

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA. HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA, 1999-2005

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de las pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria. **Diseño:** Estudio descriptivo, tipo serie de casos. **Lugar:** Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima, Perú. **Participantes:** Mujeres con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria. **Intervenciones:** Se obtuvo los datos demográficos, antecedentes ginecológicos, criterios clínicos y tipo de intervención quirúrgica de 199 pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria, entre enero de 1999 y diciembre de 2005. **Principales medidas de resultados:** Características de presentación de la enfermedad pélvica inflamatoria. **Resultados:** La frecuencia de enfermedad pélvica inflamatoria fue 3,2%, encontrándose una mayor presentación durante la segunda y cuarta décadas de la vida. Las características demográficas más frecuentes fueron el estado civil conviviente (40,7%) y secundaria completa (54,8%). El promedio de edad de inicio de la actividad sexual fue 18 años, siendo 50,3% monógama. Sobre conducta sexual, las relaciones contra natura correspondieron a 34,2% y las relaciones durante la menstruación a 47,7%. El antecedente de infección de transmisión sexual se presentó en 7,0%. El método anticonceptivo más empleado fue el dispositivo intrauterino (33,6%). El hallazgo clínico más frecuente fue el dolor pélvico (92,5%). Se realizó diagnóstico por laparoscopia en 14,6% y por laparotomía en 28,6%, siendo salpingitis el diagnóstico quirúrgico más frecuente (47,7%). **Conclusiones:** Las características epidemiológicas de nuestra población de estudio difieren de otras poblaciones en lo que respecta al grupo etáreo, grado de instrucción, estado civil, comportamiento sexual y empleo de métodos anticonceptivos. La clínica constituyó la forma más frecuente de diagnóstico de esta patología y el diagnóstico quirúrgico más frecuente fue salpingitis.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad pélvica inflamatoria, enfermedad de transmisión sexual.

Epidemiologic, clinical and surgical characteristics of patients with pelvic inflammatory disease, Hospital Nacional Cayetano Heredia, 1999-2005

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiologic, clinical and surgical characteristics of patients with pelvic inflammatory disease. **Design:** Series of cases descriptive study. **Setting:** Gynecology Service, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Peru. **Participants:** Women with diagnosis of pelvic inflammatory disease. **Interventions:** Demographic data, gynecological history, clinical criteria and type of surgical intervention were studied in 199 patients with pelvic inflammatory disease during January

1999 through December 2005. **Main outcome measures:** Pelvic inflammatory disease characteristics. **Results:** The frequency of pelvic inflammatory disease was 3,2% with higher presence during the second and quarter decades of life. Most frequent demographic characteristics were cohabiting marital status (40,7%) and high school graduates (54,8%). Sexual activity was started at 18 years old average, and monogamous couples were 50,3%. Anal sex was informed by 34,2% and intercourse during menstruation by 47,7%. History of sexually transmitted

Segundo Acho-Mego*,
Lidia López-Oropeza**,
Milagros Durand-Álvarez**,
Eva Hernández-Calderón***

* Doctor en Medicina. Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

** Médico-Cirujano. Programa de Maestría en Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

** Médico-Cirujano. Programa de Maestría en Salud Pública, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

*** Médico-Cirujano. Ex alumna de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Recibido para publicación: 28 de agosto de 2008.

Aceptado para publicación: 15 de setiembre de 2008.

Correspondencia:

Lidia Marianella López Oropeza.

Correo electrónico: marianellalopez@yahoo.com
Teléfono: 997669538

Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:208-213.

infections was present in 7%. Most used contraceptive method was intrauterine device (33,6%). Most frequent clinical finding was pelvic pain (92,5%). Diagnosis by laparoscopy was done in 14,6% and by open surgery in 28,6% and salpingitis was the most frequent surgical diagnosis (47,7%). **Conclusions:** Epidemiological characteristics of the studied population differ from other populations with regards to age group, education level, marital status, sexual behavior and use of contraceptive methods. Clinical findings constitute the most frequent form of diagnosis of this



pathology, and most frequent surgical diagnosis was salpingitis.

KEY WORDS: Pelvic inflammatory disease, sexually transmitted diseases.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una inflamación del tracto genital superior femenino, producida generalmente por una enfermedad de transmisión sexual. Comprende endometritis, salpingitis, absceso tubo-ovárico, peritonitis pélvica, periapendicitis y perihepatitis⁽¹⁻⁴⁾.

