



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



Facultad de Medicina

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA N o 4 “LUIS CASTELAZO
AYALA”

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA DR. OCAÑA VICTORIA JORGE ALBERTO

TUTOR DRA. CRISTINA JIMÉNEZ MEDRANO

MÉXICO D.F. AÑO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 4
“LUIS CASTELAZO AYALA”
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

P R E S E N T A:

DR JORGE ALBERTO OCAÑA VICTORIA

INVESTIGADORES:

DR JORGE ALBERTO OCAÑA VICTORIA RESIDENTE DE CUARTO AÑO GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA UMAE N 4 LUIS CASTELAZO AYALA TELÉFONO 22340654 CORREO
ELECTRÓNICO: estetoscopio525@ hotmail.com

ASESOR DRA. CRISTINA JIMÉNEZ MEDRANO MÉDICO BASE HGO 4 LUIS CASTELAZO AYALA

CORREO ELECTRÓNICO: cjmedrano@hotmail.com

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD MEDICA DE ALTA
ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No 4 “LUIS CASTELAZO AYALA”

**CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA**

Registro del Comité Local de Investigación R -2012 -3606 – 18

Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez Director

Dr. Juan Carlos Martínez Chequer Director de Educación e Investigación en Salud

Dr. Sebastián Carranza Lira Titular curso Ginecología y Obstetricia

Dra. Cristina Jiménez Medrano Médico de base

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Cristina Jiménez Medrano con cariño y admiración por su apoyo incondicional durante mis años de formación como especialista y durante este trabajo.

Al Doctor Juan Carlos Martínez Chequer por su apoyo, orientación y enseñanza durante mi residencia.

A todos los médicos de base de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No 4 “Luis Castelazo Ayala” quienes influyeron en mi, aportando sus conocimientos y experiencias día con día, quienes me formaron como especialista , como médico y como ser humano , sin palabras para expresar mi agradecimiento

A mis compañeros residentes de menor y mayor jerarquía con quienes pasamos tantas experiencias, enseñanza y tiempo juntos en el hospital.

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado a toda mi familia con respeto y admiración principalmente a Jorge, Beatriz, Susuky, Carlos, Liliana y Anni, quienes con paciencia y amor, me dieron ánimos todos los días y me contagiaron de entusiasmo y alegría para concluir mis estudios.

Con mucho cariño dedicado a Mariana Michelle la nueva integrante de la familia quién con su sonrisa y mirada alegran toda mi vida.

INDICE

I.	RESUMEN	7-8
II.	MARCO TEÓRICO	9-12
III.	JUSTIFICACIÓN	13
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
V.	OBJETIVOS	15
VI.	MATERIAL Y METODOS.	16
a.	LUGAR.	16
b.	DISEÑO.	16
c.	GRUPO DE ESTUDIO.	16
d.	TAMAÑO DE LA MUESTRA	16
e.	CRITERIOS DE SELECCIÓN.	16
f.	VARIABLES	16
g.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	17
VII.	ASPECTOS ÉTICOS.	18
VIII.	RECURSOS Y FINANCIAMIENTO	19
IX.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	20
X.	RESULTADOS	21-22
XI.	DISCUSIÓN	23
XII.	CONCLUSIONES	24
XIII.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	25-26
XIV.	TABLAS (1-5)	27-31
XV.	ANEXO 1 hoja de recolección de datos	32
	ANEXO 2 cronograma de actividades	33
	ANEXO 3 Guia de práctica clínica EPI (IMSS 072-08)	34

I. RESUMEN

Criterios de hospitalización en pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria.

Antecedentes: la enfermedad pélvica inflamatoria es un síndrome caracterizado por dolor abdominal bajo, flujo vaginal y que se presenta por la infección ascendente de gérmenes procedentes de 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 tuboovárico 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 (1). Dadas las repercusiones, es de vital importancia realizar el diagnóstico de manera oportuna para establecer el tratamiento adecuado, el significado de las secuelas de la enfermedad pélvica inflamatoria es la principal medida para el tratamiento estándar de la enfermedad (1). Tanto en el centro de control y prevención de las enfermedades (CDC-Atlanta) como en la guía de práctica clínica se recomienda iniciar manejo empírico con los criterios mínimos o de sospecha ya que favorece la disminución de las complicaciones, minimiza el riesgo de casos secundarios y acorta el curso de la enfermedad, el manejo puede clasificarse en ambulatorio e intrahospitalario.

La guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa (IMSS 072-08), establece los siguientes criterios para hospitalizar pacientes: sospecha de una emergencia quirúrgica, embarazo, falta de respuesta al tratamiento vía oral (después de 72 hrs de tratamiento), intolerancia al tratamiento oral, cuadro clínico grave, náusea o vómito, fiebre elevada, absceso tubo-ovárico (1)

El objetivo de este estudio es describir los criterios empleados para hospitalización en pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria.

