

TÍTOL DOCUMENT:	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA	
TIPUS DOCUMENT:	PROTOCOLO MÉDICO	
CODI DOCUMENT: GIN-PM-012	Estàndard:	Pàgina núm. 1 de 19

QUA-IM-004.Rev.07

GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

Periodicitat de revisió: 3 años

Responsable revisió: Dra. Carballas, Dra. Guri y Dra. Moreano

REVISIÓ	DATA REVISIÓ	DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS	AUTORS	VALIDAT PER	DATA VALIDACIÓ
01	10/2009	Edició del document	***	Sessió servei	10/2009
02	01/2018	Revisió	***	Sessió servei	01/2018
03	02/2023	Revisió	Gabriela Moreano	Sessió servei	30/04/2023

DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

DESTINATARI
Servicio de Ginecología y Obstetricia

QUA-IM-004.Rev.06

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Definición	3
3. Factores de riesgo	3
4. Agentes causales	4
5. Diagnóstico	6
5.1. Diagnóstico diferencial	8
6. Valoración de la gravedad / clasificación	8
7. Tratamiento	9
7.1 Manejo Ambulatorio	10
7.2 Manejo Hospitalario	11
8. Poblaciones especiales	14
9. Notificación y tratamiento de parejas sexuales	15
10. Algoritmo de manejo	16
11. Bibliografía	17

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

1. INTRODUCCIÓN

Se trata de una de las infecciones más frecuentes e importantes en las mujeres no embarazadas en edad reproductiva, y constituye un problema de salud pública por los costes directos e indirectos que provoca debido a sus manifestaciones clínicas y sus secuelas.

Aunque la mortalidad asociada a la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es baja (4.2 por 1000 pacientes hospitalizados), la enfermedad tiene una alta morbilidad, requiriendo un diagnóstico con alta sospecha clínica y un tratamiento que debe instaurarse precozmente para evitar las secuelas que pueden aparecer.

2. DEFINICIÓN

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) consiste en una inflamación e infección aguda del aparato genital superior femenino que afecta a alguna o a todas las estructuras que lo forman: endometrio (endometritis), trompas de Falopio (salpingitis), ovarios (ooforitis, abscesos tubo ováricos) y estructuras adyacentes (parametritis, pelvipéritonitis).

La adquisición de la infección es vía ascendente mediante transmisión sexual. Existe una clara relación entre EIP y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) de tal forma que comparten muchos de los factores etiopatogénicos.

3. FACTORES DE RIESGO

Los siguientes factores de riesgo están relacionados con la EIP:

- Múltiples parejas sexuales: 4 o más en los últimos meses multiplican el riesgo por 3.
- Cambio reciente de pareja sexual (últimos 3 meses).
- Pareja sexual con ETS.
- Edad: La EIP tiene lugar con mayor frecuencia en mujeres de 15 a 25 años. Aunque en las últimas décadas existe un aumento en mujeres mayores de 40 años, en las que se trata sobre todo de formas complicadas asociadas a absceso pélvico.

El riesgo de reinfección por Chlamydia se multiplica por 8 si la primera infección tiene lugar antes de los 15 años y se multiplica por 5 si ésta tiene lugar entre los 15 y los 19 años, respecto a si la infección sucede a partir de los 30 años.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

- Episodio previo de ETS multiplica el riesgo por 2.
La población adolescente tiene mayor riesgo de recurrencia, sobre todo dentro de los primeros 3 años.
- No utilizar métodos anticonceptivos de barrera.
- Vaginosis bacteriana, multiplica el riesgo por 2.

Los métodos anticonceptivos de barrera están asociados con un descenso en el riesgo de adquirir ETS y EIP. Su utilización de forma correcta previene un 50% de las infecciones por Gonococo y Chlamydia.

Aunque clásicamente la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) se ha asociado con una mayor incidencia de EIP, el riesgo se limita a las primeras 3 semanas, estando el riesgo de adquirir una EIP inversamente relacionado con el tiempo.

