

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico y Tratamiento de la  
Enfermedad Inflamatoria Pélvica en  
Mujeres Mayores de 14 Años con Vida  
Sexual Activa

## Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-072-08

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

Página Web: [www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en Mujeres Mayores de 14 años con Vida Sexual Activa**, México: Secretaría de Salud; 2009

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

**ISBN en trámite**

**A638 Otras Enfermedades de transmisión Predominantemente Sexual  
A542 Pelvi peritonitis Gonocócicas y Otras Infecciones Gonocócicas Genitourinarias  
A561 Infección del Pelvi peritoneo y Otros Órganos Genitourinarios debida a Clamidias**

**Guía de Práctica Clínica  
Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en Mujeres Mayores de 14 años con Vida Sexual Activa**

**Autores:**

Dr. Marthel Alvarado López	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad N° 48 Delegación Guanajuato.
Dra. Norma Amador Licona	Médico internista	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad 48 Delegación Guanajuato.
Dr. Manuel de Anda Gómez	Médico infectólogo pediatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Alta Especialidad 48, Delegación Guanajuato
Enf. Araceli Domínguez Jaramillo	Enfermera quirúrgica	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad 48 Delegación Guanajuato
Dr. Luís Felipe Luna Anguiano	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad N° 48 Delegación Guanajuato.
Dr. Víctor Manuel Mejía Rodríguez	Médico epidemiólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar 51 Delegación Guanajuato.
Dr. Salvador Mejía Zarate	Médico familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar 47 Delegación Guanajuato.
Dr. Javier Naves Sánchez	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad 48 Delegación Guanajuato.
Dra. Teresita Ríos Casillas	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad N° 48 Delegación Guanajuato.
Dr. Manuel Varela Rodríguez	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad N° 48 Delegación Guanajuato.
Dr. José Zapién Moreno	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad N° 48 Delegación Guanajuato.
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Medica Pediatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE, México DF

**Validación Externa:**

Dr. Javier Mancilla Ramírez      Infectología      **Academia Nacional de Medicina de Mexico**

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁG.</b>
1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	6
3. Aspectos Generales.....	7
3.1. Justificación.....	7
3.2 Objetivo de esta Guía .....	8
3.3 Definición .....	9
4. Evidencias y Recomendaciones .....	10
4.1 Prevención Primaria.....	11
4.2 Prevención Secundaria .....	12
4.2.2 Diagnóstico Clínico .....	12
4.3 Pruebas Diagnósticas.....	16
4.4 Tratamiento.....	19
4.4.1 Tratamiento Farmacológico.....	19
4.4.2 Tratamiento no Farmacológico .....	30
4.5 Criterios de referencia y Contrarreferencia .....	31
4.5.1 Criterios técnico médicos de Referencia.....	31
4.6 Vigilancia y Seguimiento .....	33
4.7 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando Proceda .....	34
Algoritmos.....	35
5. Definiciones Operativas.....	37
6. Anexos .....	40
6.1 Protocolo de Búsqueda.....	40
6.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la Recomendación .....	41
6.3 Clasificación o escalas de la Enfermedad .....	42
6.4 Medicamentos .....	45
7. Bibliografía.....	47
8. Agradecimientos .....	50
9. Comité Académico.....	51
10. Directorio .....	52
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	53

## 1. CLASIFICACIÓN

Registro IMSS-072-08	
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD que participa en la atención (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Médico General, Médico Familiar, Gineco obstetra ; Médico Epidemiólogo, Médico Infectólogo
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	A638 Otras Enfermedades De Transmisión Predominantemente Sexual A542 Pelvi peritonitis Gonocócicas Y Otras Infecciones Gonocócicas Genitourinarias A561 Infección Del Pelvi peritoneo Y Otros Organos Genitourinarios Debida A Clamidias
<b>CATEGORÍA DE GPC (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Primer, segundo y tercer nivel de atención Diagnóstico Tratamiento Prevención Educación para la Salud
<b>USUARIOS POTENCIALES (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Personal de salud en formación y servicio social Médico General, Médico Familiar, Médico Gineco obstetra, Médico Infectólogo
<b>TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social Delegaciones o UMAE participantes : Unidad Médica de Alta Especialidad N° 48 Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Del Bajío Delegación Guanajuato. León, Guanajuato Hospital General Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional, La Raza México DF Hospital de Pediatría UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI Delegación Sur, México DF División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE México DF
<b>POBLACIÓN BLANCO (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Mujeres de 14 años ó mayores con vida sexual activa
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social Delegaciones o UMAE participantes : Unidad Médica de Alta Especialidad N° 48 Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Del Bajío Delegación Guanajuato. León, Guanajuato Hospital General Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional, La Raza México DF Hospital de Pediatría UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI Delegación Sur, México DF División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE México DF
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	La guía propone acciones para: educación en la salud, diagnóstico, tratamiento; y orientación al personal médico en el cuadro diferencial de dolor abdominal: la enfermedad inflamatoria pélvica versus otras enfermedades que requieren manejo quirúrgico.
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	La GPC de Enfermedad Inflamatoria Pélvica tiene como fin contribuir con: Detección de factores de riesgo y Diagnóstico oportuno Detección y manejo oportuno de las complicaciones Disminución del número de consultas y Referencia oportuna y efectiva Mejora de la calidad de vida y Satisfacción con la atención
<b>METODOLOGÍA</b>	Definir el enfoque de la GPC Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 154 Guías seleccionadas: 4 del período 2001-2008 ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas:3 Pruebas diagnósticas: 12 Ensayos controlados aleatorizados 10 Consenso: 1 Estudio de Prevalencia: (encuesta) 0 Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Responder a preguntas clínicas por adopción de guías Responder a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN</b>	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión externa : Academia Nacional de Medicina de Mexico
<b>CONFLICTO DE INTERES</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
<b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b>	REGISTRO <b>IMSS-072-08</b> Fecha de Publicación: 2009, Fecha de actualización: de 3 a 5 años a partir de la fecha de publicación

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuál es la información que debe recibir el paciente o las mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa para que se sientan comfortable y seguras en la prevención y manejo sugerido para la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) en mujeres?
2. ¿Cuáles son las medidas no farmacológicas eficaces para la prevención de la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres de 14 años con vida sexual activa?
3. ¿Cuáles son los signos y síntomas de mayor utilidad para el diagnóstico de la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres de 14 años con vida sexual activa?
4. ¿Cuáles son los signos de alarma en la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres de 14 años con vida sexual activa que se deben reconocer para que con base en ello se tomen las mejores decisiones?
5. ¿Qué antibióticos son más eficaces, seguros y accesibles en el tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres de 14 años con vida sexual activa?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1. JUSTIFICACIÓN

En México, las ITS ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad, afectando el ejercicio de la sexualidad de mujeres y hombres. Con el objetivo fundamental de que esta GPC ofrezca al médico y a los pacientes los recursos de diagnóstico y tratamiento de EIP, con fundamento científico y así permitir reducir las complicaciones; favoreciendo el empleo adecuado de los esquemas de antibióticos en una forma apropiada y justificada.

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) es uno de las enfermedades infecciosas más frecuentes en la mujer en edad reproductiva. En Estados Unidos se estima que cada año más de 1 millón de mujeres sufren un episodio de EIP aguda. Más de 100,000 mujeres quedan infértiles cada año como consecuencia de esta entidad y una gran proporción de los embarazos ectópicos se presentan asociados a eventos previos de EIP. No se cuenta con información referente a la prevalencia e incidencia de la EIP en la población usuaria del Instituto Mexicano del Seguro Social, ni de nuestro país. Aún así, podemos decir que la EIP es un problema de Salud Pública con un costo considerable para la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud recomienda como estrategia fundamental para la prevención y control del VIH/SIDA el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Las ITS son causa de enfermedad aguda, crónica, infertilidad y muerte, con graves consecuencias médicas, sociales, económicas y psicológicas, para millones de mujeres, hombres, niñas y niños.

El impacto de estas infecciones es magnificado por su potencial para facilitar la propagación de la infección por el VIH. Las ITS son un problema de salud pública a nivel mundial, los países en vías de desarrollo son los que se ven más afectados, ya que 85% de su población es sexualmente activa, por lo que aumenta el riesgo de contraer estas infecciones. Las ITS representan un grave problema de salud sexual y reproductiva, no sólo al interior de los grupos de población con prácticas de riesgo, sino también en aquellas personas de la población general que llegan a exponerse al contagio inadvertido con parejas ya infectadas pertenecientes a grupos con prácticas de riesgo para adquirir y transmitir estas infecciones, a través de contactos sexuales sin protección.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la enfermedad inflamatoria pélvica es uno de los principales motivos de demanda de atención médica en la población de mujeres con vida sexual activa en los diferentes niveles de atención así como en los servicios de urgencias, por esta razón la guía propone acciones para el equipo responsable de la atención: en medicina familiar, ginecoobstetricia, pediatría e infectología; tales como el diagnóstico oportuno y el tratamiento eficaz, en busca de disminuir la prevalencia de la enfermedad y sus complicaciones a mediano y largo plazo; de tal manera que esta guía de práctica clínica permitirá disminuir la variabilidad diagnóstica-terapéutica en la atención de las mujeres de 14 años de edad con vida sexual activa.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, no existe una Guía para el manejo de la enfermedad, con la metodología de la medicina basada en la evidencia, lo que repercute en un manejo no sistemático de la entidad clínica, con mayor proporción esperada de complicaciones médicas evitables y mayores costos de la atención.

El propósito de esta GPC es ser una herramienta para estandarizar el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en mujeres con vida sexual activa en el primero y segundo nivel de atención médica.

### 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en Mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa Forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer, segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en Mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa. Los objetivos de la presente guía son:

- Proporcionar recomendaciones para disminuir el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) en las mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.
- Favorecer el diagnóstico oportuno de la EIP a través del reconocimiento del cuadro clínico en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa así como el uso adecuado de las pruebas diagnósticas.
- Precisar los esquemas de tratamiento de acuerdo al cuadro clínico de la enfermedad inflamatoria pélvica y disponibilidad de los fármacos en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.
- Proponer criterios de referencia y contrarreferencia en los tres niveles de atención de acuerdo al cuadro clínico de la EIP en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.



### 3.3 DEFINICIÓN

La Enfermedad inflamatoria pélvica es un Síndrome clínico que consiste en dolor abdominal bajo, flujo vaginal y que se presenta por la infección ascendente de gérmenes procedentes del cérvix con mayor incidencia en las mujeres con prácticas sexuales de riesgo con un espectro de gravedad desde muy leve hasta potencialmente letal, incluyendo endometritis, parametritis, salpingitis, ooforitis, absceso tuboovarico y peritonitis. Relacionadas al espectro de la enfermedad la presentación puede ser: subclínica, infección asintomática a infección grave que puede amenazar la vida. Las secuelas incluyen dolor pélvico crónico, embarazo ectópico e infertilidad.