Material y Métodos: se realizó un estudio de **revisión de casos** ya que se trata de un estudio observacional retrospectivo, transversal y descriptivo en el que se analizan los criterios de hospitalización en pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria. El estudio se realizó del mes de Enero al mes de Agosto del año 2012 en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia N 4 "Luis Castelazo Ayala" del IMSS, se revisaron los censos de los pisos diariamente en busca de pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria, se revisó el expediente clínico para determinar los principales criterios por los cuales se hospitalizaron a estas pacientes, de acuerdo a las guías de práctica clínica. También se describen los principales hallazgos ultrasonográficos sugestivos de enfermedad pélvica inflamatoria, así como el reporte de la cuenta leucocitaria por mm³ en el momento de la hospitalización del paciente. Todos los datos fueron anotados en hoja de recolección (anexo 1), para posteriormente analizar los resultados con pruebas de estadística descriptiva, para lo cual se calcularon medidas de tendencia central y dispersión (frecuencias, medias, medianas). En cuanto a los **Recursos e infraestructura** se contó con el servicio de Archivo y los expedientes clínicos de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria del hospital de ginecología y obstetricia # 4 Luis Castelazo Ayala, el servicio de ultrasonografía proporcionó información sobre las imágenes compatibles con enfermedad pélvica inflamatoria, el servicio de laboratorio realizó el análisis de la cuenta leucocitaria en la biometría hemática (fórmula blanca). Se cuenta con **La guía de práctica clínica del IMSS sobre Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa (IMSS-072-08)** que se utiliza como referencia de criterios de hospitalización. El estudio es factible ya que no

representa riesgo invasivo para la paciente al ser un estudio retrospectivo y tomar los datos del expediente clínico, se encuentra alineado a los criterios de investigación y ética.

Resultados: Como se muestra en la tabla cuatro, un bajo porcentaje de pacientes hospitalizadas con diagnóstico de EPI justifica su internamiento de acuerdo a la GPC, siendo las causas más comunes pacientes con urgencia quirúrgica que no puede ser excluida, enfermedad grave, fiebre alta, náusea o vómito, intolerancia a la vía oral (tabla 4).

Discusión: En base a los criterios empleados para hospitalizar a pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia N 4 “Luis Castelazo Ayala” solo un 15.7% se apegaron a la GPC, cifra que evidencia el incumplimiento hacia la GPC referida, lo que repercute en el costo de la atención y generando una pérdida económica para el instituto.

Conclusiones: Los criterios empleados para hospitalizar a pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria, no justifican su internamiento en su mayoría. Existe un bajo apego a la guía de práctica clínica de enfermedad pélvica inflamatoria en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia N 4 “Luis Castelazo Ayala”.

II. MARCO TEÓRICO

La Guía de práctica clínica sobre Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa (IMSS-072-08) la define como un síndrome caracterizado por dolor abdominal bajo, flujo vaginal y que se presenta por la infección ascendente de gérmenes procedentes de 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 tuboovárico y peritonitis. La CDC la define como: un espectro de trastornos inflamatorios del tracto genital de la mujer superior, incluyendo cualquier combinación de endometritis, salpingitis, abscesos tubo-ováricos, y peritonitis pélvica. **Epidemiológicamente** en nuestro país se reporta prevalencia de 13.7% y 14.3% para IgG e IgA respectivamente para la detección de *Neisseria Gonorrhoeae*, prevalencia de 11.4 y 4.4% para IgG e IgA respectivamente para la detección de *Chlamydia* con un incremento sustancial hasta del 31.2% y 25%, de detección de anticuerpos IgG para *NG* y *CT* respectivamente en población de riesgo. (1). **Entre los factores de riesgo** para la infección pélvica, esta 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 (1). Los principales factores de riesgo para EPI son 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 EPI. **En relación al espectro de la enfermedad y cuadro clínico**, la presentación puede ser subclínica, infección asintomática a infección grave que puede amenazar la vida. Entre los datos clínicos de enfermedad inflamatoria pélvica se encuentran: dolor abdominal bajo (90%), leucorrea (70%) sangrado transvaginal anormal (40%), fiebre y al examen bimanual el dolor uterino, anexial y a la movilización del cérvix, sin embargo ningún síntoma es estándar de oro para diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria. La infección puede ser subclínica infección asintomática, infección grave que amenazan la vida, las secuelas incluyen dolor pélvico crónico, embarazo ectópico e infertilidad (2). Los síntomas más comunes son: dolor abdominal (90%), leucorrea (70%), y sangrado irregular (40%), y el 30% de los pacientes presentan antecedentes de dispositivo intrauterino. (4). La enfermedad pélvica inflamatoria se clasificó por Monif desde 1982 de acuerdo a la gravedad de hallazgos clínicos, esta clasificación fue modificada por el grupo de trabajo (GPC), ya que la original la describe con la posibilidad de presentar datos de abdomen agudo, lo cual se considera debe requerir manejo especializado. El Grado 1 (leve) no complicada: sin masa anexial ni datos de abdomen agudo ni irritación peritoneal. Grado 2 (moderada) complicada con presencia de masa anexial o absceso que involucra trompas y ovarios con o sin signos de irritación peritoneal, el grado 3 (severa) es diseminada a estructuras extrapélvicas absceso tubo-ovárico roto, pelviperitonitis, o con datos de respuesta inflamatoria sistémica. (4). **El diagnóstico clínico** de la enfermedad pélvica inflamatoria tiene un valor predictivo positivo de un 65% comparado con un 90% con laparoscopia. (3)

La CDC propone los siguientes criterios para realizar el diagnóstico:

Los criterios mínimos están presentes en el examen pélvico

Criterios mínimos:

- dolor a la movilización cervical
- dolor a la palpación uterina
- dolor a la palpación de anexos.

Uno o más de los criterios adicionales pueden ser usados para aumentar la sensibilidad de los criterios mínimos de la enfermedad pélvica inflamatoria.