En este sentido, la mayor diferencia entre el DIU y el preservativo sería que el DIU no protege frente a las EIP en cambio el preservativo sí.

Se acepta que la anticoncepción hormonal (AH) presenta un mayor riesgo de ETS, pero no se incrementan las tasas de EIP.

El riesgo de desarrollar una EIP a partir de *una cervicitis por chlamidiasis urogenital* baja es:

0-4% Pacientes asintomáticas de la población general

12-30% Pacientes sintomáticas o de riesgo (diagnosticada de otra ETS, compañero sexual sintomático, etc....)

Si realizamos seguimiento a portadoras asintomáticas de Chlamydia, al cabo de un año, en casi la mitad de los casos se produce un lavado natural de la infección y no se observa ningún caso de EIP.

4. AGENTES CAUSALES

La EIP es una infección polimicrobiana.

La Chlamydia y el Gonococo son los dos gérmenes que ocasionan juntos o por separado entre el 70 % y el 80% de todas las EIP. Aunque en un 25% a 50% de los casos no se documentan ninguno de estos dos patógenos.

Hay que distinguir los gérmenes de transmisión sexual de los gérmenes que pueden formar parte de la flora comensal del tracto genital inferior pero a su vez puede ser patógenos facultativos.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

Agentes patogenos principales
Germenes de transmisión sexual

- **Chlamydia trachomatis**
- **Gonococo**
- **Mycoplasmas (M. hominis, Ureaplasma urealyticum, M. genitalium)**

Gérmenes de la flora genital comensal

- **Grupo I: Flora habitual: lactobacilos**
- **Grupo II: Flora de origen digestivo**
- **Grupo III: Flora orofaríngea.**

La *Chlamydia trachomatis* (CT) es el patógeno potencialmente más perjudicial para las trompas de Falopio, a menudo responsable de secuelas tubáricas importantes e irreversibles. Las lesiones esclero-atróficas inducidas en la trompa no obedecen a una virulencia directa, sino a los procesos inmunoalérgicos locales que la CT desencadena a partir del sistema inmunitario local específico de la trompa, por intermediación de un complejo efector multifactorial (linfocitos T y B, citoquinas, factor de necrosis tumoral, proteínas de shock térmico, etc.). Tras la activación, estos mecanismos inmunitarios evolucionan por su cuenta, aunque un tratamiento eficaz erradique la CT.

Cuadro 1: Patógenos facultativos

Patógenos responsables de vaginosis bacteriana: *Mycoplasma hominis* i *Ureaplasma urealyticum*, *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* species, *Bacteroides* species, *Fusobacterium* y *Streptococcus agalactiae*

Patógenos gastrointestinales: *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Campylobacter* spp. Y *Streptococci* grupo B

Patógenos gastrointestinales: *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Campylobacter* spp. Y *Streptococci* grupo B

El *Mycoplasma hominis* y el *Ureaplasma urealyticum* son flora genital comensal, pero presentan un poder patógeno facultativo actuando sinérgicamente con otros agentes, especialmente junto a *Mycoplasma genitalium*, el cual nunca está presente como comensal y siempre debe considerarse patógeno.

La flora genital comensal, especialmente el grupo I, son un indicio de eutrofia vaginal mejorando las defensas inmunitarias locales.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

La mayoría de los comensales vaginales pueden ser la causa de una EIP en determinadas circunstancias:

- En caso de asociación a una infección de transmisión sexual que previamente habrá alterado las defensas inmunitarias locales.
- En caso de disminución de la inmunidad local (embarazo, HIV, atrofia tisular etc.)
- En caso de infección masiva las bacterias de los grupos II y III inician con más frecuencia una infección alta.
- Las diferentes técnicas endo-uterinas (histerosalpingografía, histerosonografía, histeroscopia, aspiración o legrado, colocación de un DIU, inseminaciones intrauterinas, etc.) pueden reactivar una infección pélvica latente.

