoscopia, el ultrasonido vaginal, la tomografía computarizada o la resonancia nuclear magnética en el diagnóstico de la EPI. Pero considera que la ecografía transvaginal puede ser útil para el diagnóstico del absceso tubo-ovárico y que además, podría ser útil para diferenciar la EPI de la apendicitis aguda en una minoría de casos, sin embargo, no hay suficiente evidencia para soportar su uso rutinario. **(1)**

Algunas guías sugieren que a toda paciente con EPI se le deben realizar pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (NAT) para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, pues si estas son positivas, la posibilidad de que se trate de una EPI aumenta considerablemente. Sin embargo, estas no están disponibles en nuestro medio, y a pesar de que nuestra guía recomienda el uso de pruebas rápidas en pacientes con al menos uno de los comportamientos de riesgo (uso irregular de condón, relaciones sexuales casuales, múltiples compañeros sexuales en los últimos seis meses, sexo anal, relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas alucinógenas); estas pruebas tampoco se encuentran ampliamente disponibles. **(1,4)**

El flujo vaginal también debe ser evaluado, especialmente para identificar el aumento de leucocitos y la presencia de vaginosis bacteriana, **(1)** asimismo, cuando se sospeche EPI, se recomienda solicitar estudios serológicos para descartar otras enfermedades de transmisión sexual como sífilis, VIH y VHB. **(3)**

Diagnóstico diferencial

Debe descartarse siempre otras causas de dolor que puedan poner en riesgo la vida de la paciente como: el embarazo ectópico y la apendicitis. Evaluar también otras causas ginecológicas como la endometriosis severa, quiste de ovario complicado con ruptura o torsión, dismenorrea y ovulación

dolorosa; además, tener en cuenta causas gastrointestinales como gastroenteritis, síndrome de colon irritable, diverticulitis, y urológicas como cistitis y pielonefritis. **(1,4)**

Clasificación

La guía colombiana propone la siguiente clasificación para la EPI:

Grado I

No complicada, sin masa (salpingitis, limitada a trompas y ovarios). Con o sin signos de irritación peritoneal.

Grado II

Complicada (masa o absceso involucrando trompas y/o ovarios). Con o sin signos de irritación peritoneal.

Grado III severa

Diseminada a estructuras extrapélvicas (absceso tubo-ovárico roto o pelviperitonitis) o con respuesta sistémica severa.

Tratamiento

El tratamiento debe iniciarse tan pronto como se haga el diagnóstico presuntivo, porque la prevención de secuelas a largo plazo depende de la temprana administración de antibióticos apropiados. En la selección del tratamiento debe tenerse en cuenta disponibilidad, costo y aceptación del paciente. **(4)**

El tratamiento es empírico e incluye una combinación de antibióticos de amplio espectro, debe cubrir *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* que son los gérmenes más frecuentes. La necesidad de cubrir anaerobios no ha sido establecida definitivamente en los ensayos clínicos, pero teniendo en cuenta que la vaginosis bacteriana es frecuentemente encontrada en estas pacientes, algunos autores lo recomiendan, incluida la guía colombiana. **(1,2)**

La mayoría de *Mycoplasma genitalium* es resistente a doxiciclina y aunque es sensible a la moxifloxacina, esta no se recomienda pues el gonococo ha adquirido importante resistencia a las quinolonas. La sustitución de doxiciclina por

XXVIII Actualización en Ginecología y Obstetricia

azitromicina cubre el micoplasma y simplifica la dosis. (4)

Muchos regímenes de tratamientos orales y venosos han sido efectivos para la mejoría clínica y la cura microbiológica, sin embargo, un número limitado de investigaciones ha comparado estos regímenes para evaluar la eliminación de la infección en endometrio y trompas, o determinar la incidencia de complicaciones a largo plazo. El tratamiento óptimo y los resultados a largo plazo de pacientes con enfermedad subclínica tampoco se conoce. (2,5)

El siguiente es el esquema recomendado por la Guía colombiana para el tratamiento ambulatorio de la EPI:

- Ceftriaxona intramuscular de 500 mg dosis única, más azitromicina 1g vía oral por semana durante dos semanas más metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas durante 14 días.