- Temperatura oral >101° F (>38.3° C)
- descarga mucopurulenta cervical o vaginal anormal
- Presencia de abundante numero de leucocitos en fluidos vaginales o solución salina al microscopio
- Elevación de velocidad de sedimentación eritrocitaria
- Elevación de proteína c reactiva
- Documentación por laboratorio de infección cervical con *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*.

Los criterios definitivos de enfermedad pélvica inflamatoria son .

- evidencia histopatológica de endometritis en biopsia endometrial,
- ultrasonografía transvaginal o técnicas similares que muestren inflamación en tubas uterinas con o sin liquido libre en cavidad
- hallazgos laparoscópicos de tumefacción y eritema de la tubas uterinas (2, 4).

La guía de práctica clínica sobre Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa (IMSS 072-08), establece a su vez los siguientes:

Caso sospechoso: dolor pélvico con uno o más criterios en el exámen pélvico:

- Dolor a la movilidad del cérvix
- Con riesgo de enfermedad de transmisión sexual
- Dolor anexial.

Caso definitivo: toda mujer que presente dolor abdominal con o sin síntomas agregados y cultivo de secreción positivo a: *Neisseria Gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma Urealyticum*, Gram negativos, anaerobios, estreptococo (1). Dadas las repercusiones, es de vital importancia realizar el diagnóstico de manera oportuna para establecer el tratamiento adecuado. El significado de la secuelas de la enfermedad pélvica inflamatoria es la principal medida para el tratamiento estándar de la enfermedad . (1) Tanto en la CDC como en la guía de práctica clínica se recomienda iniciar manejo empírico con los criterios mínimos o de sospecha ya que favorece la disminución de las complicaciones, minimiza el riesgo de casos secundarios y acorta el curso de la enfermedad. El manejo puede clasificarse en ambulatorio e intrahospitalario.

La guía de práctica clínica (IMSS 072-08) establece los siguientes criterios para hospitalizar pacientes:

- Sospecha de una emergencia quirúrgica
- Embarazo
- Falta de respuesta al tratamiento vía oral (después de 72 hrs de tratamiento).
- Intolerancia al tratamiento oral
- Cuadro clínico grave
- Nausea o vómito
- Fiebre elevada
- Absceso tubo-ovárico (1)

La CDC establece los siguientes criterios para hospitalización:

- Emergencia quirúrgica (por ejemplo: apendicitis) que no puede ser excluida.
- La paciente está embarazada.
- La paciente no responde al antimicrobiano vía oral
- La paciente tiene una enfermedad severa, náusea y vómito; o fiebre elevada o
- La paciente tiene un absceso tubo-ovárico (4).

Aunque el diagnóstico de la enfermedad pélvica inflamatoria es básicamente clínico, sin embargo se necesita obtener información adicional para establecer el diagnóstico de especificidad. El manejo ambulatorio se inicia al confirmarse los criterios mínimos que son clínicos, de esta manera el tratamiento oportuno evita las complicaciones y secuelas de esta patología. Otro porcentaje de pacientes necesitan ser hospitalizadas para su tratamiento, existen guías de práctica clínica en las que ya están bien definidos los criterios para hospitalizar a pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria. No todas las pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria deben ser hospitalizadas ya que esto genera un costo innecesario para las instituciones de salud.

Para realizar el diagnóstico se debe de realizar un diagnóstico diferencial de la enfermedad pélvica inflamatoria entre estas tenemos apendicitis, embarazo ectópico y tumor anexial. Se deben tomar en cuenta los antecedentes ginecoobstétricos relevantes (embarazo, parto reciente, aborto, fecha de última menstruación, presencia de plastrón abdominal datos de irritación peritoneal), para orientar sobre la sospecha diagnóstica de las entidades que cursan con dolor abdominal bajo en mujeres con vida sexual activa se encuentran las siguientes: apendicitis aguda, embarazo ectópico, dolor funcional del periodo periovulatorio, tumores de anexos y endometriosis. En todo paciente con dolor abdominal se deben buscar datos clínicos de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), o inestabilidad hemodinámica como signos de alarma. En las manifestaciones clínicas del SRIS deben buscarse temperatura mayor de 38°C, o menor de 36°C, taquicardia y taquipnea, paraclínicamente leucocitosis con neutrofilia.(4). Se está prestando mayor atención a la contribución de la llamada EPI atípica o silente en el desarrollo de lesiones tubáricas permanentes e infertilidad. La EPI puede ocasionar absceso tubo-ovárico roto o pelviperitonitis, con datos de respuesta inflamatoria sistémica. El tratamiento empírico debe ser iniciado en mujeres con criterios mínimos positivos, ya que el tratamiento oportuno evita secuelas reproductivas. El tratamiento empírico debe cubrir un espectro amplio de patógenos. En mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria leve a moderada de severidad, se puede dar una terapia a corto o largo plazo similar.(1) Ya que la terapéutica parenteral y oral han mostrado eficacia similar, sin diferencia en la tasa de recurrencia de enfermedad pélvica inflamatoria, ni en la tasa de embarazo ectópico; el tratamiento oral se considera para mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica leve a moderada. Se deben de citar a las 72 hrs en caso de falla al tratamiento se deben hospitalizar para revaloración diagnóstica y terapéutica. El tratamiento parenteral se indica en mujeres con EPI moderada con falla al tratamiento y pacientes con intensidad grave (4)

El manejo antimicrobiano intrahospitalario establecido por la CDC es el siguiente:

RÉGIMEN A:

- Cefotetan 2g IV c/12 hrs ó Cefoxitina 2 g IV c/6 hrs + Doxiciclina 100mg IV o VO c/12 hrs.