Una colonización vaginal no es sinónimo de infección. Las muestras vaginales tienen un interés muy limitado ante la sospecha de una EIP.

El endocérnix y la cavidad uterina son estériles. Cualquier microorganismo aislado del aparato genital superior debe considerarse patógeno.

5. DIAGNÓSTICO

La EPI tiene formas de presentación muy variables, desde cuadros asintomáticos u oligo-sintomáticos hasta cuadros graves de abdomen agudo, con implicaciones reproductivas y de dolor pélvico crónico importantes.

Por lo que se tiene que considerar el diagnóstico ante la mínima sospecha clínica. A partir de aquí, se obtendrá información adicional para aumentar la certeza diagnóstica.

Debido a la falta de especificidad de sus síntomas y signos y, dadas las importantes secuelas crónicas a largo plazo que provoca la EIP está justificado el tratamiento antibiótico empírico cuando se reúnen los criterios mínimos, descritos a continuación. Para mejorar la especificidad, aunque disminuye la sensibilidad, es importante obtener al menos uno de los criterios adicionales.

Criterios diagnósticos:

1. **Sospecha:** aparición dolor abdominal y/o pélvico, que se intensifica durante las relaciones sexuales y/o durante esfuerzo físico. Acompañado de fiebre, náuseas o vómitos (afectación peritoneal). Dolor hipocondrio derecho por perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh Curtis).

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

2. **Criterios mínimos:** paciente que consulta por dolor abdominal que a la exploración presenta:
- Dolor a la movilización cervical
 - Dolor a la palpación uterina
 - Dolor a la palpación anexial.
3. **Criterios Dx adicionales:**
- Temperatura >38°C. Probable MIP complicada.
 - Leucocitosis.
 - VSG /PCR elevada.
 - Exudado endocervical anormal o cérvix friable
 - Cultivo cervical positivo para N. Gonorrhoeae o C.Trachomatis.
 - Diagnóstico histopatológico de endometritis en biopsia.
 - Diagnóstico por imagen: eco-Doppler, TC o RMN.
 - Hallazgos laparoscópicos.

Pruebas complementarias a solicitar:

Analítica laboratorio	Pruebas microbiológicas	Pruebas de imagen*:
<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Bioquímica general con PCR - Prueba de embarazo - Sedimento urinario y urocultivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Cultivo vaginal, endocervical y ETS - Hemocultivo si fiebre >38°C - Bx endometrial (NO rutinario) - Cultivo de DIU - Cultivo en laparoscopia 	<ul style="list-style-type: none"> - Ecografía Doppler transvaginal** - TAC y RMN en casos graves o de presentación atípica

**Las pruebas de imagen son de ayuda para el diagnóstico diferencial, sin embargo la ausencia de hallazgos ecográficos o radiológicos no excluye el diagnóstico.*

***Se debe realizar siempre que haya sospecha. En EIP no complicada los hallazgos son mínimos: engrosamiento parietal tubárico, dilatación y presencia de líquido en la trompa "signo de la rueda dentada", vascularización etc. La visualización de colección quística multiloculada con ecos internos o niveles resulta confirmativa para absceso. Es importante realizar la medición del diámetro máximo de este último.*

La laparoscopia es tanto prueba diagnóstica como tratamiento. Tiene una alta especificidad y alto valor predictivo positivo, pero una baja sensibilidad. Está indicada ante cualquier duda diagnóstica si no hay mejoría en 48-72 horas del inicio del tratamiento antibiótico, y en

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

las formas severas. Es obligatorio recoger muestras para cultivo. Es pronóstica al precisar la gravedad de las lesiones. Es terapéutica al permitir la adhesiolisis atraumática, el drenaje del absceso y el lavado de la cavidad pélvica.

En casos en que la laparoscopia no identifique alteraciones visuales de salpingitis, se procederá a realizar biopsia endometrial ya que la endometritis puede ser el único signo de EIP.