La infección pélvica ocurre, de manera más común, por la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS) y por infecciones con flora endógena que ascienden del tracto genital inferior a través del endocervix.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
<b>E.</b> La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)


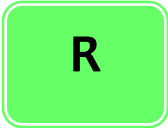

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:



<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
<b>E.</b> El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía

	EVIDENCIA
	RECOMENDACIÓN
	BUENA PRÁCTICA

#### 4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>La enfermedad inflamatoria sistémica (EIP) es una infección de transmisión sexual (ITS). Los principales gérmenes involucrados son <i>Chlamydia tracomatis</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, ocasionalmente se asocian agentes anaerobios y bacterias facultativas encontradas en la vaginosis bacteriana</p>	<p>III [E: Shekelle] CDC 2006 OMS 2005</p>
 <p>En la población de nuestro país se ha reportado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prevalencia de 13.7% y 14.3% para IgG e IgA respectivamente para detección de <i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> <li>• prevalencia de 11.4% y 4.4% para IgG e IgA respectivamente para detección de Chlamydia</li> <li>• con un incremento sustancial hasta del 31.2% y 25.0% de detección de anticuerpos IgG para NG y CT respectivamente en población de riesgo</li> </ul>	<p>III [E: Shekelle] OMS 2005 Acosta CB 1996 Narciso MLE 1998 Hager WD 1983 Cravioto 2003</p>

E

Un estudio realizado en la población mexicana no fue consistente con la etiología reportada en la literatura internacional, el cual reportó:

- > proporción de infección poli microbiana
- no identifico NG en pacientes con EIP demostrada.

III  
[E: Shekelle]  
Acosta CB 1996  
Narcio MLE 1998  
Hager WD 1983

✓/R

Si se cuenta con la epidemiología de la población a tratar dirigir el tratamiento en forma específica. En caso contrario considerar el manejo empírico de acuerdo a lo reportado en la literatura internacional.

✓  
Buena Práctica

## 4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado

E

Son datos clínicos de EIP:

- dolor abdominal bajo
- dispareunia
- leucorrea
- sangrado transvaginal anormal
- fiebre

Al examen ginecológico realizar examen bimanual en población sexualmente activa con riesgo de enfermedad de transmisión sexual y dolor pélvico en busca de uno ó más criterios en el examen pélvico:

- Dolor a la movilidad del cérvix
- Dolor uterino
- Dolor anexial

(Cuadro I)

En un estudio de cohorte se demostró que los síntomas más comunes fueron:

- dolor abdominal (90%)
- leucorrea (70%)
- sangrado irregular (40%)
- 30% de los pacientes presentaba antecedentes de dispositivo intrauterino (IUCD)

Ia IIa III  
[E: Shekelle]  
Royal College of Obstetricians Gynecologists  
2003  
Singh RH 2007  
OMS 2005

E

III  
[E: Shekelle]  
Saini S 2003

R

Se sugiere realizar examen bimanual en población sexualmente activa con riesgo de enfermedad de transmisión sexual y dolor pélvico ante los siguientes datos de EIP:

- dolor abdominal bajo
- dispareunia
- leucorrea
- sangrado transvaginal anormal
- fiebre.

Ningún signo ó síntoma se considera estándar de oro para el diagnóstico de EIP

E

R

Considerar Caso sospechoso. toda mujer que presente dolor abdominal bajo con o sin síntomas acompañantes

R

Considerar Caso definitivo: toda mujer que presente dolor abdominal con o sin síntomas agregados y cultivo de secreción vaginal positivo a

- Neisseria gonorrhoeae
- Chlamydia trachomatis
- Mycoplasma hominis
- Ureaplasma urealyticum
- Gram negativos
- Anaerobios
- Estreptococo

Ante cuadro clínico de EIP buscar datos clínicos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) ó inestabilidad hemodinámica como signos de alarma

E

A B C

[E: Shekelle]

Royal College of Obstetricians Gynecologists  
2003  
Singh RH 2007

III

[E: Shekelle]

Royal College of Obstetricians Gynecologists  
2003  
Ross J 2007

D

[E: Shekelle]

NOM-039-SSA2-2002

D

[E: Shekelle]

NOM-039-SSA2-2002

IV

[E: Shekelle]

ACCP 1992

E

Las manifestaciones clínicas para apoyar el diagnóstico de SRIS es la presencia de al menos dos de los siguientes hallazgos:

- Temperatura corporal  $>38^{\circ}\text{C}$  o  $<36^{\circ}\text{C}$ .
- Taquicardia (Frecuencia cardiaca  $>$  a 90 latidos por minuto)
- Taquipnea (frecuencia respiratoria  $>20$  respiraciones por minuto, ó  $\text{PaCO}_2 <32$  mmHg)

Recuento leucocitario  $>12,000$  células/mcl, ó  $<4,000$  células/mcl; o  $>$  de 10% de formas inmaduras en sangre periférica.

Ante cuadro clínico de EIP buscar intencionadamente:

- síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)
- inestabilidad hemodinámica como signos de alarma

La clasificación de EIP orienta al tipo de intervención a realizar; de acuerdo a la respuesta inflamatoria sistémica y la presencia de abdomen agudo

Grado I (Leve)

No complicada:

- sin masa anexial
- ni datos de abdomen agudo ni irritación peritoneal

\*Modificada por el consenso del grupo que elaboró la presente guía (Cuadro II)

Grado II (Moderada)

Complicada:

- con masa anexial o absceso que involucra trompas y/o ovarios.
- con o sin signos de irritación peritoneal. (Cuadro II)

Grado III (Grave)

Diseminada a estructuras extra pélvicas:

- absceso tubo-ovárico roto o pelvi peritonitis
- con datos de respuesta sistémica (Cuadro II)

La enfermedad clasificada por Monif es de acuerdo con la gravedad de los hallazgos clínicos. Esta clasificación fue modificada por el grupo de trabajo en el grado I (leve), ya

IV  
[E: Shekelle]  
ACCP 1992

R

D  
[E: Shekelle]  
ACCP 1992

E

III IV  
[E: Shekelle]  
Monif G. 1982  
Koji M 2007  
Singh RH 2007

E

III IV  
[E: Shekelle]  
Monif G. 1982  
Koji M 2007  
Singh RH 2007

E

III IV  
[E: Shekelle]  
Monif G. 1982  
Koji M 2007  
Singh RH 2007

✓/R

✓  
Buena Práctica

que la original la describe con la posibilidad de presentar datos de abdomen agudo, lo cual se consideró debe requerir manejo especializado en segundo ó tercer nivel de atención. (Cuadro II)



Tomar en cuenta que la clasificación de EIP considera la respuesta inflamatoria sistémica y la presencia de abdomen agudo para la identificación de la gravedad y orientación sobre el tipo de intervención a realizar.

Interrogar sobre los antecedentes ginecoobstetricos relevantes:



- embarazo
- parto reciente
- aborto reciente
- fecha de última menstruación

Con búsqueda intencionada de :

- masa ó plastrón abdominal
- datos de irritación peritoneal

Para la orientación clínica de EIP y de los diagnósticos diferenciales.



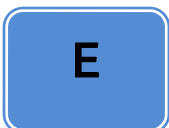
Abdomen agudo se refiere a un cuadro de emergencia médica, caracterizado por síntomas y signos centrados en los órganos intraabdominales.

La resolución de este cuadro es frecuentemente por cirugía abdominal.



Entre los diagnósticos diferenciales sospechar:

- apendicitis aguda
- embarazo ectópico
- dolor funcional del periodo periovulatorio,
- tumores de anexos y endometriosis
- Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis
- Otras formas de expresión clínica de EIP está dada por sus complicaciones o secuelas pudiendo o no existir el antecedente de cuadro agudo de la enfermedad



En un estudio realizado en mujeres en edad reproductiva se estimó el riesgo de apendicitis contra EIP de acuerdo a las características del cuadro clínico se considero:

ausencia de náusea,  
sin migración del dolor abdominal  
localización bilateral

Con un 95% de probabilidad a favor del



Buena Práctica

III

[E: Shekelle]  
OMS 2005  
Morcos R 1993  
Koji M 2007

III

[E: Shekelle]  
OMS 2005

III

[E: Shekelle]  
Webster DL 2007  
Saini S 2003  
Morcos R 1993  
Hall MN 2004  
Ari KM 1969

III

[E: Shekelle]  
Yudin MH 2003  
Ari KM 1969

diagnóstico de EIP vs apendicitis (bajo riesgo para apendicitis). (Cuadro III)

En mujeres > de 14 años con vida sexual activa tomar en cuenta los antecedentes ginecoobstetricos y la presencia de:

- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
- inestabilidad hemodinámica
- datos de irritación peritoneal
- masa ó plastrón abdominal con ó sin datos de abdomen agudo

Considerar entre los diagnósticos diferenciales de EIP:

1. apendicitis aguda
2. embarazo ectópico
3. dolor funcional del periodo periovulatorio
4. tumores de anexos
5. endometriosis

En caso de signos de alarma:

- datos de SRIS con inestabilidad hemodinámica
- abdomen agudo con datos de irritación peritoneal

se requiere atención inmediata en un servicio de urgencia de primer ó segundo nivel de atención médica

Si se sospecha enfermedad renoureteral ó gastrointestinal al eliminar la posibilidad de EIP, se debe referir al especialista de segundo nivel de atención médica: médico internista, médico urólogo ó médico gastroenterólogo en busca de enfermedad en vías urinarias ó a nivel gastrointestinal.



✓  
Buena Práctica



✓  
Buena Práctica



✓  
Buena Práctica

### 4.3 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado



Las pruebas específicas para el diagnóstico de caso definitivo de EIP son:

- frotis con tinción de gram (diplococos gram negativos) cultivo NG
- inmunofluorescencia positiva para CT.

Iib  
[E: Shekelle]  
Gaitán H 2002  
Ross J 2007



E

De las pruebas inespecíficas para EIP se consideran:

- presencia de abundantes leucocitos en secreción vaginal a la microscopia, con un valor predictivo negativo del 95%
- elevación de los niveles de Proteína C Reactiva
- aumento de la velocidad de eritrosedimentación globular

I Ib  
[E: Shekelle]  
Eschenbach DA 1997  
Peipert JF 2001  
Taipale P 1995  
Gaitán H 2002  
Crossman SH 2006  
Ross J 2007

R

En las mujeres con vida sexual activa con sospecha de EIP, en caso de contar con el recurso, se recomienda realizar:

- frotis con tinción de gram (diplococos gram negativos) cultivo NG
- inmunofluorescencia positiva para CT

Para la confirmación de caso definitivo.

En las mujeres con vida sexual activa con factores de riesgo para EIP y dolor abdominal bajo, en caso de no contar con el recurso de cultivo ó inmunológica, ante caso sospechoso se recomienda considerar las pruebas inespecíficas para considerar EIP:

- presencia de abundantes leucocitos en secreción vaginal a la microscopia
- elevación de los niveles de Proteína C Reactiva
- aumento de la velocidad de eritrosedimentación globular

B  
[E: Shekelle]  
Gaitán H 2002  
Ross J 2007

✓/R

El diagnóstico etiológico se debe realizar cuando las unidades de segundo y tercer nivel de atención médica cuenten con un laboratorio, en donde se realicen las pruebas de detección para las ITS

✓  
Buena Práctica

✓/R

Se considera a la laparoscopia como el estándar de oro para el diagnóstico de EIP y de utilidad para el diagnóstico diferencial de enfermedades como:

- embarazo ectópico
- tumoraciones anexiales
- apendicitis aguda.