Las quinolonas deben evitarse como tratamiento de primera línea en el tratamiento de EPI debido al incremento de la resistencia a esta familia de antibióticos en Colombia. El metronidazol puede ser discontinuado en aquellas mujeres con EPI leve o moderada que no puedan tolerarlo, ya que su uso proporciona una eficacia adicional incierta en este grupo de pacientes. (1)

En la actualidad no se dispone de ensayos clínicos controlados que soporten el uso de cefalosporinas orales (más que parenterales) como parte de los esquemas de tratamiento. Los niveles tisulares de los antibióticos son probablemente más bajos con la administración oral. (1)

En paciente usuaria de DIU, solo será necesario retirarlo si no existe mejoría clínica en las primeras 72 horas y en esos casos es conveniente solicitar cultivo microbiológico del mismo, teniendo en cuenta que existe asociación entre Actinomyces y DIU, germen que suele ocasionar cuadros graves de salpingitis y abscesos tuboováricos. (3,4) Es limitada la evidencia de ensayos clínicos sobre la indicación de retirar o no el DIU en mujeres que presentan EPI, se considera que el retiro del DIU podría estar asociado con

mejores resultados a corto plazo, pero la decisión del retiro debe ser balanceada con el riesgo de embarazo en aquellas pacientes que hayan tenido relaciones sexuales desprotegidas en los 7 días previos. (1)

El estudio PEACH (The Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health) realizado entre 1996 y 1999, es el ensayo clínico aleatorizado más importante y ha valorado el tratamiento de la EPI en los Estados Unidos, mostró que la tasa de respuesta clínica y de secuelas a largo plazo de tratamientos intrahospitalarios y ambulatorios eran similares en enfermedades leves y moderadas. Concluyó entonces este estudio, que si el tratamiento es el correcto el índice de complicaciones es independiente de la vía de administración utilizada. (7)

Las indicaciones de hospitalización según diferentes guías son las siguientes:

- Embarazo
- Enfermedad clínicamente severa
- Incapacidad para tomar tratamiento oral
- Absceso tubo-ovárico
- No se pueda excluir una emergencia quirúrgica
- Falla al tratamiento oral
- No disponibilidad del esquema terapéutico recomendado

El tratamiento hospitalario debe basarse en terapia endovenosa, que debe ser continuada hasta 24 horas después que la paciente experimente mejoría clínica, posteriormente se continuará con terapia oral. Se utilizará como primera opción:

- Clindamicina 600 mg Intravenosa cada 6 horas más Gentamicina intravenosa con una dosis de carga de 2 mg/kg peso, seguido de una única dosis diaria de 7 mg/kg peso. Posteriormente continuar con Clindamicina 300 mg vía oral cada 6 horas hasta completar 14 días (1).

En caso de no disponer de Clindamicina o Gentamicina, se utilizará segunda opción:

- Ceftriaxona 2 g/día por infusión intravenosa, seguido de doxiciclina oral 100 mg dos veces al día por 14 días, más Metronidazol por vía oral 400 mg dos veces al día por 14 días. (1)

Es esencial una valoración rápida y un tratamiento oportuno de las parejas sexuales, si la pareja no puede asistir a la institución de salud, su tratamiento debe ser prescrito a la paciente. La guía colombiana recomienda que se les ofrezca tratamiento sindrómico con Azitromicina 1 g vía oral dosis única más Cefixime 400 mg vía oral dosis única, a las parejas de los últimos 60 días. (1)

Para minimizar la transmisión de la enfermedad, deben darse instrucciones sobre abstinencia sexual hasta terminar el tratamiento y cuando la pareja se haya tratado.

Complicaciones

Complicaciones agudas

Incluyen el absceso tubo-ovárico y el Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

Absceso tubo-ovárico. Requiere tratamiento intrahospitalario con terapia antibiótica y procedimientos adicionales diagnósticos y terapéuticos, como el drenaje percutáneo.

Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Es una complicación que puede estar presente hasta en un 14 % de los casos de pacientes con EPI, aunque su frecuencia es mayor en adolescentes. Se trata de una inflamación de la cápsula hepática o perihepatitis, asociada a la infección por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*. Se caracteriza por la presencia de dolor pleurítico en el cuadrante superior derecho en una paciente con síntomas de EPI, además de fiebre, náuseas, vómito, entre otros. Su tratamiento está orientado a la administración de terapia antibiótica, si bien puede tratarse de forma ambulatoria, se debe considerar el manejo intrahospitalario en pacientes adolescentes, embarazadas, inmunosuprimidas, pacientes con síntomas severos, de difícil seguimiento o sin respuesta a la terapia

oral.

En un estudio realizado en Corea en el cual revisaron historias clínicas de 1.422 mujeres diagnosticadas con EPI entre 2001 y 2011, comparando aquellas que tenían infección comprobada por clamidia y las que no. Encontraron que las pacientes con clamidia eran más jóvenes, tuvieron más absceso tubo-ovárico, perihepatitis y riesgo de cirugía. Los autores consideran que la infección por clamidia genera más irritación peritoneal que otros gérmenes. (9)

Complicaciones a largo plazo

Como se ha mencionado a lo largo del artículo, la EPI está asociada a complicaciones a largo plazo como la infertilidad, el embarazo ectópico y el dolor pélvico crónico, los cuales son considerados problemas de salud pública.