5.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los siguientes diagnósticos están dentro de los que hay que considerar como diagnóstico diferencial de EIP:

- Cervicitis simple. Dolor pélvico y leucorrea. La palpación de los fondos de saco laterales es poco o nada dolorosa.
- Endometriosis.
- Embarazo ectópico
- Enfermedad inflamatoria intestinal: colitis, diverticulitis, etc.
- Abdomen agudo quirúrgico:
 - o Torsión anexial
 - o Apendicitis
 - o Obstrucción intestinal
- Síndromes adherenciales si existen episodios previos de EIP o cirugía abdominal previa

6. VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD Y CLASIFICACIÓN

Se basa en el grado evolutivo de la enfermedad, en la sintomatología y en los datos recogidos en la exploración.

	Estadios	Hallazgo en LPC
Estadio I	Salpingitis aguda sin pelviperitonitis	Salpingitis leve: trompas congestivas, hiperémicas
Estadio II	Salpingitis y pelviperitonitis	Salpingitis moderada: trompas edematosas, congestivas. Presencia de adherencias y tábiques.
Estadio III	Absceso tubo-ovárico (ATO)	Salpingitis severa con presencia de abscesos tubo-ováricos. Anexo fijo.
Estadio IV	Ruptura del absceso	Líquido purulento cavidad

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

pélvico-abdominal

7. TRATAMIENTO

La enfermedad inflamatoria pélvica no deja de ser una infección polimicrobiana, en la cual hay que considerar un tratamiento de amplio espectro:

- N. gonorrhoeae: Cefalosporinas
- C. trachomatis: Tetraciclinas, macrólidos
- Bacterias Anaeróbicas: Metronidazol

Se debe iniciar tratamiento empírico ante toda paciente con sospecha de EIP, aunque los hallazgos sean sutiles o mínimos, dado el alto riesgo de complicaciones a largo plazo que supone el retraso en el inicio de tratamiento.

No se ha demostrado que algún régimen antibiótico sea superior a otro. Las tasas de curación clínica con el tratamiento antibiótico ambulatorio u hospitalario oscilan entre el 88 y el 99%, y las de curación microbiológica entre 89 y el 100%.

Es importante diferenciar la gravedad de la enfermedad y factores de riesgo de cada paciente de cara iniciar un manejo ambulatorio o intrahospitalario. Pacientes que cumplan los siguientes criterios requerirán ingreso hospitalario para iniciar tratamiento antibiótico endovenoso.

Criterios de ingreso hospitalario:

- Diagnóstico incierto que no permita excluir patología quirúrgica urgente.
- Embarazo
- Absceso tubo-ovárico
- Infección con criterios de severidad: mal estado general, náuseas, vómitos, signos de irritación peritoneal, fiebre $>38.5^{\circ}\text{C}$, leucocitosis $>12\ 000$ y/o bandas inmaduras $>10\%$.
- Incapacidad de tolerar o seguir tratamiento vía oral
- Fallo de respuesta clínica al tratamiento antibiótico ambulatorio.

Por lo tanto, estadios II en adelante, que presenta signos de irritación peritoneal, requerirán manejo intrahospitalario.

Por otra parte, estadios I con algún criterio previo o que no muestren mejoría clínica en 48-72 horas se deberá realizar la admisión hospitalaria.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

7.1 MANEJO AMBULATORIO

Se recomienda a las pacientes sin criterios de ingreso hospitalario realizar:

- Reposo relativo
- Analgesia
- Antibioticoterapia: remitirse al Cuadro 3.
- Evitar mantener relaciones sexuales hasta completar tratamiento antibiótico, resolución de los síntomas y que su(s) pareja(s) sexual(es) haya(n) sido tratada(s).
- Explicar implicaciones futuras de enfermedad: 10%-20% pueden ser infértiles, 40% pueden desarrollar dolor pélvico crónico, 10% de las que conciben puede tener una GEU.
- Ofrecer a todas las pacientes estudio de ETS, incluyendo serología para sífilis, VIH y VHB, siempre con previa información y consentimiento.
- Estudio de Gonococo, Chlamydia y otras ETS a las parejas sexuales de los 3 meses previos a nivel ambulatorio (ASSIR) y tratamiento (Remitirse a apartado 9: Notificación y tratamiento de parejas sexuales).