✓  
Buena Práctica

E

Sin embargo no se justifico su realización rutinariamente debido a su costo y ser invasiva.

I Ib  
[E: Shekelle]  
Haggerty CL 2007  
Francalacci SR 2007  
Crossman SH 2006  
Ross J 2007

E

Se ha señalado que la biopsia de endometrio con evidencia histológica de endometritis tiene utilidad en el diagnóstico de EIP. Sin embargo considerar que es un estudio invasivo con falta de un pronto resultado.

III  
[E: Shekelle]  
Tukeva TA 1999  
Crossman SH 2006  
Ross J 2007

R

No se recomienda la realización rutinaria de la laparoscopia y la biopsia de endometrio para el diagnóstico de EIP, debido a:

- su costo
- ser invasivos

Se recomienda su realización en caso de duda diagnóstica y o para el diagnostico diferencial.

C  
[E: Shekelle]  
Haggerty CL 2007  
Francalacci SR 2007  
Tukeva TA 1999  
Crossman SH 2006  
Ross J 2007

E

La ecografía pélvica transvaginal auxilia en el diagnóstico de EIP al encontrar los siguientes datos:

- engrosamiento o colección en el interior de las trompas de Falopio con o sin líquido libre en fondo de saco
- Con el estudio doppler se ha reportado aumento de la sensibilidad y especificidad en estos parámetros

III  
[E: Shekelle]  
Morino M 2006  
Morcos R 1993  
Frates MC 1995  
Walker CK 1999  
Ness RB 2005

E

Aunque existen reportes sobre el uso de la resonancia magnética en EIP, no existe evidencia sustentada en estudios de costo beneficio

III  
[E: Shekelle]  
Morino M 2006  
Morcos R 1993  
Haggerty CL 2007

R

No se recomienda el uso rutinario de la resonancia magnética para el diagnóstico de certeza de EIP.

D  
[E: Shekelle]  
OMS 2005

✓/R

Los auxiliares de diagnóstico requieren ser interpretados de acuerdo a la probabilidad diagnóstica de EIP. Se sugiere solicitar los que cuenten con mayor valor diagnóstico, disponibilidad y reporte oportuno; tomando en cuenta ventajas y desventajas.

D  
[E: Shekelle]  
✓  
Buena Práctica

## 4.4 TRATAMIENTO

### 4.4.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p> <p>El tratamiento empírico de EIP debe iniciarse en los casos sospechosos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mujer joven &lt; de 24 años</li> <li>2. sexualmente activa</li> <li>3. con riesgo de enfermedad de transmisión sexual y con dolor pélvico con uno ó más criterios en el examen pélvico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor a la movilidad del cérvix</li> <li>• Dolor uterino</li> <li>• Dolor anexial</li> </ul> </li> </ol>	<p>Ila [E: Shekelle] OMS 2005 NOM-039-SSA2-2002</p>
<p><b>E</b></p> <p>El tratamiento debe incluir antimicrobianos útiles contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neisseria gonorrhoeae</li> <li>• Chlamydia trachomatis</li> <li>• Gram negativos</li> <li>• anaerobios y estreptococos</li> </ul>	<p>Ila [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 Crossman SH 2006 Ross J 2007</p>
<p><b>E</b></p> <p>El inicio oportuno del tratamiento de acuerdo a la clasificación de la enfermedad de EIP (leve, moderada y grave) favorece la:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• disminución de las complicaciones</li> <li>• minimiza el riesgo de casos secundarios</li> <li>• acorta el curso de la enfermedad</li> </ul>	<p>IV [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002</p>
<p><b>E</b></p> <p>El manejo ambulatorio de EIP tiene los objetivos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• proporcionar un tratamiento curativo específico, eficaz, oportuno y preventivo para evitar las complicaciones asociadas a las ITS</li> <li>• minimizar el número de casos</li> <li>• interrupción de la cadena de transmisión de las ITS.</li> </ul>	<p>Ila [E: Shekelle] OMS 2005 Crossman SH 2006 Ross J 2007</p>
<p><b>R</b></p> <p>Se recomienda iniciar tratamiento empírico de EIP (caso sospechoso) en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mujeres jóvenes &lt; de 24 años, sexualmente activas</li> <li>• con riesgo de enfermedad de transmisión sexual</li> </ul>	<p>BC [E: Shekelle] OMS 2005</p>

- dolor pélvico con uno ó más criterios en el examen pélvico:
- Dolor a la movilidad del cérvix
- Dolor uterino
- Dolor anexial
- Tomar en cuenta los antecedentes de alergias a medicamentos, para la prescripción del tratamiento de EIP.

El tratamiento debe incluir antimicrobianos útiles contra:

- Neisseria gonorrhoeae
- Chlamydia trachomatis
- Gram negativos
- anaerobios y estreptococos

R

Quando los hallazgos clínicos no son lo suficientemente específicos, ante casos de sospecha de EIP y en escenarios clínicos que no cuentan con el recurso de laboratorio, se recomienda

- iniciar tratamiento empírico de acuerdo a la epidemiología, tomando en cuenta el riesgo/beneficio
- la selección del tratamiento deberá considerar: disponibilidad, costo, aceptación del paciente y la susceptibilidad antimicrobiana

En mujeres con EIP de leve a moderada: la terapia parenteral y vía oral ha mostrado:

- eficacia similar
- sin diferencia en la tasa de recurrencia de EIP
- sin diferencia en la tasa de embarazo ectópico

El tratamiento oral se puede considerar para mujeres con EIP de leve a moderada.

El tratamiento parenteral esta indicado:

- pacientes con EIP de intensidad moderada con falla al tratamiento
- pacientes con EIP con intensidad grave

Se debe citar para evaluar respuesta a las 72 horas. En caso de falta de respuesta deberá hospitalizarse para revaloración diagnóstica y terapéutica.

R

E

E

B  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002  
CDC 2005  
Crossman SH 2006  
Ross J 2007

D  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002

Ib IIa III  
[E: Shekelle]  
Golden MR, 2005  
Saini S 2003  
Peipert JF 1999  
Bevan CD 2003

Ib  
[E: Shekelle]  
Francalacci-SR 2007  
Haggerty CL 2007  
Ross JDC 2006  
CDC 2006  
Golden MR, 2005  
Saini S 2003

R

Se recomienda en mujeres < de 24 años, sexualmente activa y con riesgo de enfermedad de transmisión sexual, ya sean consideradas caso sospechoso o caso definitivo:

-Iniciar tratamiento vía oral en los casos de:

- EIP leve a moderada

-Iniciar tratamiento parenteral en los casos de:

- EIP moderada con falla al tratamiento
- EIP grave

El inicio del tratamiento en forma oportuna de acuerdo a la clasificación tiene los objetivos de:

1. disminuir las complicaciones
  2. minimizar el riesgo de casos secundarios
- acortar el curso de la enfermedad.

El tratamiento en pacientes con EIP leve a moderada con tratamiento ambulatorio se reporta alguna de las siguientes alternativas:

- Ofloxacin 400 MG VO cada 12 horas
- ó levofloxacin 500 MG diario por 14 días más metronidazol 500 MG VO cada 12 horas por 14 días
- ó clindamicina 450 MG VO cada 6 horas por 14 días.

(Cuadro IV)

Se recomienda como tratamiento ambulatorios en pacientes con EIP leve a moderada alguna de las siguientes alternativas:

- levofloxacin 500 MG diario por 14 días más metronidazol 500 MG VO cada 12 horas por 14 días
- ó clindamicina 450 MG VO cada 6 horas por 14 días.

La Ofloxacin no esta disponible en el cuadro básico.

Este tratamiento es el sugerido en la norma oficial mexicana

(Cuadro IV)

B D

[E: Shekelle]  
CDC 2006  
NOM-039-SSA2-2002  
Francalacci-SR 2007  
Haggerty CL 2007  
Ross JDC 2006  
Golden MR 2005  
Saini S 2003

E

Ila

[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002  
Ross JDC  
Bevan CD 2003  
Crossman SH 2006  
Ross J 2007  
Walker CK 2007

R

B

[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002  
Ross JDC  
Bevan CD 2003  
Crossman SH 2006  
Ross J 2007  
Walker CK 2007

E

En algunas otras guías publicadas a nivel internacional el manejo ambulatorio de mujeres con EIP de intensidad leve recomiendan el uso:

- cefoxitin 2g IM dosis única más probenecid 1g VO administrado conjuntamente con la dosis única, más doxiciclina 100mg VO 2 veces al día por 14 días
- ceftriaxona IM 250mg dosis única ó cefoxitin 2g dosis única vía oral probenecid 1g seguido de doxiciclina 100mg 2 veces al día más metronidazol 40mg cada 12h por 14 días
- Sin demostrar mayor efectividad que el régimen propuesto por la OMS y NOM

Ila  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002  
Francalacci-SR 2007  
OMS 2005  
Crossman SH 2006  
Ross J 2007  
Walker CK 2007

R

Se recomienda reconocer los esquemas que brinden mayor beneficio a la paciente con EIP con intensidad leve, de acuerdo a la epidemiología, disponibilidad y costo.

D  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002

✓/R

Se considera que el tratamiento debe otorgarse en los diferentes niveles de atención de acuerdo a la clasificación de la EIP:

- mujeres con EIP leve en primer nivel de atención por el médico familiar
- los casos de EIP moderados y graves en segundo y tercer nivel por parte del un equipo multidisciplinario: médico ginecólogo e infectólogo

D  
[E: Shekelle]  
✓  
Buena Práctica

E

A pesar de que la información en relación a otros regímenes para el paciente ambulatorio es limitada, se ha propuesto que el uso de monoterapia es efectiva con:

- azitromicina
- metronidazol
- moxifloxacin ha mostrado tasas de efectividad similar a los regímenes de tratamientos combinados por la CDC. Sin embargo aún no se respalda su uso, por lo que se requieren más estudios para evaluar su eficacia para el tratamiento de anaerobios y en la prevención de secuelas reproductivas

Ila Iib  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002  
Ross JDC 2006  
Bevan CD 2003  
CDC 2006

E

El CDC no recomienda el uso generalizado de azitromicina debido al riesgo de resistencia antimicrobiana, cómo se ha documentado por su uso excesivo.

- Se reconoce que una dosis única de 2g de azitromicina es efectiva contra infecciones gonocócicas no complicadas
- Su indicación es en caso de alergia a cefalosporinas con posología de 2g VO

I Ib I Ia  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002  
CDC 2006  
Webster 2007  
CDC 2005  
Frates 2006

E

Se recomienda efectuar cultivos y pruebas de susceptibilidad antimicrobiana para:

- ceftriaxona
- espectinomicina
- azitromicina
- otros regímenes que localmente se utilice como tratamiento para gonorrea

I Ia  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002  
Bukusi EA 1999  
Walker CK 2007

✓/R

Se recomienda no utilizar en forma rutinaria la monoterapia en mujeres con EIP, considerando que se requiere más información sobre su eficacia.