La evidencia sobre la eficacia del tratamiento antibiótico para prevenir complicaciones de la EPI a largo plazo es actualmente limitada. (4)

Según el estudio PEACH, siete años después del diagnóstico de EPI, 21,3 % de las pacientes tuvieron recurrencias, 19% desarrollaron infertilidad y 42,7% reportó tener dolor pélvico crónico. *C. trachomatis* fue la bacteria más asociada con daño tubárico. (5) La infertilidad se produce principalmente en las mujeres con EPI que desarrollan salpingitis y estas además tienen más riesgo de embarazo ectópico.

Algunos estudios sugieren que las tasas de complicaciones a largo plazo sean mucho más frecuentes en países en vía de desarrollo, uno de los estudios por ejemplo reportó que en Estados Unidos el factor tubárico afecta el 14 % de las parejas que consultan por infertilidad, mientras que en África Sahariana representa el 65 % - 85 %. (4)

Los episodios repetidos de EPI empeoran los resultados reproductivos. Algunos autores han considerado que quizás el daño inducido por la infección a las trompas de Falopio ya haya ocurrido para el momento en que se administra el tratamiento por primera vez. Esta observación, junto con la frecuente aparición de enfermedad inflamatoria pélvica

subclínica, ha resaltado la importancia de reconocer la prevención de la enfermedad inflamatoria pélvica como una prioridad principal de salud pública. (4)

Prevención

La medida más importante de salud pública para la prevención de enfermedad pélvica inflamatoria es la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual, ocasionadas por *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*. Muchos países desarrollados han implementado programas para tamizar y tratar mujeres asintomáticas con infección por clamidia, basados en estudios que indican que tamizar y tratar la infección cervical por clamidia puede reducir en aproximadamente 30 % - 50 % el riesgo de EPI a un año. Sin embargo, no hay evidencia científica de calidad que demuestre que esta medida reduzca la enfermedad y aún es controversial. (10)

El estudio NECCST que evaluó pacientes con prueba positiva para clamidia a 8 años, evidenció que la infección por clamidia aumenta el riesgo de EPI y de infertilidad tubárica especialmente en las mujeres menores de 20 años, aun cuando la infección fue tratada. (8)

Una revisión de Cochrane realizada en 2016, concluyó que había una evidencia de moderada calidad sobre la detección y el tratamiento tempranos para la infección por clamidia para reducir la EPI en pacientes con riesgo basal, por tanto, se requiere la realización de futuros estudios multicéntricos aleatorizados para determinar sus efectos en prevención de EPI. (12)

El CDC y otras organizaciones recomiendan tamización anual para clamidia en mujeres sexualmente activas menores de 25 años y las mayores que tengan factores de riesgo para adquirir la infección como tener múltiples parejas sexuales. Estos grupos también recomiendan realizar pruebas para gonococo en mujeres con alto riesgo para adquirir la infección.

Ante la falta de evidencia al respecto, otros países como Francia, utilizan otras estrategias para el control de la infección por *C. trachomatis* que incluye la educación sexual,

campañas de sensibilización, promoción de condones y la tamización a poblaciones de riesgo. (10)

En la guía colombiana también se hace especial énfasis a la educación como pilar para reducir las infecciones de transmisión sexual.

A la fecha, han sido publicados tres artículos que investigaron cómo la tamización y el tratamiento temprano podrían reducir la incidencia de EPI en mujeres jóvenes en un periodo de 12 meses.

El estudio más reciente y metodológicamente sólido, el ensayo de prevención de infección pélvica (POPI) realizado en Inglaterra, arrojó resultados no concluyentes. Sin embargo, llamó la atención que la mayoría de casos de EPI ocurrieron en mujeres con prueba negativa para *C. trachomatis*. Los autores sugieren, por tanto, que las políticas deben enfocarse en las mujeres de alto riesgo, como aquellas con nueva pareja sexual o historia reciente de infección por clamidia. (11)

Las características clave de la historia natural de la infección por Clamidia (es decir, la tasa y el momento de la progresión de la infección del tracto genital inferior a EPI), no están suficientemente documentadas. Por lo tanto, se considera que se requieren estimaciones precisas de estas características para anticipar mejor el beneficio de la detección temprana y sistemática de la infección. Las variaciones en la respuesta inmune en los diferentes individuos, podría explicar por qué algunas mujeres desarrollan complicaciones como EPI luego de infección por clamidia y otras no. (10)

Actualmente se está desarrollando un estudio en Francia (i-Predict) cuyo principal objetivo es determinar si la tamización temprana y el tratamiento de la infección genital por clamidia en mujeres jóvenes (< 25 años) en este país, reduce la incidencia acumulada de EPI durante 24 meses.

El seguimiento culmina en 2021.