Seguimiento ambulatorio:

- Se realizará un control clínico y analítico en 48-72 horas en urgencias maternal, realizando una exploración ginecológica, analítica con hemograma, coagulación y PCR, y ecografía transvaginal valorando la formación de abscesos.
En caso de no mejoría clínica, se realizará el ingreso hospitalario.
- Derivar a la paciente al ambulatorio para realizar la notificación universal de Chlamydia y Gonococo y estudio de contactos, y encadenar seguimiento posterior.
- Posteriormente realizar el siguiente control en un mes en su ambulatorio de zona (ASSIR).

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

7.2 MANEJO HOSPITALARIO:

Durante la hospitalización se iniciará la antibioticoterapia de forma inmediata (Cuadro 3), se mantendrá a la paciente en reposo, con analgesia endovenosa y se realizará estudio de ETS previo consentimiento de la paciente.

El tratamiento antibiótico endovenoso se mantendrá 24-48 horas posterior a la mejoría clínica de la paciente (afebril) y posteriormente se cambiará al tratamiento de mantenimiento vía oral por 14 días.

A considerar que la doxiciclina endovenosa está asociada con dolor durante su infusión por lo que debe ser administrada por vía oral cuando sea posible.

En caso de fiebre persistente, no mejoría analítica y/o empeoramiento clínico en las siguientes 48-72 horas se requiere una investigación más exhaustiva. Se debe considerar realizar una laparoscopia exploradora (o drenaje) con toma de cultivos, adhesiolisis quirúrgica y lavado con abundante con solución fisiológica caliente. Paralelamente se valorará repetir la ecografía, reevaluar el tratamiento antibiótico y diagnósticos alternativos.

Estas pautas antibióticas deben ser cambiadas, de ser necesario, una vez se obtenga el resultado del antibiograma.

Cuadro 3: Régimen antibiótico	
AMBULATORIO: Estadio I extrahospitalario	HOSPITALIZACIÓN: Estadio II a IV
Ceftriaxone 1g IM DU + Doxiciclina 100 mg vo c/12h por 14 días + Metronidazole 500 mg vo c/12h por 14 días.	<ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona (1 g ev c/24 h) + Doxiciclina (100 mg vo or iv c/12h) + Metronidazol (500 mg vo or ev c/12 h) o - Cefoxitina (2g ev c/6h) + Doxiciclina (100 mg vo or ev c/12 h) o - Cefotetan (2g ev c/12h) + Doxiciclina (100 mg vo or ev c/12h) <p>Mantenimiento → Doxiciclina 100 mg c/12 h + Metronidazol 500 vo c/12h hasta completar 14</p>

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

	días
<u>ALERGIA A PENICILINA:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Moxifloxacino 400 mg vo c/24h o - Levofloxacino 500 mg vo DU + Metronidazol 500 mg c/12h por 14 días o - Azitromicina 2 g por vía oral, en dosis única + Metronidazol 500 mg/12 h por vía oral por 14 días + Gentamicina 240 mg im DU 	<u>Regímenes alternativos parenterales:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Ampicilina Sulbactam 3 g IV c/6 horas más doxiciclina 100 mg vo o ev c/12 horas o - Clindamicina 900 mg ev c/ 8 h más Gentamicina 3-5 mg/kg diario ev. <p>Mantenimiento: - Clindamicina 450 mg vo c/6h hasta completar 14 días</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doxiciclina 100 mg c12h + Metronidazol 500 mg c/12h hasta completar 14 días
<u>Lactancia:</u> Ceftriaxona 1 g vía intramuscular en dosis única + Azitromicina 1 g DU +/- Metronidazol 500 mg/12 h vía oral durante 14 días.	<u>Embarazo:</u> Ceftriaxona (1 g ev c/24 h) + Azitromicina 1 g DU + Metronidazol (500 mg vo or ev c/12 h)