RÉGIMEN B:

- Clindamicina 900 mg IV c/8 hrs + Gentamicina dosis de inicio (2mg/kg peso corporal) dosis de mantenimiento (1.5mg/kg de peso corporal) cada 8 hrs.

ALTERNATIVAS PARENTERALES:

- Ampicilina +sulbactam 3 g IV c/6 hrs+ Doxiciclina 100 mg IV o VO c/12 hrs.

Además de los tratamientos anteriores sugeridos por las guías, se recomienda tratar a las pacientes hospitalizadas con EPI de acuerdo a **La Guía de práctica clínica sobre Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa (IMSS-072-08)** con los siguientes:

- **Ceftriaxona 250 mg IM + Doxiciclina 100mgc/12 hrs VO por 14 días.**
- **Clindamicina 900 mg IV + Amikacina (20mg x Kg IV o IM c/24 hrs). (La Amikacina como alternativa de la gentamicina).**

La antibioterapia parenteral debería cambiarse a tratamiento oral a las 72 horas, si existe una mejoría clínica clara y sustancial (por ejemplo, descenso de la fiebre, disminución de la hipersensibilidad abdominal, anxial y uterina, desaparición del rebote y del dolor a la movilización cervical. Las pacientes que no mejoran en este tiempo, necesitan otras pruebas diagnósticas, intervención quirúrgica o ambas. El tratamiento parenteral debe continuarse hasta 24 hrs después de la mejoría clínica y completar el tratamiento vía oral por 14 días. La cuestión de hospitalizar a una paciente o no, es controversial. Algunos especialistas consideran que las mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria deben ser tratadas intrahospitalariamente para recibir manejo parenteral, sin embargo estudios demuestran que en enfermedad pélvica inflamatoria moderada la terapéutica no hospitalaria provee resultados similares a corto y largo plazo. Estudios más limitados apoyan sobre el tratamiento intrahospitalario en mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria severa, estas pacientes deben de ser revaloradas a las 72 hrs de tratamiento si no hay mejoría el diagnostico de enfermedad pélvica inflamatoria debe ser reconsiderado (5). No hay evidencia que sustente o que sugiera el beneficio en las adolescentes al hospitalizarse para tratamiento de enfermedad pélvica inflamatoria. La decisión de hospitalizar a una adolescente con enfermedad pélvica inflamatoria debería ser basado en algunos criterios usados para pacientes más grandes . mujeres más jóvenes con enfermedad pélvica inflamatoria moderada tienen resultados similares con la terapia , la respuesta clínica en mujeres jóvenes es similar que con mujeres más grandes.(1)

III. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una patología que generalmente se diagnostica clínicamente por criterios mínimos de acuerdo a las guías de práctica clínica y de la CDC , sin embargo no todas las pacientes ameritan manejo intrahospitalario y en un menor porcentaje de estas se puede documentar la enfermedad con criterios de especificidad. Se estima que semanalmente se ingresan 10 pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria en el hospital, de tal suerte que la mayoría de pacientes hospitalizadas con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria no ameritan manejo intrahospitalario, y otro porcentaje son hospitalizado sin criterios para enfermedad pélvica inflamatoria, representando un costo innecesario para sistema de salud . Se hospitalizan mensualmente más de 200 pacientes con diagnóstico de EPI en las que se inicia manejo antimicrobiano , sin embargo generalmente no se realizan estudios en estas pacientes con los cuales se pueda establecer el diagnóstico y tratamiento enfocado a los principales microorganismos que originan el cuadro. En México no contamos con estadísticas que muestren los principales criterios empleados para la hospitalización y apego a guías de práctica clínica de pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria, de aquí la necesidad del presente estudio. Los resultados obtenidos serán, comparados con la guía de práctica clínica **sobre Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa (IMSS-072-08)** y literatura mundial, para proponer acciones encaminadas a un mejor apego sobre la clasificación de pacientes que ameriten hospitalización y las que pueden ser manejadas de manera ambulatoria.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Las infecciones pelvianas representan un problema importante en ginecología y obstetricia, por su frecuencia y por la posibilidad de determinar en ocasiones cuadros severos que pueden comprometer la vida de la paciente, ser causa de esterilidad o disminuir su potencial reproductivo. El espectro clínico de los procesos inflamatorios pelvianos es muy amplio y puede variar desde una enfermedad no complicada hasta cuadros septicémicos severos, cuyas características dependen de la ubicación topográfica y de la agresividad del germen patógeno. La historia clínica y el examen ginecológico orientan a un diagnóstico etiológico definido. El criterio clínico no es satisfactorio, y la identificación del agente patógeno es un problema debido a la falta de accesibilidad de los órganos pelvianos para la toma microbiológica directa. La CDC indica que el tratamiento empírico debe ser iniciado en mujeres jóvenes con vida sexual activa y en mujeres con factores de riesgo con dolor abdominal pélvico si no hay otra causa de enfermedad que pueda ser enfermedad pélvica inflamatoria y si uno o más de los criterios clínicos están presentes en la enfermedad inflamatoria como pueden ser: dolor a la movilización cervical, dolor a la palpación uterina o de anexos como criterios mínimos.