Se recomienda el uso de azitromicina en el caso de alergia a cefalosporinas.

El orden de los medicamentos se podrá adecuar para su aplicación dentro del Instituto Mexicano Del Seguro Social de acuerdo al cuadro básico y las características clínica de la paciente.

Considerar que el uso innecesario de antibióticos puede conducir a la emergencia de bacterias resistentes a antibióticos

Se encontró diferencia en relación con las recomendaciones realizadas con los esquemas de medicamentos en el uso de aminoglucósidos y cefalosporinas por los propuestos por la OMS y la guía del CDC

✓  
Buena Práctica

✓/R

✓  
Buena Práctica

E

Para la resolución de esta discrepancia se consideró diversos estudios clínicos, con resultados equivalentes con amikacina versus gentamicina y cefotetan versus ceftriaxona.

I Ia  
[E: Shekelle]  
Crossman SH 2006  
Ross J 2007  
Walker CK 2007  
OMS 2005

R

B  
[E: Shekelle]  
Walker CK 2007  
Ward K 2008

E

Diversos estudios de cohortes y ECC han evidenciado que de acuerdo a la etiología poli microbiana y monomicrobiana. El tratamiento se ha modificado para ser utilizado contra:

- 1) bacilos aerobios Gram negativos:
  - cefotaxima
  - cefuroxima
  - gentamicina
- 2) cocos Gram positivos aerobios:
  - dicloxacilina
  - eritromicina
- 3) Pseudomonas aeruginosa:
  - Cephaloridine
  - Amikacina
  - ceftazidima

Se recomienda para una terapia óptima de EIP tener en cuenta los principales cambios epidemiológicos en nuestra población.

En la última década ha aumentado la etiología poli microbiana en la infección inflamatoria pélvica por lo que se debe sospechar clínicamente

Se recomienda tener presente la etiología poli microbiana y monomicrobiana. Por lo que el tratamiento debe dirigirse de acuerdo a la epidemiología local:

- a) bacilos aerobios Gram negativos:

- cefotaxima
- cefuroxima
- gentamicina

- b) cocos Gram positivos aerobios:

- dicloxacilina
- eritromicina

- c) Pseudomonas aeruginosa:

- Cephaloridine
- Amikacina
- ceftazidima

Ila  
[E: Shekelle]  
Crossman SH 2006  
Ross J 2007  
Walker CK 2007  
Ward K 2008

R

En pacientes hospitalizadas con EIP

- Ceftriaxona 250 MG IM más doxiciclina 100 MG VO cada 12 horas por 14 días más metronidazol 400mg cada 12h
- Clindamicina IV 900mg cada 8h más

B  
[E: Shekelle]  
Crossman SH 2006  
Ross J 2007  
Walker CK 2007  
Ward K 2008

E

Ila  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002  
Crossman SH 2006  
Ross J 2007  
Walker CK 2007



gentamicina 2mg/k dosis inicial seguido de 1.5mg/kg cada 8h, puede ser sustituida por una dosis única al día seguida por clindamicina oral ó doxiciclina con metronidazol.

- Cefotetan 2 g IV cada 12 horas más doxiciclina 100 MG VO cada 12 horas por 14 días.

(Cuadro V)

De los tratamientos sugeridos por las guías se recomienda tratar a las pacientes hospitalizadas con EIP

- Ceftriaxona 250 MG IM más doxiciclina 100 MG VO cada 12 horas por 14 días

Tratamiento recomendado por la norma oficial mexicana (Cuadro V)

El Cefotetan y Cefoxitina no se comercializan en México. Sin embargo existen en el país medicamentos con eficacia similar para el tratamiento de EIP.

Los aminoglucósidos más comúnmente utilizados en ginecología son:

- gentamicina
- tobramicina
- amikacina

principalmente útiles contra

- a. bacilos aerobios Gram-negativos.

Se utilizan en combinación con otros fármacos para el tratamiento de:

- pielonefritis
- corioamnionitis
- endometritis puerperal
- enfermedad pélvica inflamatoria.

Los aminoglucósidos más comúnmente utilizados en ginecología son:

- gentamicina
- tobramicina
- amikacina

principalmente útiles contra

- a. bacilos aerobios Gram-negativos.

Se utilizan en combinación con otros fármacos para el tratamiento de:

B

[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002  
Ross J 2007  
Walker CK 2007

✓

Buena Práctica

Ila

[E: Shekelle]  
Soper DE 1988  
Ward K 2008

B

[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002  
Soper De 1988  
Ward K 2008

R

✓/R

E

R

- pielonefritis
- corioamnionitis
- endometritis puerperal
- enfermedad pélvica inflamatoria.

E

De acuerdo al cambio epidemiológico de la EIP se han propuesto sustitución de antibióticos más eficaces para el tratamiento contra:

- anaerobios Gram-negativos:
  1. clindamicina o metronidazol por derivados de la penicilina en combinación con un aminoglucósido.
- en presencia de organismos Gram negativos aerobios:
  1. por el uso de aminoglucósidos.

Estudios recientes sugieren que la amikacina puede ser la mejor opción

- se asocia con un bajo nivel de resistencia bacteriana y con una reducción en los niveles de resistencia en relación a otros aminoglucósidos.

La amikacina se considera el "estándar de oro" para combinar con las nuevas cefalosporinas o penicilinas.

De acuerdo al cambio epidemiológico de cada unidad se sugiere modificar el uso de los aminoglucósidos en el futuro.

En un Ensayo clínico (ECC) doble ciego con 72 mujeres con diagnóstico de EIP se aleatorizaron para recibir:

- Cefoxitina y doxiciclina
- Vs. clindamicina y amikacina

Reportaron:

- eficacia similar con ambos esquemas: 30/31 pacientes (96,8%) tratadas con cefoxitina/ doxiciclina y 28/31 (90,3%) con clindamicina/ amikacina respondieron al tratamiento, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa ni en el aislamiento etiológico: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae,
- De las 4 pacientes que no respondieron al tratamiento, presentaron síndrome de respuesta

Ila

[E: Shekelle]  
Soper De 1988  
Ward K 2008

E

Ila B

[E: Shekelle]  
Ward K 2008

E

Ila

[E: Shekelle]  
Pasrorek II JG 1989  
Soper DE 1988

inflamatoria. (Cuadro VI). Régimen parenteral

R

De acuerdo al cambio epidemiológico de la EIP, se ha propuesto en los casos definitivos y casos sospechosos de moderada intensidad con falla en el tratamiento y/ó graves dirigir el tratamiento:

- contra anaerobios Gram-negativos considerar los derivados de la penicilina en combinación con un aminoglucósido.
- contra organismos Gram negativos aerobios se recomienda el uso de un aminoglucósido.

Considerar a la amikacina útil en combinación con las nuevas cefalosporinas o penicilinas por su sinergia y farmacocinética similar a la gentamicina; por lo que se recomienda su intercambio para infecciones susceptibles.

Se sugiere consultar los cuadros del anexo esquemas de medicamentos, dosis y vía de administración

\*La selección del tratamiento debe considerar: disponibilidad, costo, aceptación del paciente y la susceptibilidad antimicrobiana

El tratamiento parenteral debe continuarse hasta 24 horas después de la mejoría clínica y completar el tratamiento vía oral por 14 días.  
3

B D  
[E: Shekelle]  
Soper De 1988  
Ward K 2008

✓/R

✓  
Buena Práctica

E

Ila  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002

E

Se han descrito consideraciones especiales en mujeres con EIP:

- Embarazo y EIP hospitalizar a la paciente para manejo parenteral de antibióticos
- Infección por HIV. en mujeres con EIP infectadas con HIV presentan cuadro clínico similar a las no infectadas y con respuesta terapéutica semejante, no se consideran modificaciones para su manejo
- Dispositivo intrauterino (DIU).
- Se reconoce que el riesgo de EIP asociado a DIU es infrecuente después de 3 semanas de colocación

Ia Ib IIa III  
[E: Shekelle]  
Reich H 1987  
Molander P 2001  
Webster LW 2007  
Bujusi EA 1999  
Irwin KL 2000  
Schillinger JA 2003

del dispositivo

- Sin demostrarse utilidad en el uso profiláctico de antimicrobianos
- No existe evidencia que sustente su remoción en caso de diagnóstico de EIP.
- Parejas sexuales. La evidencia apoya el uso de tratamiento a la pareja (Cuadro VII). Deben contactarse las parejas sexuales, efectuarse revisión clínica y pruebas diagnósticas para NG y CT.

Se recomienda:

en caso de embarazo y EIP hospitalizar a la paciente para manejo parenteral de antibióticos.

R

C

[E: Shekelle]

NOM-039-SSA2-2002

Se recomienda:

a las mujeres con EIP infectadas con HIV presentan cuadro clínico similar a las no infectadas y con respuesta terapéutica semejante, no se consideran modificaciones para su manejo

Se recomienda:

- reconocer que el riesgo de EIP asociado a DIU es infrecuente posterior a las 3 semanas de colocación del DIU.

No se recomienda:

- el uso profiláctico de antimicrobianos
- la remoción en caso de diagnóstico de EIP.

Falla al tratamiento se define como la recurrencia de los síntomas dentro de los 10 a 14 días de completar el tratamiento con antibióticos. Las causas posibles incluyen:

- falta de apego al tratamiento
- exposición repetida al o los agentes
- resistencia a antibióticos
- existencia de co patógenos ó reinfección
- tratamiento antibiótico inapropiado, dosis o duración inadecuados

E

A

[E: Shekelle]

Reich H 1987

Molander P 2001

A

[E: Shekelle]

Webster LW 2007

Bujusi EA 1999

B

[E: Shekelle]

NOM-039-SSA2-2002

✓/R

Considerar falla al tratamiento a la recurrencia de los síntomas dentro de los 10 a 14 días de completar el tratamiento con antibióticos. Se recomienda enviar a segundo nivel para su reevaluación.

✓  
Buena Práctica

E

La decisión de hospitalización se puede basar en los siguientes criterios clínicos:

- sospecha de emergencia quirúrgica
- Embarazo
- Falta de respuesta a tratamiento oral
- Intolerancia al tratamiento oral
- Cuadro clínico grave
- Náusea o vómito
- Fiebre elevada
- absceso tubo-ovárico

Ila  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002  
Crossman SH 2006

✓/R

Evaluar la hospitalización en un segundo nivel de atención si se cuenta con los siguientes criterios:

- sospecha de emergencia quirúrgica
- Embarazo
- Falta de respuesta a tratamiento oral
- Intolerancia al tratamiento oral
- Cuadro clínico grave
- Náusea o vómito
- Fiebre elevada
- Absceso tubo-ovárico.

✓  
Buena Práctica

R

Sospechar enfermedad renoureteral ó gastrointestinal al eliminar la posibilidad de EIP, se debe referir al especialista de segundo nivel de atención médica: médico internista, médico urólogo ó médico gastroenterólogo en busca de enfermedad en vías urinarias ó a nivel gastrointestinal.