Otros tratamientos alternativos:

En casos graves o que cumplan criterios de sepsis se puede considerar los siguientes regímenes antibióticos:

- Piperacilina/tazobactam 4/0,5 g e.v./ 8h + Doxiciclina 100 mg e.v. o v.o./ 12 h x 14 d.
- Meropenem 1 g cada 8 horas + Doxiciclina 100 mg ev o v.o./ 12 h por 14 días.

- En alérgicos a betalactámicos y contraindicación para utilización de aminoglucósidos se puede valorar la utilización de Aztreonam 1 g / 8h ev.

- Absceso tubo ovárico (ATO):

Los ATO se presentan en 10-15% de los casos de EIP, y pueden a su vez romperse en un 15% y ocasionar sepsis en un 10-15%. Pueden originarse del tracto genital inferior, pero también pueden asociarse a diverticulitis, apendicitis y problemas del tracto gastrointestinal. Su tratamiento de elección es la antibioticoterapia. Sin embargo, en 20-

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

25% de casos no responden a antibioticoterapia y requieren intervenciones quirúrgicas. Existe mayor evidencia que apoya la intervención temprana dentro de las primeras 24-48h, ya que las pacientes intervenidas de forma temprana tienen una rápida resolución de fiebre, menos días de hospitalización, ratios de resolución radiológica en 6 meses más elevados y menos complicaciones postoperatorias (35,1% vs 9,1%).

En caso de abscesos de tamaño mayor o igual a 8 cm se iniciará tratamiento antibiótico y se realizará en las primeras 12-24 horas drenaje transvaginal eco guiado o percutáneo guiado por TC si son accesibles y, en el caso de que no lo sean, se realizará cirugía vía laparoscópica lo más conservadora posible, teniendo en cuenta la edad y el deseo gestacional de la paciente.

La colpotomía posterior ha sido ampliamente utilizada pero presenta una alta tasa de complicaciones, especialmente intestinales, por lo que hoy está restringida a pacientes con abscesos en línea media adheridos al peritoneo pélvico que disecan el tabique rectovaginal con un gran abombamiento en Douglas.

Hemodinamicamente estable	Signos de sepsis y/o rotura de absceso (estadio IV)
<p>Manejo antibiótico, evitar tratamiento quirúrgico siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemodinámicamente estables sin signos de rotura de absceso que se mantiene durante todo el tratamiento. - Mejora clínica durante tratamiento - Absceso <7-8 cm en diametro* <p>* Valoración individual de cada caso (deseo genésico, adherencias sugestivas, cirugías previas...)</p>	<p>Tratamiento quirúrgico inmediato + antibioticoterapia</p>

Al alta:

- Reposo en domicilio
- Analgesia
- Continuar antibioticoterapia.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

- Evitar mantener relaciones sexuales hasta completar tratamiento antibiótico, resolución de los síntomas y que su(s) pareja(s) sexual(es) haya sido tratada.
- Explicar implicaciones futuras de enfermedad
- Solicitar visita en ASSIR para estudio de contactos sexuales (pendiente implementar circuito). (Remitirse a apartado 9: Notificación y tratamiento de parejas sexuales).

Seguimiento al alta hospitalaria:

Primer control clínico y ecográfico a las 4 semanas posterior al tratamiento en donde se evaluará:

- Respuesta clínica adecuada
- Adherencia al tratamiento antibiótico oral
- Explicar la importancia de la enfermedad y sus secuelas.
- Repetir test de embarazo, si indicado.
- Repetir cribado de ETS sobre todo si N. Gonorrhoea y/o Chlamydia positivo, sobre todo si persisten los síntomas, existe una mala adherencia al tratamiento o posibilidad de persistir una infección recurrente por contactos sexuales persistentes de riesgo.
- Derivar a la paciente al ambulatorio para realizar la notificación universal de Chlamydia y Gonococo y encadenar seguimiento posterior (pendiente implementar circuito).