¿ Cuáles son los criterios utilizados para la hospitalización de pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria en el hospital de ginecología y obstetricia número 4 Luis Castelazo Ayala?

V. OBJETIVOS:

OBJETIVO PRINCIPAL

Describir los criterios empleados para hospitalizar a pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

Reportar el porcentaje de apego a la guía de práctica clínica para hospitalización de pacientes con diagnóstico de EPI.

Mostrar la indicación principal de manejo antimicrobiano intrahospitalario empleado a pacientes por EPI.

Demostrar la concordancia clínica- ultrasonográfica y clínica –laboratorio de EPI.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS:

Lugar: El estudio se realizó en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia N 4 “Luis Castelazo Ayala” del IMSS en el año 2012.

Diseño de estudio: Se realizó un estudio de **revisión de casos** ya que se trató de un estudio observacional retrospectivo, transversal y descriptivo en el que se analizaron los criterios de hospitalización de pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria.

Grupo de estudio y tamaño de la muestra: Se incluyó a todas las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria en el hospital de Ginecología y Obstetricia # 4 Luis Castelazo Ayala en el periodo comprendido del mes de Enero al mes de Agosto del año 2012.

De acuerdo a la guía de práctica clínica de enfermedad pélvica inflamatoria se consideraron los siguientes:

Variable independiente: los criterios de hospitalización para enfermedad pélvica inflamatoria de acuerdo a la guía de práctica clínica son los siguientes: sospecha de una emergencia quirúrgica, fiebre persistente o documentación de una bacteriemia, abdomen agudo o íleo persistente, embarazo, falta de respuesta a tratamiento oral, intolerancia al tratamiento oral, cuadro clínico severo, náusea o vómito, fiebre elevada, absceso tubo-ovárico, abdomen agudo, respuesta inflamatoria sistémica, inestabilidad hemodinámica.

Variable dependiente: enfermedad pélvica inflamatoria, que se define como: 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 mujeres con prácticas sexuales de riesgo con un espectro de gravedad desde muy leve hasta letal, las secuelas incluyen dolor pélvico crónico, embarazo ectópico e infertilidad.(1)

Criterios de inclusión: mujeres hospitalizadas con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria.

Criterios de exclusión: Mujeres hospitalizadas con más de 2 diagnósticos de tipo infeccioso, entre ellos enfermedad pélvica inflamatoria.

Criterios de eliminación: Pacientes en las que se encuentre la información incompleta. Se utilizan tablas de 2x2 para identificar la concordancia entre las variables del estudio: clínica- ultrasonográfica y de clínica-laboratorio (tabla 5).

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

En el estudio se revisaron los censos de los pisos diariamente en busca de pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria en los meses de Enero-Agosto del año 2012 en la UMAE No 4 Luis Castelazo Ayala del IMSS. Fueron incluidas todas las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria, se revisó el expediente clínico y se determinó los principales criterios por los cuales se hospitalizaron a estas pacientes, se identificó la concordancia de acuerdo a las guías de práctica clínica de Enfermedad Pélvica Inflamatoria, se analizó las descripciones ultrasonográficas de las imágenes sugestivas de enfermedad pélvica inflamatoria, así como el análisis de laboratorios BH(Fórmula blanca) cuenta leucocitaria en el momento de la hospitalización de la paciente , como parámetro de infección. Se utilizaron tablas de 2x2 (tabla 5) para identificar la concordancia entre las variables de estudio (clínica- ultrasonografica y clínica- laboratorio), se utilizaron hojas de recolección de datos (anexo 1), los resultados se analizaron en el mes de octubre 2013, en base a estadística descriptiva para lo cual se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión (frecuencia , media, mediana).

VII. ASPECTOS ÉTICOS:

El estudio se sometió a la evaluación del Comité Local de Investigación y Ética de la investigación en Salud el cual lo autorizó y otorgó el registro R-2012-3606-18.

VIII. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Se contó con los expedientes de la población hospitalizada con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria del hospital de ginecología y obstetricia No 4 Luis Castelazo Ayala, para el análisis de datos acerca de los principales signos y síntomas por los cuales acudieron al hospital y la principal indicación para manejo intrahospitalario. Se contó con el servicio de ultrasonografía para corroborar hallazgos compatibles con enfermedad pélvica inflamatoria; así como del servicio de laboratorio para la realización de la fórmula blanca .

Se cuenta con **La Guía de práctica clínica sobre Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa (IMSS-072-08,** como referencia de criterios de hospitalización.

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Septiembre 2013	Septiembre 2013	Octubre 2013	Octubre 2013	Noviembre 2013	Diciembre 2013	Enero 2014
Búsqueda de bibliografía y elaboración de protocolo	XXXX						
Solicitud de registro y presentación del proyecto	XXXX						
Recolección de datos	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Análisis de los resultados						XXXX	XXXX
Entrega de tesis impresa							XXXX

X. RESULTADOS

CARÁCTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

El presente estudio se realizó con un total de 69 expedientes clínicos de pacientes hospitalizadas por enfermedad pélvica inflamatoria, que cumplieron con los criterios de selección, las características generales de la población se muestran en la tabla 1. Evidenciaron que la población en estudio que fue internada con el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria se encontraba predominantemente en la cuarta década de la vida, con sobrepeso (IMC promedio 26.2), antecedente de 3 embarazos y sin internamientos previos. Las comorbilidades asociadas al momento del ingreso fueron de seis diferentes diagnósticos, siendo el principal reportado el sangrado uterino anormal atribuible a una posible miomatosis uterina (tabla 1).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

Como se puede observar, el dolor a la palpación uterina bimanuales el dato clínico mayormente referido al momento del diagnóstico seguido del dolor anexial a la palpación. El resto de los criterios clínicos adicionales y de certeza influyeron marginalmente como motivo de diagnóstico.