Ila  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002

#### 4.4.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado

E

Se requiere una evaluación integral ante la decisión de intervención quirúrgica en EIP, se debe sospechar de una emergencia quirúrgica ante la presencia de:

1. fiebre persistente
2. bacteriemia
3. abdomen agudo e íleo persistente

Vigilar ante la sospecha de:

- Embarazo
- Falta de respuesta a tratamiento oral
- Intolerancia al tratamiento oral
- Cuadro clínico grave
- Náusea o vómito
- Fiebre elevada
- Sospecha de absceso tubo-ovárico.

III  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002  
CDC 2006  
Crossman SH 2006

E

Se debe considerar la exploración quirúrgica en los siguientes casos:

- Bacteriemia y fiebre persistente.
- Falla del tratamiento conservador (48 a 72 horas).
- Abdomen agudo.
- Peritonitis generalizada.
- Íleo persistente.
- Absceso tubo-ovárico roto.
- Persistencia de abscesos tubo-ováricos a pesar de tratamiento antibiótico.
- Sepsis que no mejora con la antibioticoterapia.

III  
[E: Shekelle]  
CDC 2006

✓/R

En el paciente con EIP se debe vigilar los signos de alarma para recibir atención médica urgente. Ante datos de:

- fiebre persistente
  - bacteriemia
  - abdomen agudo e íleo persistente
- sospechar de complicación médica y/ó

✓  
Buena Práctica

quirúrgica, ante la posibilidad de intervención quirúrgica. Se debe sospechar de una emergencia quirúrgica ante la presencia de:

Vigilar estrechamente en condiciones de:

- Embarazo
- Falta de respuesta a tratamiento oral
- Intolerancia al tratamiento oral
- Cuadro clínico grave
- Nausea o vómito
- Fiebre elevada
- Sospecha de absceso tubo-ovárico.

## 4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

### 4.5.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;">E</div> <p>La decisión de hospitalización se puede basar de acuerdo a los siguientes criterios clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sospecha de una emergencia quirúrgica</li> <li>• fiebre persistente ó documentación de bacteriemia</li> <li>• abdomen agudo e íleo persistente</li> <li>• Embarazo</li> <li>• Falta de respuesta a tratamiento oral</li> <li>• Intolerancia al tratamiento oral</li> <li>• Cuadro clínico severo</li> <li>• Nausea o vómito</li> <li>• Fiebre elevada</li> <li>• absceso tubo-ovárico.</li> </ul> <p>(Cuadro VI)</p>	<p>III [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 CDC 2006 Crossman SH 2006</p>
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;">✓/R</div> <p>El paciente con signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• abdomen agudo</li> <li>• respuesta inflamatoria sistémica</li> <li>• inestabilidad hemodinámica</li> </ul> <p>Debe recibir atención médica urgente, en el lugar de primer contacto, en la sala de urgencias u hospitalización de segundo nivel de atención para su estabilización</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>

E

Acudir a la unidad médica donde se inicio manejo a consulta médica sí:

- la fiebre dura más de tres días
- empeoran los síntomas
- o aparecen nuevos después de 3-5 días de evolución del inicio del tratamiento
- en ausencia de mejoría de los síntomas.

III  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002

✓/R

Si en 72h no existe mejoría clínica con falla al tratamiento enviar a segundo nivel, se sugiere hospitalizar en un segundo nivel de atención para revaloración diagnóstica y terapéutica.

✓  
Buena Práctica

✓/R

En pacientes con falla al tratamiento enviar a segundo nivel. Se recomienda en estos casos de EIP moderada con falla al tratamiento y EIP grave, la toma de cultivos antes iniciar el tratamiento y modificar el régimen de acuerdo a la sensibilidad y resistencia de los gérmenes aislados a los antibióticos.

Evaluar si la paciente presenta condiciones de co morbilidad para su envío a segundo ó tercer nivel de atención:

✓  
Buena Práctica


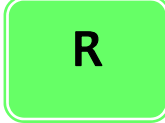
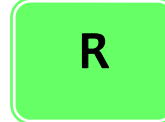


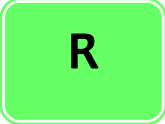
✓/R

- Las pacientes con co morbilidad tienen mayor probabilidad de descompensarse ó complicarse; por lo que deben recibir atención médica y consultar con un especialista de acuerdo a cada caso en especial.
- las pacientes que reciben quimioterapia, terapia inmunosupresora y diabéticas con dolor abdominal y datos de irritación peritoneal; canalizar a segundo ó tercer nivel de atención con base a la enfermedad de fondo.

✓  
Buena Práctica



#### 4.6 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Otorgar servicios de apoyo y consejería para la paciente y sus parejas, tanto durante la fase de diagnóstico como de tratamiento, brindando información accesible, promover la adherencia al tratamiento, y las prácticas sexuales protegidas.</p>	<p>IV [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 CDC 2006</p>
	<p>Los pacientes y/o familiares deberán recibir información acerca de signos de alarma para reevaluación clínica</p>	<p>D [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 CDC 2006</p>
	<p>Promover la práctica de sexo seguro y protegido y evitar prácticas sexuales de riesgo</p>	<p>D [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 CDC 2006</p>
	<p>La investigación de los casos y de los contactos, debe llevarse a cabo en las personas con diagnóstico de EIP (caso definitivo) previo consentimiento de los pacientes, conservando la confidencialidad de la información. Cuando el paciente sea mayor de edad, se obtendrá la información y consentimiento directamente de él.</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>
	<p>En el caso de menores de edad, o personas imposibilitadas para dar su consentimiento, se procurará, mediante la consejería apropiada, obtener la información y consentimiento del padre, la madre, tutor o representante legal. Los adolescentes son una población vulnerable, por lo que se considera una prioridad evitar la deserción y la falta de adhesión al tratamiento. En caso de no presentarse los responsables del menor, se incluirá una nota en el expediente, que rubricará el responsable del servicio.</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>
	<p>Promover la educación en salud sexual y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y sus complicaciones</p>	<p>D [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002</p>

R

Se recomienda basar la educación en intervenciones informativas y educativas estas intervenciones podrán llevarse a cabo en el consultorio, salas de espera de la consulta externa y/o a través de trípticos

D  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002

- Promover el desarrollo de programas educativos en salud sexual
- Desarrollar conciencia en nuestra población sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y sus complicaciones
- Fomentar la participación del hombre en la prevención de las ITS

R

- Promover el uso de condón en prácticas sexuales de riesgo
- Retrasar el inicio de la actividad sexual
- Orientar para reducir el número de parejas sexuales
- Otorgar el tratamiento oportuno de la o las parejas sexuales
- Insistir en la necesidad de esquemas completos de tratamiento para reducir la resistencia antimicrobiana, complicaciones y recaídas del padecimiento
- Se debe recomendar abstinencia sexual hasta haber completado el tratamiento

Ila  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002  
Grimes 1999

R

Informar al paciente y/o a sus familiares de la importancia de cumplir con el tratamiento.