Se ha descrito como factores de riesgo alto para EPI la adolescencia, múltiples parejas sexuales, antecedente de infección de transmisión sexual (incluyendo EPI), duchas vaginales, el uso de dispositivos intrauterinos (DIU) y compañero sexual con uretritis o infección de transmisión sexual asintomática⁽⁵⁻⁷⁾.

La epidemiología de la EPI es difícil de determinar, por el amplio espectro de presentaciones clínicas que a menudo son subdiagnosticadas o pasan desapercibidas⁽³⁾, siendo reconocidas solo por sus secuelas (8). En los Estados Unidos, se estima que afecta aproximadamente a 11% de las mujeres, requiriendo hospitalización 200 000 de ellas y procedimientos quirúrgicos, 100 000⁽⁶⁾.

Las secuelas más comunes de esta patología a largo plazo incluyen infertilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico⁽⁹⁾ e intervenciones abdominopélvicas que pueden llegar hasta la histerectomía con ooforectomía⁽¹⁰⁾. Todo esto genera grandes inversiones en servicios médicos y tratamiento, con costos estimados en billones para patología aguda y el doble para las secuelas reproductivas⁽⁸⁾.

En el Perú, en un grupo de pacientes sometidas a cirugía por sospecha de

apendicitis, 14,6% correspondió a EPI (11); y, en un estudio que se realizó en 2003 sobre causas de infertilidad, 28,2% correspondió a EPI⁽¹²⁾.

El estándar de oro para el diagnóstico de EPI es la laparoscopia. Sin embargo, algunos estudios muestran que el diagnóstico clínico tiene un valor predictivo positivo de 65% comparado con el laparoscópico, y cuando se toma solo dos criterios mínimos y por lo menos uno adicional se mejora la sensibilidad del diagnóstico clínico, pero se pierde la especificidad⁽¹⁾.

El presente trabajo de investigación busca describir las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de las pacientes con diagnóstico de EPI, debido a que es una enfermedad común contraída por mujeres en edad reproductiva, cuyo tratamiento demanda gran inversión económica, no solo por el episodio agudo sino también por sus secuelas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo tipo serie de casos en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) de Lima, Perú. El período evaluado comprende enero de 1999 hasta diciembre de 2005. La población de estudio consistió en 199 casos de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión para el diagnóstico de EPI.

Se incluyó en el estudio aquellas pacientes que presentaron uno o más de los siguientes criterios:

a) Criterio clínico: Dos criterios mínimos y por lo menos uno de los adicionales, adaptados del Centro de Control y Prevención de Enfermedades^(1,3,4)

- Criterios mínimos: Dolor pélvico a la palpación y uno de los siguientes: dolor a la movilización del cérvix o dolor a la palpación de anexos.

- Criterios adicionales: Temperatura oral de 38,3°C o más, flujo vaginal mucopurulento o cervical anormal, presencia de leucocitos en secreción vaginal observada al microscopio (leucocitos >5 x campo), velocidad de sedimentación elevada (>15), proteína C reactiva elevada (valor cualitativo positivo), documentación por laboratorio de infección cervical con *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*.

b) Hallazgos anormales por laparoscopia o por laparotomía, compatibles con EPI.

c) Evidencia histopatológica de endometritis por biopsia o pieza operatoria.

Los datos registrados en las fichas fueron incluidos en una base de datos, diseñada en el programa Excel 2000 de Windows. El análisis de los datos se realizó por el paquete estadístico SPSS, versión 7,5 de Windows. Los datos son mostrados en gráficos y tablas de frecuencia.

RESULTADOS

Durante el período de enero de 1999 a diciembre de 2005 se registró un total de 6 145 pacientes hospitalizados en el Servicio de Ginecología del HNCH. Se revisó 410 historias clínicas que tenían el diagnóstico de EPI, al alta; se excluyó 211 historias porque no se encontraban en el archivo del hospital o no contaban con datos completos, teniendo solamente 199 historias para el análisis respectivo.