Las pacientes diagnosticadas con los criterios mínimos ameritan tratamiento, ya que con esto se favorece la disminución de las complicaciones, se minimiza el riesgo de casos secundarios y acorta el curso de la enfermedad. Los criterios adicionales se presentan en una tercera parte de la población los cuales vienen a aumentar la sensibilidad del diagnóstico, finalmente los criterios de especificidad encontrados solo en 2 pacientes (uno por biopsia y otros por Ultrasonografía) reflejan lo difícil que es establecer diagnóstico mediante este tipo de estudios sobre todo si en el consultorio no se cuenta con los medios o infraestructura adecuada, resaltando una vez más que el diagnóstico básicamente es clínico (tabla 2).

TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA EMPLEADA.

Tal y como se puede observar en la tabla 3 el tratamiento utilizado en aproximadamente 9 de cada 10 pacientes fue con la combinación de clindamicina y amikacina que es el recomendado como alternativa parenteral en la guía de práctica clínica, el uso de antimicrobianos se basa en la existencia y uso de medicamentos en cada institución. El tiempo promedio de uso intrahospitalario fue de dos días vía IV.

Existe manejo antimicrobiano en monodosis que es cuestionable ya que no se encuentra en ninguna guía de práctica clínica citada, así como el combinar 2 fármacos antimicrobianos del mismo espectro (tabla 3).

CONCORDANCIA DE VARIABLES

concordancia (pacientes %)	SI	NO
clínica - laboratorio :	18 (26%)	51 (74%)
clínica –ultrasonografica:	1 (1.4%)	68 (98.6%)

En el presente estudio se encontró una baja concordancia entre la sospecha clínica y de laboratorio, pero más bajo aún entre la concordancia clínica y ultrasonográfica.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Como se muestra en la tabla cuatro, un bajo porcentaje de pacientes hospitalizadas con diagnóstico de EPI justifica su internamiento de acuerdo a la GPC, siendo las causas más comunes pacientes con urgencia quirúrgica que no puede ser excluida, enfermedad grave fiebre alta, náusea o vómito, intolerancia a la vía oral (tabla 4).

XI. DISCUSIÓN:

En base a los criterios empleados para Hospitalizar a pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia N 4 “Luis Castelazo Ayala” solo un 15.7% se apegaron a la GPC, cifra que evidencia el incumplimiento hacia la GPC referida, lo que repercute en el costo de la atención y generando una pérdida económica para el instituto.

Todas las pacientes hospitalizadas fueron manejadas con antimicrobianos en su mayoría clindamicina y amikacina, no siendo necesario el manejo parenteral en la mayoría de los casos, además de algunos esquemas mal utilizados con sólo un antimicrobiano, y esquemas con doble antimicrobiano del mismo espectro, lo que refleja el desconocimiento por parte de algunos médicos adscritos sobre el abordaje de esta patología, generando recaídas y resistencia antimicrobiana.

No existen estudios acerca del porcentaje de apego a las guías de práctica clínica de EPI, de aquí la importancia de la investigación.

No existen estudios comparativos que nos reflejen los principales motivos para hospitalizar a las pacientes con diagnóstico de EPI en nuestro país respecto a las GPC, el presente estudio muestra un muy bajo porcentaje respecto a los criterios ya establecidos.

Podemos mejorar el servicio en este hospital, en el IMSS y demás dependencias de salud a nivel nacional, si nos apegamos a las guías de práctica clínica (GPC). La enfermedad pélvica inflamatoria como muchas otras patologías tienen terapéutica ambulatoria, no siendo necesario la hospitalización.

Si dejamos de hospitalizar a pacientes que no lo ameritan, tendríamos una mejor vigilancia y manejo en las pacientes que realmente lo necesitan.

De suma importancia recalcar que los médicos y especialistas en formación en este hospital de tercer nivel y de enseñanza conozcan a fondo las GPC para poder correlacionar la teoría y práctica, que se reflejará en mejores resultados con los pacientes

Se debería realizar una actualización y supervisión a los médicos adscritos o promoverse en las sesiones clínicas de cada Hospital la revisión de una guía de práctica clínica por semana para estar informados acerca del manejo de este tipo de enfermedades, ya que de ninguna manera se justifica el hospitalizar innecesariamente a un paciente, dar un mal tratamiento hospitalario, mal uso de los antimicrobianos, y generar gastos innecesarios para el paciente y el sistema nacional de salud.