En países en vía de desarrollo donde se cree las tasas de EPI son más altas, generalmente no se realizan programas de prevención basados en la tamización, sino que se hace un manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual sin pruebas diagnósticas, este es el caso de Colombia. (4) Teniendo en cuenta que la mayoría de las infecciones por clamidia y gonococo son asintomáticas, se considera que se están pasando por alto una cantidad importante de estas infecciones. (4)

La prevención de la recurrencia es una prioridad en salud pública, puesto que está bien establecido, que pacientes con recurrencias tienen mayor riesgo de secuelas.

Usando datos del estudio PEACH, Trend y cols., encontraron que mujeres con recurrencias reportaron 2 veces más infertilidad y 4 veces más dolor pélvico crónico, además, mostraron que el uso persistente del condón durante el seguimiento se asoció con una reducción importante en las recurrencias de la enfermedad, así como también del dolor pélvico crónico y de la infertilidad. (5)

Otro problema para lograr reducir la enfermedad pélvica inflamatoria y sus secuelas es la poca adherencia que se tiene por parte del personal de salud a guías y protocolos. Un estudio en Estados Unidos evaluó la adherencia a las guías del CDC entre 2000 y 2009 en un Hospital con 704.882 pacientes entre los 14 y 21 años de edad diagnosticadas con EPI, encontrando que solo a un 37 % se le prescribieron los antibióticos adecuados según los protocolos. Aunque en Colombia no contamos con estudios al respecto, es probable que el porcentaje sea mucho mayor.

Además de la poca adherencia por parte de los médicos, aun cuando estos prescriben tratamientos acordes a guías, es poco probable que las pacientes se adhieran estrictamente a los regímenes de tratamiento prescritos. En un análisis que usó los datos del estudio PEACH, Dubar-Jacob y cols., encontraron que las pacientes tomaron solo el 70 % de la dosis de medicación prescrita. Los autores asociaron la pobre adherencia con la duración del tratamiento y la frecuencia, y sugirieron que tratamientos más cortos y menos frecuentes podrían mejorar la adherencia. Las pacientes también fueron poco adherentes al seguimiento,

solo 10 % de las adolescentes regresaron a control a las 72 horas. Dentro de las razones encontraron que no lo encontraron necesario, no tuvieron acceso a transporte, incapacidad para obtener una cita y falta de un proveedor de atención primaria. (5)

Conclusiones

La enfermedad pélvica inflamatoria es una enfermedad frecuente, compleja y de difícil diagnóstico, lo cual favorece la ocurrencia de complicaciones a largo plazo.

No hay suficiente evidencia sobre la efectividad que tiene una estrategia de tamización de infecciones cervicales para *C. trachomatis*, sin embargo, basar el diagnóstico solo en hallazgos clínicos, así sea con un bajo umbral, deja sin tratamiento una gran cantidad de infecciones.

Mientras exista mayor evidencia de posibles estrategias de prevención, se debe insistir en la educación, tanto de pacientes como de personal de salud; en diagnósticos tempranos y en tratamientos oportunos y adecuados acordes a protocolos existentes.

Lecturas recomendadas

1. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. 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. 2013; guía No. 16 ISBN: 978-958-57937-1-2 Bogotá. Colombia
2. Workowski KA y cols. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1-137
3. Baquedano L, Lamarca M, et al. Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. Rev Chil Obstet Ginecol 2014; 79(2): 115 – 120
4. Brunham R, Gottlieb S, et al. Pelvic Inflammatory Disease. N Eng J Med. 2015; 372:2039-48.
5. Das B, et al. Pelvic inflammatory disease: improving awareness, prevention, and treatment. Infection and Drug Resistance 2016; 9: 191–197
6. Oakeshott P, et al. Randomised controlled trial of screening for Chlamydia trachomatis to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI (prevention of pelvic infection) trial. BMJ 2010; 340:c1642
7. Ness RB, Soper DE, Holley 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 2002; 186:929-37.
8. Hoenderboom BM, et al. Relation between Chlamydia trachomatis infection and pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy and tubal factor infertility in a Dutch cohort of women previously tested for chlamydia in a chlamydia screening trial. Sex Transm Infect 2019; 95:300–306. doi:10.1136/sextrans-2018-053778
9. Park et al. Clinical characteristics of genital chlamydia infection in pelvic inflammatory disease. BMC Women's Health 2017; 17:5. DOI 10.1186/s12905-016-0356-9
10. Tamarelle et al. Early screening for Chlamydia trachomatis in young women for primary prevention of pelvic inflammatory disease (i-Predict): study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2017; 18:534
11. Oakeshott P, et al. Randomised controlled trial of screening for Chlamydia trachomatis to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI (prevention of pelvic infection). BMJ 2010;340:c1642 doi:10.1136/bmj.c1642
12. Low N, Redmond S, et al. Screening for genital chlamydia infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD010866. DOI: 10.1002/14651858.CD010866.pub2.