D  
[E: Shekelle]  
NOM-039-SSA2-2002

#### 4.7 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

##### Evidencia / Recomendación

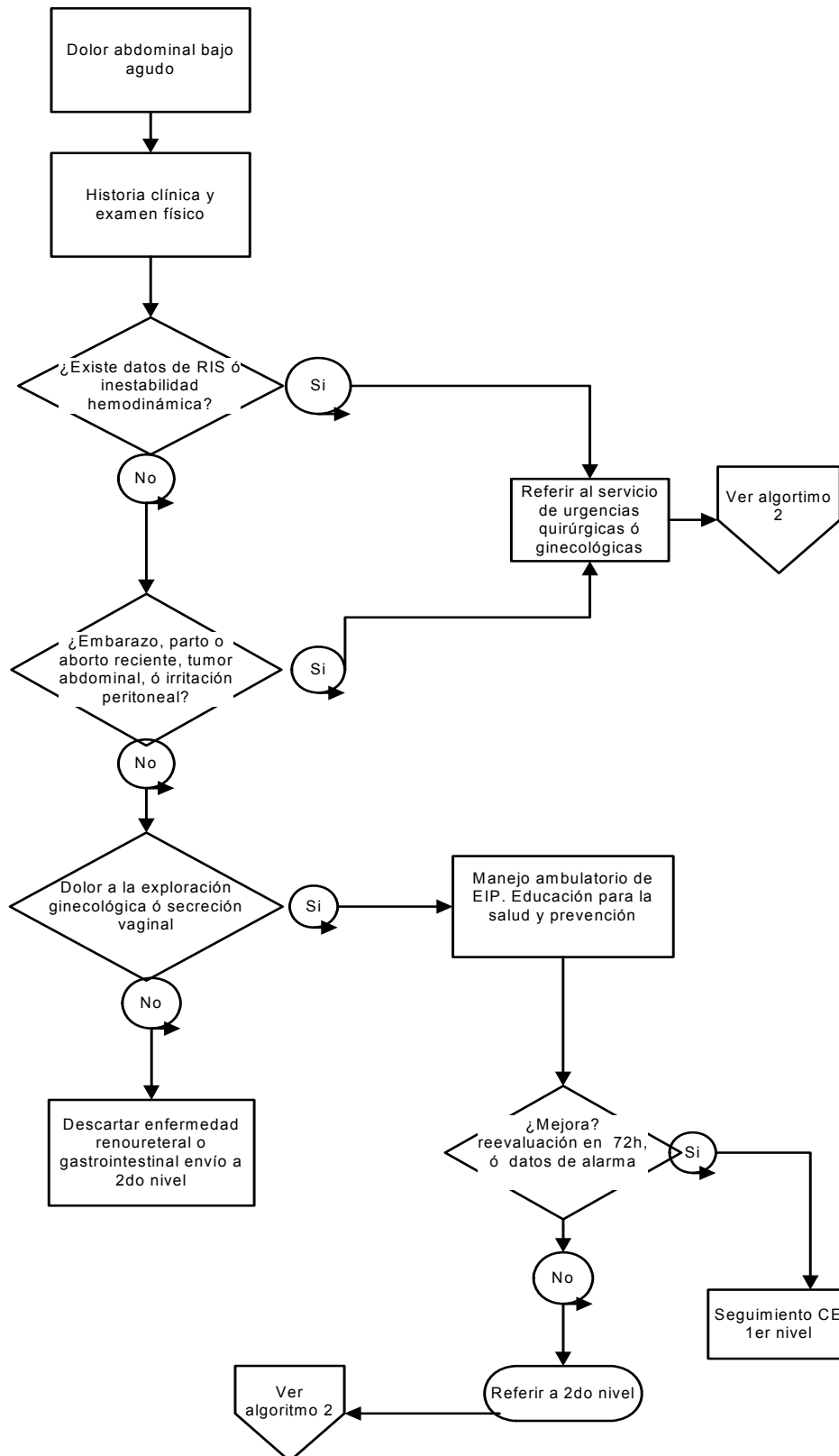
✓/R

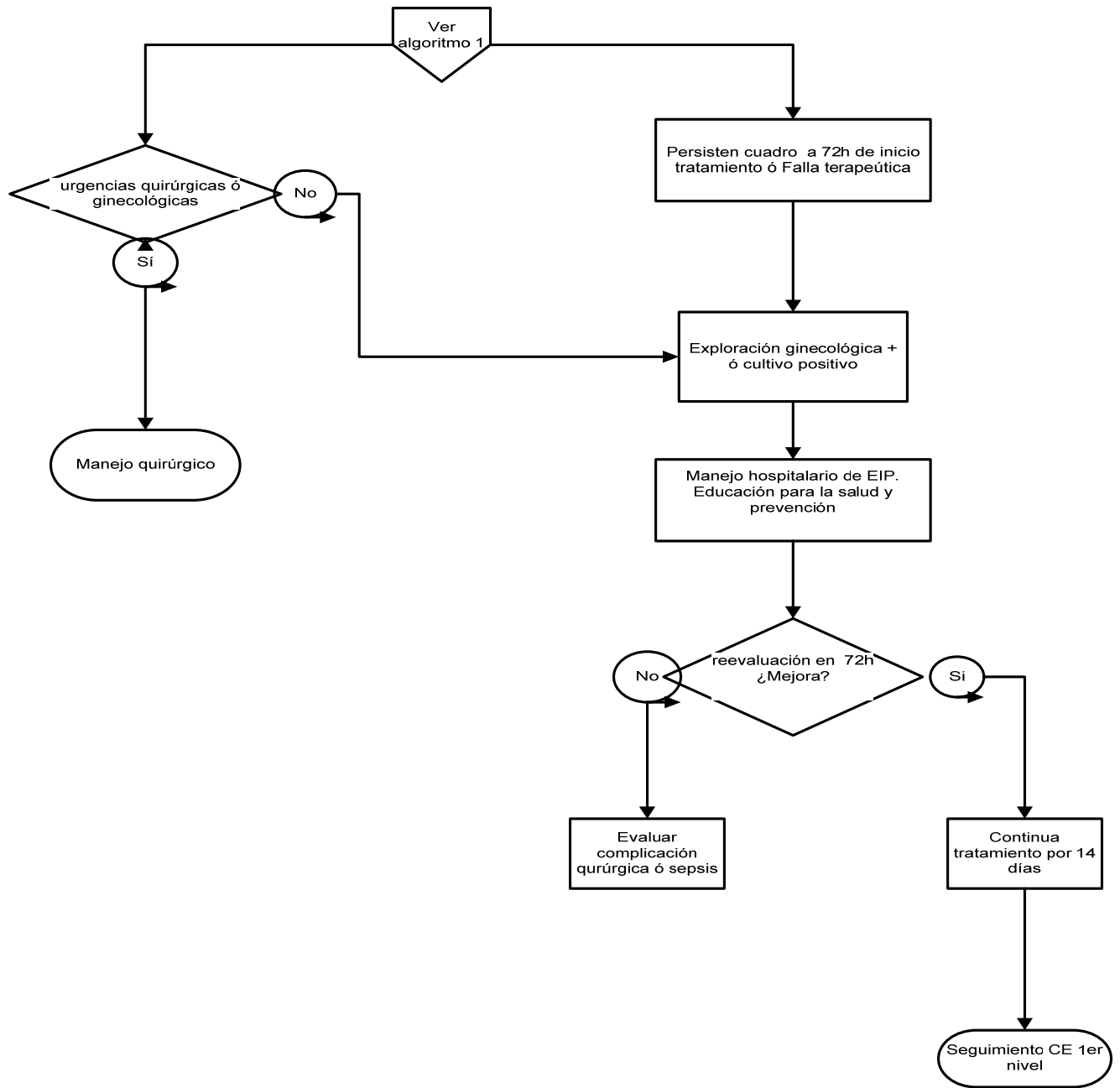
En pacientes con diagnóstico de EIP leve a moderada sin complicaciones con respuesta al tratamiento ambulatorio evaluar de 3 a 5 días de incapacidad. Individualizar para la toma de decisión de acuerdo a los factores de riesgo.

##### Nivel / Grado

✓  
Buena Práctica

Algoritmo para Diagnóstico de EIP





## 5. DEFINICIONES OPERATIVAS

**Abdomen agudo:** Dolor abdominal con datos de irritación peritoneal de comienzo súbito, suele asociarse a enfermedades de resolución quirúrgica. Requiere evaluación médica urgente. Algunas causas son apendicitis, colecistitis, pancreatitis, etc.

**Aborto:** Interrupción precoz del embarazo, espontánea o inducida, seguida por la expulsión del producto gestacional por el canal vaginal. Puede estar precedido por pérdidas sanguíneas por vagina.

**Absceso:** Colección de pus, producida en general por una infección bacteriana. Puede formarse en distintas regiones del organismo (cerebro, huesos, piel, músculos). Puede ocasionar fiebre, escalofríos, temblores y enrojecimiento y dolor de la zona afectada.

**Absceso tubo-ovárico.** Colección de material purulento en trompas de Falopio con adherencias al ovario.

**Antibiótico.** A la sustancia química que impide el desarrollo o multiplicación de ciertos microbios o los destruye.

**Condiciones de riesgo.** A cualquier actividad en la que exista contacto con mucosas, tejidos, secreciones o líquidos potencialmente infectantes.

**Contagio.** A la transmisión de una ITS por contacto directo o indirecto.

**Control.** A la aplicación de medidas para la disminución de la incidencia, en casos de enfermedad.

**Diagnóstico oportuno.** Procedimiento mediante los cuales se identifica una enfermedad específica en el momento preciso para limitar sus complicaciones y secuelas

**Dispareunia.** Es la relación sexual dolorosa abarca desde manifestaciones de ardor vaginal hasta dolor pélvico intenso durante y/o después de la relación sexual

**Dolor a la movilización del cérvix.** Sensación de dolor a la movilización del cuello uterino durante la exploración bimanual.

**Dolor a la palpación del útero y anexial.** Sensación de dolor abdominal bajo al ejercer presión sobre el fondo uterino y los anexos durante la exploración bimanual.

**Ecografía pélvica transvaginal.** Obtención de imágenes por medio de un Transductor endovaginal.

**Edad Reproductiva.** Etapa de la mujer que comprende desde el inicio de las menstruaciones (menarca) hasta el cese de las mismas (menopausia).

**Educación para la salud.** Al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamiento para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

**Embarazo Ectópico.** Embarazo que se implanta fuera de la cavidad uterina,

**Endometriosis.** Tejido endometrial fuera de la cavidad uterina.

**Estrategia.** Al método para resolver o controlar un problema.

**Exploración bimanual.** Exploración realizada con una mano en cavidad vaginal y otra mano en el abdomen de la paciente, fijando el útero a nivel de fondo uterino en la mano abdominal y variando la posición de la mano endovaginal para tocar y explorar el cérvix, los anexos y el cuerpo uterino.

**Factor de riesgo.** Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad, con respecto a la exposición a una condición ó característica.

**Factores de riesgo para EIP.** Edad menor de 25 años, múltiples parejas sexuales, tanto de la paciente como de su compañero sexual, uso de DIU sin criterios de elegibilidad y cuadros previos de EIP

**Fiebre.** A la elevación anormal de la temperatura corporal, por encima de los límites normales citados, arriba de 38.0°C.

**Laparoscopia.** Técnica quirúrgica de mínima invasión, que consiste en la introducción de un lente con cámara integrado.

**Papanicolaou.** Método de tinción para demostrar células exfoliadas anormales pre-malignas y malignas.

**Prácticas sexuales de riesgo.** A las actividades en las que existe penetración y/o contacto pene-ano, pene-vagina, pene-boca, pene-mano-boca, pene-boca-vagina, mano-ano-boca, mano-ano-vagina; o con objetos contaminados con secreciones sexuales o sangre utilizados durante la relación sexual, sin el uso correcto y sistemático de una barrera mecánica, para evitar el intercambio de secreciones o líquidos potencialmente infectantes; así como múltiples parejas sexuales sin uso de preservativo, inicio de vida sexual durante la adolescencia y falta de medidas sanitarias durante las relaciones sexuales.

**Práctica sexual protegida.** A aquella en la cual se utiliza correctamente una barrera mecánica, como el condón de látex (masculino) o de poliuretano (femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

**Práctica sexual segura.** A aquella en la cual no existen ni penetración ni traspaso de secreciones sexuales (líquido pre-eyaculatorio, semen y secreción vaginal) o de sangre.

**Prevención.** Actividad o grupo de actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes en donde se promueve la salud y se reducen los riesgos de adquirir una enfermedad

**Promoción de la salud.** Al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

**Pruebas de detección.** A las de laboratorio utilizadas de manera individual o grupal para la identificación etiológica de las ITS.

**Síndrome de Fitz Hugh Curtis.** Peri hepatitis secundaria a infección pélvica.

**Tumoraciones anexiales.** Cualquier masa pélvica, ubicada cerca del útero, cuyo origen generalmente es el ovario o trompas de Falopio.

**Vida sexual activa** mantener relaciones sexuales en una forma continua.

#### Glosario

**CDC:** Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica (Centers for Disease Control and Prevention USA).

**CT:** Chlamydia tracomatis.

**ELISA:** Ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (Enzyme-linked immunosorbent assay).

**EIP:** Enfermedad inflamatoria pélvica.

**IF:** Inmunofluorescencia.

**IM:** Intramuscular.

**ITS:** Infección de transmisión sexual.

**IV:** Intravenoso.

**NG:** *Neisseria gonorrhoeae*

**NOM:** Norma Oficial Mexicana.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**PCR:** Reacción de la polimerasa en cadena (Polimerase chain reaction).

**LCR:** Reacción de ligasa en cadena (Link Chain Reaction).

**RPR:** Investigación de proteínas reagínicas (Rapid plasma reagin).

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

**UI:** Unidades internacionales.

**VDRL:** Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (Venereal Disease Research Laboratory).

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana, incluye al VIH-1 y al VIH-2.

**VO:** Vía oral.

**Wb:** Western blot.

**gr.:** Gramos.

**Kg.:** Kilogramos.

**mg:** Miligramos.

**pH:** Potencial de hidrógeno.

## 6. ANEXOS

### 6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en Mujeres Mayores de 14 años con Vida Sexual Activa.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia Hepática Crónica en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron 5 guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006
- Infecciones de transmisión y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica. Organización Mundial de la Salud, 2005.
- Ross J, Judlin P, Nilas L. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. international journal of STD & AIDS 2007 (18)662-666

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: "pelvic inflammatory disease", "pelvic inflammatory disease treatment", "masa anexial", "enfermedad inflamatoria pélvica", "anexitis" y "absceso tubo-ovárico". De igual manera se realizó la búsqueda de bibliografía adicional.

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo ✓ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.