XII. CONCLUSIONES:

1. Los criterios empleados para hospitalizar a pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia N 4 “Luis Castelazo Ayala” no justifican su internamiento en su mayoría.
2. Existe un bajo apego a la guía de práctica clínica de enfermedad pélvica inflamatoria en el HGO N 4 Luis Castelazo Ayala.
3. El mayor porcentaje de pacientes hospitalizadas con EPI, son manejadas adecuadamente en las primeras 48 hrs, no así durante su egreso.
4. La concordancia clínico –laboratorio y clínico –ultrasonografica de las pacientes hospitalizadas con EPI es baja.
5. El dar una terapéutica antimicrobiana inadecuada a una paciente con EPI condena a la paciente a resistencia antimicrobiana.
6. No se hace alusión en las notas médicas o indicaciones de egreso acerca de las recomendaciones y el manejo también de la pareja para evitar recaídas.
7. Necesitamos una mayor implementación y supervisión en los servicios clínicos para la utilización y correcta aplicación de las GPC.

XIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Alvarado LópezMarthel, Amador Licon Norma, De Anda Gómez Manuel et al. **Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.** México DF Octubre 2009. IMSS.
2. **CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines** Morbidity and Mortality Weekly Report, December 17, 2010 / Vol. 59 / Pág 63-67
3. Mary N. Hall, MD, Laura Leach, MLIS, CaroUnas **Which blood tests are most helpful in evaluating pelvic inflammatory disease** APRIL 2004 / VOL 53, NO 4 . The Journal of Family Practice 331 p'g 4-6
4. **Guía de referencia rápida diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.** IMSS México DF Octubre 2009.
5. Bruce G. Trigg, MDa,b Peter R. Kerndt, MD, MPHc,d, . **Sexually Transmitted Infections and Pelvic Inflammatory Disease in Women** Clínicas de Norteamérica 2008
6. R. Quentina, J. Lansacb **Enfermedad inflamatoria pélvica: tratamiento médico** European Journal of Obstetrics y Gynecology and Reproductive Biology (Ed. Española) 2001; 1: 104-107
7. Susan M. Lareau, MD, Richard H. Beigi, MD. **Pelvic Inflammatory Disease and Tubo-ovarian Abscess** (2008) pág. 693–708
8. Novak Berek Jhonathan **GINECOLOGIA** de S., Ed. Mc Graw- Hill Interamericana, 12 Edición. Pag 435-438.
9. Zaldívar A, Calderón E, Arredondo JL. **Enfermedad pélvica inflamatoria. En: Infectología Perinatal** .1a edición. Editorial Trillas, México 1991.
10. Hollblad-Fadiman K, Goldman SM.. **American College of Preventive Medicine practice policy statement: screening for Chlamydia trachomatis** Am J Prev Med 2003;24:287–92
11. Hessol NA, Priddy FH, Bolan G, et al. **Management of pelvic inflammatory disease by primary care physicians: a comparison with Centers for Disease Control and Prevention guidelines.** Sex Transm Dis 1996;23:157–63.
12. James Drife, Magowan Brian A. **Clinical obstetrics and gynecology.** United Kingdom: Elsevier Health Sciences; 2004. Pág 119.
13. . Ness RB, Hillier SL, Kip KE, et al. **Bacterial vaginosis and risk of pelvic inflammatory disease** Obstet Gynecol 2004; pág: 761–9.
14. 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.
15. Scholes D, Stergachis A, Heidrich FD, et al. **Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection.** N Engl J Med 1996;334:1362- 1366
16. 18.- Lehtinen M, Laine S, Heinonen PK, et al. **Serum C-reactive protein determination in acute pelvic inflammatory disease.** Am J Obstet Gynecol 1986; 154:158-159.

17. Wasserheit JN, Bell TA, Kiviat NB, et al.
Microbiological causes of proven pelvic inflammatory disease and efficacy of clindamycin and tobramycin. Ann Intern Med 1986;104:187–93.
18. Sweet RL, Schachter J, Landers DV, et al.
Treatment of hospitalized patients with acute pelvic inflammatory disease: comparison of cefotetan plus doxycycline and cefoxitin plus doxycycline. Am J Obstet Gynecol 1988;158:736–43.
19. Cotch MF, Pastorek JG II, Nugent RP, et al.
Trichomonas vaginalis associated with low birth weight and preterm delivery. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. Sex Transm Dis 1997;24:353–60.2 nb
20. Sweet RL, Schachter J, Robbie MO.
Failure of beta-lactam antibiotics to eradicate Chlamydia trachomatis in the endometrium despite apparent clinical cure of acute salpingitis. JAMA 1983;250:2641–5.

TABLAS :

Tabla 1 Características generales de la población

Características generales	n=69
Edad(años)	36 (18 a 55 años)
Peso (kg)	71 (54-102)
Talla (cm)	166 (148-174)
Gestas	3 (0-6)
Hospitalizaciones previas	2/69 (1-2 días).
Pacientes con una comorbilidad asociada al ingreso (No pacientes) 24/69(35.7%)	
comorbilidad	pacientes
DM2	3
SUA/miomas	9
IVU	8
Quiste Ovario derecho	2
DIU traslocado	1
Probable perforación uterina	1

Tabla 2. **CRITERIOS DE ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA**
(CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines Morbidity and Mortality Weekly Report,
December 17, 2010).