La frecuencia calculada para este período fue de 3,2%, con un promedio de

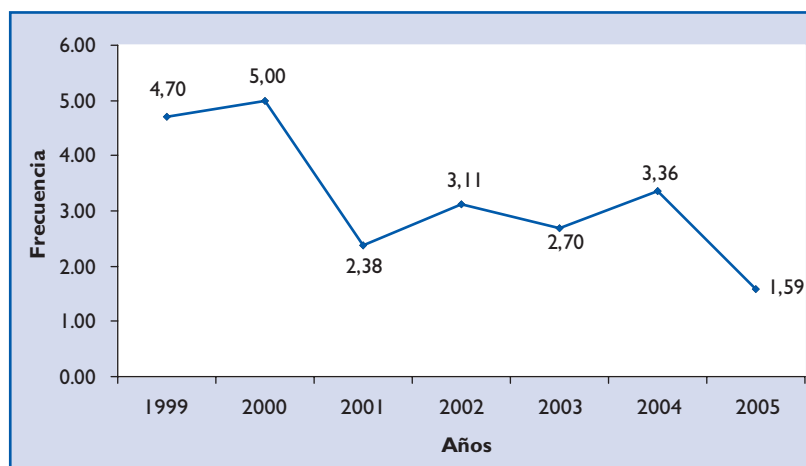


Gráfico 1. Frecuencia de la enfermedad pélvica inflamatoria.

28,4 casos por año. El mayor número de pacientes se encontró en el año 2000, con 43 (5%) casos (Gráfico 1).

Entre las características epidemiológicas (Tabla 1), la edad promedio fue 30,9 años, con un rango de 14 a 68 años.

El grupo entre 20 y 40 años incluía el mayor porcentaje de pacientes 152 (76,4%). Las mujeres con estado civil casada y conviviente correspondieron al mayor número de casos, 65 (32,7%) y 81 (40,7%), respectivamente. Según el grado de instrucción, las pacientes con

secundaria presentaron el mayor porcentaje de casos, 109 (54,8%).

Entre los antecedentes ginecológicos, la edad promedio de inicio de actividad sexual fue 18 años, con rango de 12 a 30 años; 3 pacientes negaron relaciones sexuales (1,5%). Sobre las infecciones de transmisión sexual, 14 (7%) pacientes refirieron este antecedente, habiendo presentado EPI 7 (3,5%), anteriormente. Cuando se les preguntó sobre el uso de duchas vaginales, las pacientes negaron haberlas empleado. Otros antecedentes ginecológicos encontrados pueden ser observados en la Tabla 2

Se realizó diagnóstico clínico, según criterios mínimos y adicionales, en 112 (56,3%) pacientes (Tabla 3). El dolor pélvico fue el síntoma más frecuente, con 184 (92,5%) casos. Entre los exámenes de laboratorio, la velocidad de sedimentación y los leucocitos en secreción endocervical correspondieron a 28 (14,1%) y 5 (2,5%) casos, respectivamente. Es importante tener en cuenta que no se solicitó estos exámenes a todos los pacientes. No se realizó exámenes de proteína C reactiva y aquellos que indican infección por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis* (Tabla 4).

Se realizó diagnóstico por laparoscopia en 29 (14,6%) casos y por laparotomía en 57 (28,6%) casos, siendo salpingitis el diagnóstico quirúrgico más frecuente, con 41 (47,7%) casos. Además, se encontró hidrosálpinx en 2 (2,4%) casos y salpingitis más síndrome adherencial en 10 (11,6%) casos, que fueron considerados dentro de las patologías crónicas. De este grupo de pacientes, se obtuvo el resultado de anatomía patológica en 15 (17,4%) pacientes, que confirmaba el diagnóstico (Tabla 5).

Tabla 1. Características epidemiológicas

Características epidemiológicas	Frecuencia (N = 199)	Porcentaje
Edad		
14 a 19	21	10,6%
20 a 40	152	76,4%
41 a 60	24	12,0%
Más de 60	2	1,0%
Total	199	100%
Estado civil		
Soltera	46	23,1%
Casada	65	32,7%
Conviviente	81	40,7%
Otros	6	3,0%
No refiere	1	0,5%
Total	199	100%
Grado de instrucción		
Primaria	25	12,6%
Secundaria	109	54,8%
Superior	41	20,6%
Sin estudios	2	1,0%
No refiere	22	11,0%
Total	199	100%