## 6.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425)

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

### CUADRO I. ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

### 6.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

**CUADRO I MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA EIP**

Síntomas	Signos
Dolor abdominal bajo	Dolor a la palpación abdominal bajo
Dispareunia	Dolor a la movilización cervical al examen bimanual
Flujo transvaginal anormal (leucorrea)	Fiebre igual o mayor a 38 grados
Sangrado transvaginal anormal	

Crossman SH. The challenge of pelvic inflammatory disease. Am Fam Physician 2006;73:859-64

**CUADRO II CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA EIP**

<b>Grado I (Leve)</b>	No complicada, sin masa anexial ni datos de abdomen agudo ni irritación peritoneal
<b>Grado II (Moderada)</b>	Complicada presencia de: masa anexial o absceso que involucra trompas y/o ovarios. Con o sin signos de irritación peritoneal. Modificada por el consenso del grupo que elaboró la presente guía
<b>Grado III (Grave ó Severa)</b>	Diseminada a estructuras extra pélvicas: absceso tubo-ovárico roto o pelvi peritonitis o con datos de respuesta sistémica

Modificada de Monif G. Clinical Staging of acute bacterial salpingitis and its therapeutic ramifications Am J Obstet Gynecol 1982; 143:489-495.

\*Esta clasificación fue modificada por el grupo de trabajo por medio de consenso en el grado I, ya que la original la describe con la posibilidad de presentar datos de abdomen agudo, lo cual se consideró debe requerir manejo especializado en segundo ó tercer nivel de atención

**CUADRO III RIESGO PARA EIP**

Características clínicas a favor de EIP sobre Apendicitis aguda	OR (IC 95%)
No migración del dolor	4.2 (1.5-11.5)
Dolor abdominal bilateral	16.7 (5.3-50.0)
Ausencia de vómito y náusea	8.4 (2.8-24.8)

. Koji Moriswhita MD. American journal of emergency medicine 2007

**CUADRO IV TRATAMIENTO AMBULATORIO**

Fármaco	Dosis	Nivel de evidencia
Ceftriaxona más doxiciclina,	Ceftriaxona 125-250 MG IM dosis única y doxiciclina 100 MG VO. 2 veces al día por 14 días	Ia A
Cefotaxima más doxiciclina	500 MG IM dosis única de cefotaxima y 100 MG VO. 2 veces al día por 14 días de doxiciclina	Ia A
Metronidazol	Puede agregarse a cualquiera de los anteriores regímenes; 500 MG VO. dos veces al día por 14 días para cobertura de anaerobios	Ia A
<b>Regímenes alternativos</b>		
Levofloxacina	En caso de que la terapia con cefalosporinas no fuese posible y existe bajo riesgo de gonorrea, 500mg una vez al día por 14 días	IIb B
Ofloxacina	En caso de que la terapia con cefalosporinas no fuese posible y existe bajo riesgo de gonorrea, 400 MG dos veces al día por 14 días	IIb B

Modificado NOM-039-SSA2-2002, OMS 2005, Ross J, Judlin P, Nilas L. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. international journal of STD & AIDS 2007 (18)662-666

Walker CK, Wiesenfeld HC. Antibiotic Therapy for acute pelvic inflammatory disease: the 2006 centers for disease control and prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. PID Treatment guidelines Clinical Infectious Diseases 2007: 44;S111-22

**CUADRO V ANTIBIÓTICOS ADMINISTRADOS VÍA INTRAVENOSA**

Régimen	Nivel de evidencia Grado de recomendación	Medicamentos	Dosis
<b>Régimen parenteral</b>	Ia A	Ceftriaxona	250 MG IM por 14 días
		Doxiciclina	100 MG VO cada 12 horas por 14 días
<b>Régimen parenteral</b>	Ia A	Cefotetan	2 g IV cada 12 horas más por 14 días
		Doxiciclina	100 MG VO cada 12 horas por 14 días
<b>Régimen parenteral alternativo</b>	Ia A	Clindamicina	900 MG IV cada 8 horas
		Gentamicina	impregnación IV o IM de 2mg/Kg. mantenimiento de 1.5 MG/Kg. cada 8 horas
<b>Régimen parenteral alternativo</b>	Ia A	Ampicilina/ Sulbactam	3g IV cada 6 h
		Doxiciclina	100mg v.o. o IV cada 12 h 3,26
<b>Régimen parenteral B</b>	Ia A	Clindamicina	900 MG IV cada 8 horas

		Amikacina (alternativa a gentamicina)	20 MG/kg IV o IM cada 24 horas Dosis total máx.: 1.3 gr. por día
		Gentamicina*	impregnación IV o IM de 2mg/Kg. mantenimiento de 1.5 MG/Kg. cada 8 horas
		Metronidazol	400mg cada 12h VO

Modificado NOM-039-SSA2-2002, OMS 2005, Ross J, Judlin P, Nilas L. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. international journal of STD & AIDS 2007 (18)662-666 Walker CK, Wiesenfeld HC. Antibiotic Therapy for acute pelvic inflammatory disease: the 2006 centers for disease control and prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. PID Treatment guidelines Clinical Infectious Diseases 2007: 44;S111-22

#### CUADRO VI CRITERIOS PARA HOSPITALIZAR

<b>Criterios para hospitalizar</b>
Falla al tratamiento por falta de mejoría posterior a los 3 días de Tx
Incapacidad para el seguimiento o tolerancia de los antibióticos orales
Embarazo
Enfermedad grave fiebre alta, vómito
Urgencia quirúrgica que no puede ser excluida
Abceso tubo ovarico

Crossman SH. The challenge of pelvic inflammatory disease. Am Fam Physician 2006;73:859-64

## 6.4 MEDICAMENTOS

**CUADRO 1. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA EN MUJERES MAYORES DE 14 AÑOS CON VIDA SEXUAL ACTIVA**

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
1929	Ampicilina anhidra o ampicilina trihidratada equivalente a 500 mg de ampicilina.	Adultos: 2 a 4 g/día, dividida cada 6 horas.	Envase con 20 tabletas o cápsulas. Oral.	Náusea, vómito, reacciones de hipersensibilidad que incluye choque anafiláctico, glositis, estomatitis, fiebre, sobreinfecciones.	Con anticonceptivos hormonales disminuye el efecto anticonceptivo. Con alopurinol aumenta la frecuencia de eritema cutáneo.	Hipersensibilidad al fármaco Precauciones: Nefritis intersticial, edema angioneurótico, enfermedad del suero.
2133	Clorhidrato de clindamicina equivalente a 300 MG de clindamicina.	Oral. Adultos: 300 MG cada 6 horas.	Envase con 16 cápsulas.	Náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, hipersensibilidad.	Su efecto se antagoniza con el uso de cloranfenicol y eritromicina. Aumenta el efecto de los relajantes musculares. Con caolín se disminuye su absorción. Con difenoxilato o loperamida se favorece la presencia de diarrea.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Colitis ulcerosa e insuficiencia hepática.
1940 1941	Hiclato de doxiciclina equivalente a 100 MG de doxiciclina.	Otras infecciones: el primer día 100 MG cada 12 horas y continuar con 100 MG/día, cada 12 ó 24 horas	Envase con 10 cápsulas	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, prurito, fotosensibilidad, colitis, reacciones alérgicas. En niños pigmentación de los dientes, defectos del esmalte y retraso del crecimiento óseo.	Interfiere en el efecto de los anticonceptivos hormonales y de heparina. Con anticonvulsivantes disminuyen la concentración plasmática de doxiciclina. Antiácidos y sustancias que contengan calcio, hierro o magnesio disminuyen su absorción intestinal.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia hepática o renal, alteraciones de la coagulación, úlcera gastroduodenal, menores de 10 años, lactancia.
1955	Sulfato de gentamicina equivalente a 20 MG de gentamicina base	De 3 MG/Kg. /día, administrar cada 8 horas. Dosis máxima 5 MG/Kg./día.	Envase con ampolleta con 2 ml	Ototoxicidad (coclear y vestibular), nefrotoxicidad, bloqueo neuromuscular.	Aumentan sus efectos tóxicos con: Furosemida, cisplatino, indometacina, amfotericina B, vancomicina, ciclosporina A, cefalosporinas. Con penicilinas aumenta su efecto antimicrobiano	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia renal, botulismo, miastenia gravis, enfermedad de Parkinson
1969	Azitromicina dihidratada equivalente a 500 MG de azitromicina	Oral. Adultos: 500 MG cada 24 horas.	Envase con 3 ó 4 tabletas.	Diarrea, heces blandas, malestar abdominal, náuseas, vómito y flatulencia.	Se ha precipitado ergotismo al administrar simultáneamente con algunos antibióticos macrólidos. Así mismo estos antibióticos alteran el metabolismo microbiano de la digoxina en el intestino en algunos pacientes. No tomar en forma simultánea con antiácidos. Junto con otros macrólidos, pueden producir interacciones con los medicamentos por reducir su metabolismo hepático por enzimas P450	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco o a cualquiera de los antibióticos macrólidos. Precauciones: En pacientes que presenten prolongación del intervalo QT y arritmias

Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en Mujeres Mayores de 14 años con Vida Sexual Activa