critérios clínicos (mínimos)	critérios adicionales	critérios de certeza
Dolor a la movilización Cervical: 30 pacientes. (42.8%)	Temperatura oral (>38.3° C 4 pacientes (5.7%).	Biopsia de endometrio con evidencia histopatológica de endometritis. 1 paciente (1.4%)
Dolor a la palpación uterina : 63 pacientes (90%)	Descarga mucopurulenta cervical o vaginal anormal: 23 pacientes (32.8%)	ultrasonido transvaginal que sugiera enfermedad pélvica. 1 paciente (1.4%) se realizó USG endovaginal y/o pélvico a las 70 pacientes , de las cuales sólo 1 presenta como resultado imagen de absceso tuboovarico derecho de 17x14 mm, siendo las otras sin datos sugestivos de EPI.
Dolor a la palpación de anexos: 43 pacientes (61.4%)	Presencia de abundante número de leucocitos en fluidos vaginales o solución salina al microscopio: 0 pacientes, no se realizó ningún estudio de este tipo.	Anormalidades laparoscópicas consistentes con enfermedad pélvica inflamatoria: 0 No se realizó ningún estudio de laparoscopia en las pacientes
	Elevación de velocidad sedimentación eritrocitaria: 0 pacientes	
	Elevación de proteína c reactiva : 0 pacientes	
	Documentación por laboratorio de infección cervical con <i>N. gonorrhoeae</i> o <i>C. Trachomatis</i> : 0 pacientes	
RESULTADOS		
63 pacientes (90%)	23 pacientes (32.8%)	2 pacientes (2.8%)

Tabla 3 TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA INTRAHOSPITALARIA EMPLEADA

TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA EMPLEADA:	
Clindamicina 600mg ivc/8hrs + Amikacina 500mg iv c/12 hrs IV	61 pacientes (88.4%)
Clindamicina 600mg c/8 hrs iv + Metronidazol 500 mg c/8 hrs iv	1 paciente (1.4%)
Ciprofloxacino 400 mg iv c/12 hrs	1 paciente (1.4%)
Cefotaxima 1 g iv c/8hrs+Metronidazol 500mgc/8hrs iv	3 pacientes (4.2%)
Ciprofloxacino 400mg iv c/12 hrs +amikacina 500mg c/12hrs iv	1 paciente. (1.4%)
Ceftriaxona 1 g c/8 hrs iv (3 dosis total)	1 paciente (1.4%)
Clindamicina 600mg ivc/8hrs+eritromicina 500mg voc/8hrs	1 paciente (1.4%)

Tabla 4 Criterios de Hospitalización en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Pélvica Inflamatoria.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN	
CRITERIO	PACIENTES (No)
falla por falta de tratamiento posterior a 3 días	2
incapacidad o intolerancia para el manejo via oral	2
embarazo	0
enfermedad grave fiebre alta o vomito	2 pacientes
urgencia quirúrgica que no puede ser excluida	3 pacientes
fiebre persistente	2 pacientes
documentación de bacteremia	0
pacientes con HIV y tratamiento inmunosupresor	0
total	11 pacientes (15.7%)

Tabla 5 concordancia clinico - laboratorio y clínico –ultrasonografica.

Tablas de 2x2 para identificar la concordancia entre las variables de estudio (clínica, ultrasonográfica y de laboratorio) .

DATOS CLINICOS

		SI	NO
DATOS	SI		
USG	NO		

DATOS CLINICOS

		SI	NO
DATOS	SI		
Laboratorio	NO		

XIV. ANEXO 1: hoja de recolección de datos

NOMBRE:				NSS:			
EDAD:		PESO:		TALLA:		IMC:	
SIGNOS VITALES		TA:		FC:		FR: TEMP:	
G:	P:	A:	C:	Hospitalizaciones previas SI NO			
Patología asociada:				SI		NO	
¿Cuál?:							
Criterios clínicos (Mínimos) para inicio de terapéutica antimicrobiana							
1.- dolor a la movilización cervical (si) (no)							
2.- dolor a la palpación uterina (si) (no)							
3.- dolor a la palpación de anexos. (si) (no)							
CRITERIOS ADICIONALES:							
• Temperatura oral >101° F (>38.3° C); SI() NO()							
• Descarga mucopurulenta cervical o vaginal anormal, SI() NO()							
• Presencia de abundante numero de leucocitos en fluidos vaginales o solución salina al microscopio SI() NO()							
• Elevación de velocidad de sedimentación eritrocitaria SI() NO()							
• Elevación de proteína c reactiva SI() NO()							
• Documentación por laboratorio de infección cervical con <i>N. gonorrhoeae</i> o <i>C. trachomatis</i> . SI() NO()							
CRITERIOS DE CERTEZA							
• Biopsia de endometrio con evidencia histopatológica de endometritis. SI() NO()							
• ultrasonido transvaginal QUE SUGIRA ENFERMEDAD PELVICA SI() NO()							
• Anormalidades laparoscópicas consistentes con enfermedad pélvica inflamatoria SI() NO()							
CRITERIOS DE ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA							
MINIMOS SI() NO() ADICIONALES SI() NO() CERTEZA SI() NO()							
Resultado USG endovaginal:							
Resultado de laboratorio VALOR							
BH(Fórmula blanca): () Bandas:							
Terapéutica antimicrobiana empleada:							
TIEMPO DE TERAPEUTICA:							
INTERNAMIENTO PREVIO POR ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA SI() NO()							
TERAPEUTICA EMPLEADA:							

ANEXO 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Septiembre 2013	Septiembre 2013	Octubre 2013	Octubre 2013	Noviembre 2013	Diciembre 2013	Enero2014
Búsqueda de bibliografía y elaboración de protocolo	XXXX						
Solicitud de registro y presentación del proyecto	XXXX						
Recolección de datos	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Análisis de los resultados						XXXX	XXXX
Entrega de tesis impresa							XXXX