**Tabla 2.** Antecedentes ginecológicos

Antecedentes ginecológicos	Frecuencia	
Edad de primera relación sexual	199	100%
12 a 19	145	72,9%
20 a 30	45	22,6%
Niega relaciones sexuales	3	1,5%
No refieren	6	3,0%
Número de parejas sexuales	199	100%
0	3	1,5%
1	100	50,3%
2	57	28,6%
3 o más	34	17,1%
No refieren	5	2,5%
Enfermedades de transmisión sexual	14	7,0%
Métodos anticonceptivos	122	61,3%
- Barrera	23	18,9%
- Dispositivo intrauterino	41	33,6%
- Inyectables	24	19,7%
- Anticonceptivos orales	27	22,1%
- Quirúrgico	6	4,9%
- Ritmo	1	0,8%
Procedimientos invasivos	43	21,6%
- Legrado uterino	39	19,6%
- Histerosalpingografía	4	2,0%
Dispareunia	117	58,8%
Relaciones sexuales contra natura	68	34,2%
Relaciones sexuales durante menstruación	95	47,7%

Tabla 3. Diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Clínico	112	56,3%
Laparoscópico	29	14,6%
Por laparotomía	57	28,6%
Por biopsia de endometrio	1	0,5%
Total	199	100%

DISCUSIÓN

El presente estudio preliminar, que abarcó el período de 1999 a 2005, en el Servicio de Ginecología del HNCH, registró una frecuencia de EPI de 3,2%, con respecto al total de pacientes hos-

pitalizadas, a diferencia de otros autores que comunican una frecuencia de 14,6% a 28,23%^(11,12).

Se postula que las mujeres con nivel de instrucción bajo tienen menos recur-

sos económicos y menor probabilidad de búsqueda de atención médica, con mayor progreso de la enfermedad⁽¹³⁾. Sin embargo, nuestros hallazgos no relacionan dicha hipótesis, observando que pacientes con secundaria completa correspondieron a 54,8%.

Al evaluar el inicio de las relaciones sexuales, encontramos que el promedio de edad fue 18 años, lo cual coincide con otros estudios⁽⁷⁾. Sin embargo, la mayor frecuencia de EPI se encontró en el grupo de 20 a 40 años, lo que difirió de otros estudios, donde el grupo de adolescentes de 16 a 19 años^(4,14) presenta un riesgo elevado para esta patología, debido a la prevalencia alta de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la prevalencia baja de anticuerpos para *Chlamydia*, que se encuentra en este grupo^(5,15).

La mayoría de estudios señala que a mayor número de compañeros sexuales hay mayor probabilidad de EPI (16). Ness y colaboradores hallaron que las mujeres con infección del tracto genital alto presentaron más de 2 compañeros sexuales en el último mes (14,4%). En nuestro estudio, se encontró que la mayoría de pacientes era monógama (50,3%), posiblemente porque no brindaron datos confiables sobre las parejas sexuales, por pudor y recato, al ser interrogadas.

Algunos estudios encuentran una estrecha relación entre la EPI y las relaciones sexuales durante la menstruación, ya que postulan que durante la menstruación existiría una pérdida de la barrera cervical, lo que constituiría un factor de riesgo para la infección ascendente de organismos asociados con EPI (5). En nuestro estudio, las relaciones sexuales durante la menstruación tuvieron alta frecuencia, con un porcentaje de



Tabla 4. Criterios clínicos

Criterios clínicos	Frecuencia N = 199	Porcentaje
Mínimos		
Dolor pélvico	184	92,5%
Dolor a la palpación de anexos	157	78,9%
Dolor a la movilización del cérvix	147	73,9%
Adicionales		
Temperatura > 38,3°C	49	24,6%
Flujo vaginal	142	71,4%
Leucocitos en SEC *	5	2,5%
Velocidad de sedimentación > 15	28	14,1%
PCR cualitativo positivo	-	-
Infección cervical	-	-

* Al microscopio se observa más de 5 leucocitos en secreción endocervical

Tabla 5. Diagnóstico quirúrgico

Diagnóstico quirúrgico	Frecuencia N = 86		Anatomía patológica N = 15	
Salpingitis	41	47,7 %	5	33,3% *
Salpingitis y peritonitis	7	8,1 %	1	6,7%
Absceso tubo ovárico	21	24,4 %	7	46,6%
Absceso tubo ovárico roto	5	5,8 %	1	6,7%
Salpingitis y S. adherencial	10	11,6 %	1	6,7%
Salpingitis e hidrosálpinx	2	2,4 %	0	0%