1935	Cefotaxima sódica equivalente a 1 g de cefotaxima.	Intramuscular, intravenosa. Adultos: 1 a 2 g cada 6 a 8 horas. Dosis máxima: 12 g/día.	Envase con un frasco ampula y 4 ml de diluyente.	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, dolor en el sitio de la inyección, erupción cutánea, disfunción renal.	Con furosemida y aminoglucósidos, aumenta el riesgo de lesión renal. Se incrementa su concentración plasmática con probenecid	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco
1937	Ceftriaxona sódica equivalente a 1 g de ceftriaxona.	intravenosa. Adultos: 1 a 2 g cada 12 horas, sin exceder de 4 g/día.	Envase con un frasco ampula y 10 ml de diluyente.	Angioedema, broncoespasmo, rash, urticaria, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, neutropenia, en ocasiones agranulocitosis, flebitis.	Con furosemida y aminoglucósidos, aumenta el riesgo de lesión renal. Se incrementa su concentración plasmática con probenecid.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia renal.
4249 4299 4300	Levofloxacin hemihidratado equivalente a 500 MG de levofloxacin. Levofloxacin hemihidratado equivalente a 500 MG de levofloxacin. TABLETA Cada tableta contiene: Levofloxacin hemihidratado equivalente a 750 MG de levofloxacin.	Adultos: 500 MG cada 24 horas, durante 7 a 14 días, de acuerdo al tipo de infección. Oral. Adultos: 500 a 750 MG cada 24 horas	Envase con 100 ml. Intravenosa. Envase con 7 tabletas. Envase con 7 tabletas	Diarrea, náusea, flatulencia, dolor abdominal, prurito, rash, dispepsia, mareo, insomnio.	Puede prolongar la vida media de teofilina, puede aumentar los efectos de warfarina ó sus derivados, su administración concomitante con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos puede incrementar el riesgo de estimulación del sistema nervioso central y de crisis convulsivas	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a las quinolonas. Precauciones: No administrar conjuntamente con soluciones que contengan magnesio.
1309 1311	Metronidazol 200 MG ampula con 10 ml. Cada 100 ml contienen: Metronidazol 500 MG	Infusión intravenosa. Adultos y niños mayores de 12 años 500 MG cada 8 horas por 7 a 10 días. Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.	Envase con 2 ampolletas o frascos Envase con 100 ml.	Con la ingestión de alcohol se produce el efecto antabuse, con la ciclosporina puede aumentar el riesgo de neurotoxicidad	Vértigo, cefalea, náusea, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: No ingerir alcohol durante el tratamiento, insuficiencia hepática y renal.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta-Cazares B, Ruiz-Maya L, De la Peña JE. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in low-income rural and suburban populations of Mexico. *Am Sex Transm Dis Assoc* 1996; 23:283-288.
2. Bevan CD, Ridgway GL, Rothermel CD. Efficacy and safety of azithromycin as monotherapy or combined with metronidazole compared with two standard multidrug regimens for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *J Int Med Res* 2003; 31:45-54.
3. Bukusi EA, Cohen CR, Stevens CE, et al. Effects of human immunodeficiency virus 1 infection on microbial origins of pelvic inflammatory disease and on efficacy of ambulatory oral therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:1374-1381
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/toc.htm>
5. Centers for Disease Control and Prevention, CDC. Sexually transmitted disease surveillance 2005 supplement: Gonococcal Isolate Surveillance Project (GISP) annual report, 2005. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2007. Available at: <http://www.cdc.gov/std/GISP2005/default.htm>
6. Cravioto MC, Matamoros O, Villalobos-Zapata Y, et al. Prevalencia de anticuerpos anti Chlamydia trachomatis y anti-Neisseria gonorrhoeae en grupos de individuos de la población mexicana. *Salud Publica Mex* 2003;45(supl. 5):5681-5689
7. Crossman SH. The challenge of pelvic inflammatory disease. *Am Fam Physician* 2006;73:859-64
8. Eschenbach DA, Wolner Hanssen P, Hawes SE, Pavletic A. Acute Pelvic Inflammatory Disease: Associations of Clinical and Laboratory Findings with Laparoscopic Findings. *Obstet Gynecol* 1997; 89:184-192.
9. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-2425
10. Francalacci-SR, Montana-TL, Garcia-Torres T, Albano-Edelweiss MI, Monaca J, Schechter J. Comparing Ceftriaxone plus Azitromycin or Doxycycline for pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2007; 110:53-60.
11. Frates MC, Laing MC. Sonographic evaluation of ectopic pregnancy: An update. *AJR* 1995; 165-251
12. Gaitán H, Angel E, Diaz R, Parada A, Sanchez L, Vargas C. Accuracy of five different diagnostic techniques in mild-to-moderate-pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2002; 10:171-180.
13. Golden MR, Whittington WLH, Handsfield HH, et al. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or Chlamydia infection. *N Engl J Med* 2005; 352:676-685.
14. Gonococcal Resistance to Antimicrobials Surveillance Programme (GRASP) Steering Group. GRASP year 2005 report. London, England: Health Protection Agency; 2006. Available at: [http://www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/hiv\\_and\\_sti/sti-gonorrhoea/publications/grasp\\_2005\\_annual\\_report.pdf](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/sti-gonorrhoea/publications/grasp_2005_annual_report.pdf).
15. Grimes DA, Schulz KF. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a metaanalysis of the randomized controlled trials. *Contraception* 1999; 60:57-63.
16. Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* 2000; 356:1013-1019.
17. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996; 107:377-382.
18. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. *JAMA* 1993; 270 (17); 2096-2097
19. Hager WD, Eschenbach DA, Spence MR, et al. Criteria for diagnosis and grading of salpingitis. *Obstet Gynecol* 1983; 61:113-114.

20. Haggerty CL, Ness RB. Newest approaches to treatment of pelvic inflammatory disease: a review of recent randomized clinical trials. *Clin Infect Dis* 2007; 44:953-960
21. Hall MN, Leach L. Which blood tests are most helpful in evaluating pelvic inflammatory disease? *J Fam Practice* 2004; 53:326-331
22. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006]
23. Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
24. Irwin KL, Moorman AC, O'Sullivan M, et al. Influence of human immunodeficiency virus infection on pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2000; 95:525-534
25. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995;105:740-743
26. Koji M, Masanori G, Mikio H. Clinical prediction rule to distinguish pelvis inflammatory disease from acute appendicitis in women of childbearing age. *American Journal of Emergency Medicine* 2007;25:152-7
27. Monif G. Clinical Staging of acute bacterial salpingitis and its therapeutic ramifications *Am J Obstet Gynecol* 1982; 143:489-495
28. Molander P, Sjoberg J, Paavonen J, Cacciatore B. Transvaginal power Doppler findings in laparoscopically proven acute pelvic inflammatory disease. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 17:233-238.
29. Morcos R, Frost N, Hnat M, Petrunak A, Caldito G. Laparoscopic versus clinical diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. *J Reprod Med* 1993; 38:53-56.
30. Morino M, Pellegrino L, Castanga E, Farinella E, Mao P. Acute nonspecific abdominal pain a randomized, controlled trial comparing early laparoscopy versus clinical observation. *Ann Surg* 2006; 244: 881-888.
31. Narcio MLE, Arredondo JL, Saldivar A, et al. Etiología microbiana de la enfermedad pélvica inflamatoria leve y moderada. (EIP). *Ginecol Obst Mex* 1998; 66:309-315.
32. Ness RB, Trautmann G, Richter HE, et al. Effectiveness of treatment strategies of some women with pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2005; 106:573-580.
33. Norma oficial mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Viernes 19 de septiembre de 2003 diario oficial
34. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica. 2005 (Clasificación NLM: WC 140). <http://www.who.int/std>
35. Pasrorek II JG. Pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989; 16:347-361
36. Peipert JF, Ness RB, Blume J, et al. Clinical predictor of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:856-864.
37. Peipert JF, Sweet RL, Walker CL, Kahn J, Rielly-Gauvin K. Evaluation of ofloxacin in the treatment of laparoscopically documented acute pelvic inflammatory disease (salpingitis). *Infect Dis Obstet Gynecol* 1999; 7:138-144.
38. Reich H, McGlynn F. Laparoscopic treatment of tuboovarian and pelvic abscess. *J Reprod Med* 1987; 32:747-752.
39. Ross JDC, Cronjé HS, Paszkowski T, Racoczi I, Vildaite D, Kureishi A. Moxifloxacin versus ofloxacin plus metronidazole in uncomplicated pelvic inflammatory disease: results of a multicentric, double blind, randomized trial. *Sex Transm Inf* 2006; 82:446-451
40. Ross J, Judlin P, Nilas L. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *international journal of STD & AIDS* 2007 (18)662-666
41. Royal College of Obstetricians Gynecologists. Guideline No. 32. Management of Acute Inflammatory Disease 2003
42. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what isn't. *BMJ* 1996; 312:71-72.



43. Saini S, Gupta N; Aparna Batra G, Arora DR de anaerobios aguda en la enfermedad inflamatoria pélvica India J Med Microbiol. 2003 Jul-Sep; 21 (3):189-92
44. Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grinshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 318:593-595.
45. Singh RH, Erbeling E J, Zenilman JM, Ghanem KG. The role of speculum and bimanual examinations when evaluating attendees at a sexually transmitted diseases clinic. Sex Transm Infect 2007; 83:206-210
46. Schillinger JA, Kissinger P, Calvet H, et al. Patient-delivered partner treatment with azithromycin to prevent repeated *Chlamydia trachomatis* infection among women: a randomized, controlled trial. Sex Transm Dis 2003; 30:49-56
47. Society of Critical Care Medicine y el American College of Chest Physicians (ACCP) de 1992.
48. Soper DE, Despres B. A comparison of two antibiotic regimens for treatment of pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol. 1988 Jul; 72 (1):7-12
49. Soper DE, Brockwell NJ, Dalton HP, Jonson D. Observations concerning the microbial etiology of acute salpingitis. Am J Obstet Gynecol 1994 175 435-41
50. Taipale P, Tarjanne H, Ylostalo P. Transvaginal sonography in suspected pelvic inflammatory disease. Ultrasound Obstet Gynecol 1995; 17:430-434
51. Tukeva TA, Aronen HJ, Karjalainen PT, Molander P, Paavonen T, Paavonen J. MR image in pelvic inflammatory disease: comparison with laparoscopic and US. Radiology 1999; 210:209-216.
52. Walker CK, Workowski KA, Washington AE, Soper D, Sweet RL. Anaerobes in pelvic inflammatory disease: implications for the Centers for Disease Control and Prevention's guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. Clin Infect Dis 1999; 28(Suppl 1):S29-S36.
53. Walker CK, Wiesenfeld HC. Antibiotic Therapy for acute pelvic inflammatory disease: the 2006 centers for disease control and prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. PID Treatment guidelines Clinical Infectious Diseases 2007: 44;S111-22
54. Ward K, Theiler RN. Once-daily dosing of gentamicin in obstetrics and gynecology. Clin Obstet Gynecol 2008; 51(3): 498-506.
55. Webster DL, Mosure DJ, Steece R, Stone KM. Testing for sexually transmitted diseases in U.S. public health laboratories in 2004. Sex Trans Dis 2007; 34:41-46
56. Yudin MH, Hillier SL, Wiesenfeld HC, Krohn MA, Amortegui AA, Sweet RL. Vaginal polymorphonuclear leukocytes and bacterial vaginosis as markers for histologic endometritis among women without symptoms of pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 2003; 188:318-323

## 8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

### Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Dr. Moisés Andrade Quezada	Delegado de Prestaciones Médica. León, Guanajuato
Dr. Arturo Estrada Escalante	Director de la UMAE Hospital de Gineco Pediatria No. 48, León, Guanajuato.
Lic. Francisco García	Licenciado e Bibliotecología adscrito al CENAIDS. Instituto Mexicano del Seguro Social
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Analista UMAE HE CMNR
Lic. Uri Iván Chaparro González	Analista UMAE HO CMN SIGLO XXI

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE**  
**División de Excelencia Clínica**  
**Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIO

### DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

#### **Secretaría de Salud**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
**Secretario de Salud**

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh  
**Director General**

#### **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares  
**Director General**

#### **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin  
**Titular del organismo SNDIF**

#### **Petróleos Mexicanos / PEMEX**

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza  
**Director General**

#### **Secretaría de Marina**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza  
**Secretario de Marina**

#### **Secretaría de la Defensa Nacional**

General Guillermo Galván Galván  
**Secretario de la Defensa Nacional**

#### **Consejo de Salubridad General**

Dr. Enrique Ruelas Barajas  
**Secretario del Consejo de Salubridad General**

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. Santiago Echevarría Zuno  
**Director de Prestaciones Médicas**

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno  
**Titular de la Unidad de Atención Médica**

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández  
**Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad**

Dra. Leticia Aguilar Sánchez  
**Coordinadora de Áreas Médicas**

## 11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b>	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
Gral. Bgda. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo <b>Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante <b>Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata <b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola <b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Act. Cuahtémoc Valdés Olmedo <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Secretario Técnico