* Además del diagnóstico de salpingitis, se realizó también el de endometritis

47,7%, en relación a otros estudios que hallaron 11,7% (17). Sobre las relaciones sexuales contra natura como factor de riesgo para EPI, se ha encontrado pocos estudios en la literatura; la frecuencia de este comportamiento sexual es relativamente baja, con 2,9% (17), lo cual difiere con nuestro estudio, en el que encontramos una frecuencia de 34,2%. Otro factor importante fue la dispareunia; sin embargo, no se tiene muchas referencias sobre esta sintomatología. Blake, en un estudio que realizó en 193 pacientes, encontró una frecuencia de 45% (9). Asimismo, nuestro estudio lo halló en 58,8%, lo cual lo hace importante durante el interrogatorio, para mejorar la precisión diagnóstica

El antecedente de ITS constituye un factor de riesgo para EPI. Diferentes estu-

dios demuestran que existe una elevada frecuencia, llegando a tener valores de hasta 50% (10, 18). En nuestro estudio, lo encontramos solo en 7%, posiblemente porque no se realiza una recolección exhaustiva de este antecedente.

Algunos estudios sugieren que el legrado uterino y la histerosalpingografía constituirían un factor de riesgo para el desarrollo de EPI. Dichos procedimientos pueden facilitar la introducción de microorganismos vaginales y cervicales dentro de la cavidad endometrial y de los anexos (19), cuando existe la posibilidad de una infección vaginal previa, como vaginosis bacteriana. En relación al legrado uterino, un estudio publicado, en 1992, encontró una frecuencia de 16% de infección pélvica (20), muy similar a lo encontrado en nuestro estudio,

que registró un porcentaje de 19,6%. En 2%, encontramos como antecedente la histerosalpingografía. De allí la importancia de descartar toda posibilidad de infección vaginal antes de realizar un procedimiento invasivo en cavidad uterina.

En la actualidad, diferentes estudios relacionan EPI con el empleo del dispositivo intrauterino (DIU); dichos estudios sugieren que este evento se produciría por traumatismo asociado a una respuesta inflamatoria de tipo local al dispositivo, relacionada a la ausencia de la barrera cervical, que permitiría al espermatozoide actuar como vector para los gérmenes (21). Estos estudios señalan cifras que varían de 5 a 20% de casos de EPI en relación al DIU (22), a diferencia de nuestro estudio, en el que encontramos una frecuencia de 33,6%.

Algunos autores mencionan que los anticonceptivos orales proporcionan protección contra la infección aguda del tracto genital superior femenino. Esto posiblemente debido a la alta viscosidad del moco cervical, que forma una barrera contra los gérmenes, o a la disminución del flujo menstrual, que descendería la actividad miométrica, evitando el desarrollo de mediadores de la inflamación (21, 23). Sin embargo, esto resulta controversial, ya que, en la publicación de 2001, el estudio PEACH plantea que al reducirse la inflamación del tracto genital se enmascara los síntomas de EPI (17). En nuestro estudio, la relación entre EPI y el uso de los anticonceptivos orales fue 22,1%.

En la serie que revisamos, la manifestación clínica de EPI más frecuente fue el dolor pélvico (92,5%), similar a lo encontrado por Blake y colaboradores (90%); por lo que, debemos tenerlo presente durante las evaluaciones gineco-



lógicas, para sospechar de esta entidad nosológica.

La laparoscopia constituye el estándar de oro para el diagnóstico de EPI; para ello se basa en la visualización de la inflamación, que le permite determinar la existencia y extensión de la EPI. Sin embargo, sobre la subjetividad del procedimiento, diferentes estudios hallan variaciones interobservadores sobre el diagnóstico^(8, 24). En nuestro estudio, el diagnóstico de EPI por laparoscopia fue en 14,6% de casos. Otros estudios realizados en pacientes con dolor pélvico crónico encontraron EPI en 33%⁽²⁵⁾ y 14,6%⁽²⁶⁾, al usar la vía laparoscópica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centers for disease control and prevention. Pelvic inflammatory disease. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Recomm Rep. 2002 May 10; 51(RR-6):48-52.
- Hemsel D, Ledger W, Martens M, Monif G, Osborne N, Thomason J. Concerns regarding the Centers for Disease Control's published guidelines for pelvic inflammatory disease. Clin Inf Dis. 2001;32:103-7.
- Parks D, Yerman R. Diagnosis and management of pelvic inflammatory disease in adolescents. J Pediatr Health Care. 2003;17:145-7.
- Kelly A, Ireland M, Aughey D. Pelvic inflammatory disease in adolescents: high incidence and recurrence rates in an urban teen clinic. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2004;17:383-8.
- Pacheco J. Infección por *Chlamydia trachomatis*. Ginecol Obstet (Perú). 1999;45(3):159-64.
- Jossens R, Eskenazi B, Schachter J, Sweet R. Risk factors for pelvic inflammatory disease: a case control study. Am Sex Transm Dis Assoc. 1996;23(3):239-47.
- Aza E. Infección por *Chlamydia trachomatis* en la enfermedad pélvica inflamatoria. Rev Per Epidemiol. 1994; 7(2):23-6.
- Ness R, Soper D, Peipert J, Sondheimer S, Holley R, Sweet R, et al. Design of the PID Evaluation and Clinical Health (PEACH) Study. Control Clin Trials. 1998;19:499-514.
- Blake D, Fletcher K, Joshi N, Emans S. Identification of symptoms that indicate a pelvic examination is necessary to exclude pid in adolescent women. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2003;16:25-30.
- Díaz V, Maradiegue E, Escudero F, Saona P, Bacini J, Mauricio J, Carrillo C. Tratamiento oral de clindamicina y ciprofloxacina versus ceftriaxona intramuscular y doxiciclina oral en el tratamiento de ambulatorio de la enfermedad pélvica inflamatoria leve a moderada en dos hospitales de Lima. Ginecol Obstet (Perú). 1998;44(1):21-7.
- Amaro C. Diagnóstico en los pacientes con laparotomías negativas para apendicitis aguda en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2001. 23pp.
- Alcalde I. Factores de infertilidad: estudio de 829 casos en el consultorio de infertilidad del Hospital Arzobispo Loayza entre Enero de 1994 y Diciembre del 2002. Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. 42pp.
- Viberga I, Odland V, Berglund L. Older age is a risk factor for pelvic inflammatory disease in intrauterine device users. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84:1202-7.
- Risser WL, Cromwell P.F, Bortot A.T, Risser J.M.H. Impact of new diagnostic criteria on the prevalence and incidence of pelvic inflammatory disease. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2004;17:39-44.
- Barrett S, Taylor C. A review on pelvic inflammatory disease. Int J STD AIDS. 2005;16(11):715-20
- Lepine L, Hillis S, Marchbanks P, Joesoef R, Peterson H, Westrom L. Severity of pelvic inflammatory disease as a predictor of the probability of live birth. Am J Obstet Gynecol. 1998;178(5):977-81.
- Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, et al. Hormonal and barrier contraception and risk of upper genital tract disease in the PID Evaluation and Clinical Health (PEACH) study. Am J Obstet Gynecol. 2001;185(1):121-7.
- Steen R, Shapiro K. Intrauterine contraceptive devices and risk of pelvic inflammatory disease: standard of care in high STI prevalence setting. Reprod Health Matters. 2004;12(23):136-43
- Sims I, Stephenson J. Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what we need to know? Sex Transm Inf. 2000;76:80-7.
- Espinoza K, Chumbe O, Castillo L, Melgar-ejo M, Orderique L. Prevención de la infección pélvica posterior a la aspiración manual endouterina. Ginecol Obstet (Perú). 1997;43:326-8.
- Erny R, Porte H. Sexually transmitted diseases (STD) and contraception. Fertil Contracept Sex. 1989;17(6):503-8
- Simms I, Warburton F, Westrom L. Diagnosis of pelvic inflammatory disease: time for a rethink. Sex Transm Infect. 2003;79:491-4
- Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA, Lavreys L, et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: Results from a prospective study. Am J Obstet Gynecol. 2001;185(2):381-5.
- Molander P, Finne P, Sjöberg J, Sellors J, Paavonen J. Observer agreement with laparoscopic diagnosis of pelvic inflammatory disease using photographs. Obstet Gynecol. 2003;101:875-80.
- Córdova D, La Zota R. Hallazgos laparoscópicos en pacientes con dolor pélvico crónico HNAL 1997-2001. Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002. 35pp.
- Alfaro L. Laparoscopia en dolor pélvico crónico en el Hospital Arzobispo Loayza entre enero de 1985 y diciembre del 1989. Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002. 46pp.