8. POBLACIONES ESPECIALES**Usuaris de DIU**

El uso de DIU no parece estar asociado con un riesgo mayor de EIP. El tratamiento antibiótico de esta enfermedad tampoco se ve afectado por el uso de DIUs, por lo que no se debe retirar en primera instancia a menos que la mujer ya no lo desee. En caso de retirarlo, es mejor realizarlo después de recibir 24 horas de antibioticoterapia. En caso de empeoramiento clínico en 48 a 72 horas se debe considerar su extracción.

Pacientes embarazadas :

LA EIP en el embarazo es una entidad rara, la infección puede ocurrir durante las primeras 12 semanas de gestación. Como se menciona previamente la gestación es una indicación de hospitalización y

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

requiere tratamiento antibiótico endovenoso con cefalosporinas de segunda generación y azitromicina 1g.

Pacientes con VIH

No se ha definido claramente diferencias entre las presentaciones de EPI en paciente VIH y no VIH. En últimos estudio se evidenció cuadros clínicos similares a excepción de que estas pacientes presentaban más ATO. Sin embargo, estas pacientes responden igual al tratamiento antibiótico que las pacientes no VIH, por lo que el régimen antibiótico es el mismo.

A destacar que estas pacientes tienen más infecciones concomitantes por estreptococos y M hominis.

9. NOTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE PAREJAS SEXUALES

Los contactos sexuales de los 90 días previos de las personas que padecen EIP tienen que ser evaluados, cribados y tratados para Chlamydia y Gonorrea a pesar de la etiología o patógenos aislados en el episodio de EIP. Instruir a las parejas de abstenerse de relaciones sexuales hasta finalizar ambos el tratamiento. Se derivará a los contactos sexuales a su ambulatorio de zona para realizar el tratamiento correspondiente (pendiente implementar circuito):

- Doxiciclina 100 mg vo / 12 h x 7 d (opcional: Azitromicina 1 g vo dosis única)+ Ceftriaxona 1g mg IM dosis única (Si alergia: Ofloxacino 400 mg vo dosis única).

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

DIAGNÓSTICO

Criterios diagnósticos clínicos de Hager	
Minimos	Dolor pélvico o abdominal bajo Dolor a la movilización cervical Dolor anexial
Adicionales	Fiebre >38°C, flujo vaginal o cervical anormal, leucocitosis >10000, elevación de VSG o PCR, tinción Gram sugestivo de gonococo o cultivo positivo de Chlamydia, ATO por imágenes, laparoscopia, biopsia.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica laboratorio	Pruebas microbiológicas	Pruebas de imagen*:
<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Bioquímica general con PCR - Prueba de embarazo - Sedimento urinario y urocultivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Cultivo vaginal, endocervical y ETS - Hemocultivo si fiebre >38°C - Bx endometrial (NO rutinario) - Cultivo de DIU - Cultivo en laparoscopia 	<ul style="list-style-type: none"> - Ecografía Doppler transvaginal** - TAC y RMN en casos graves o de presentación atípica

CLASIFICACIÓN

Estadíos	Hallazgo en LPC
Estadio I Salpingitis aguda sin pelviperitonitis	Salpingitis leve: trompas congestivas, hiperémicas
Estadio II Salpingitis y pelviperitonitis	Salpingitis moderada: trompas edematosas, congestivas. Presencia de adherencias y túbiques.
Estadio III Absceso tubo-ovárico (ATO)	Salpingitis severa con presencia de abscesos tubo-ováricos. Annelo fijo.
Estadio IV Ruptura del absceso	Líquido purulento cavidad pélvico-abdominal

TRATAMIENTO

- Criterios de ingreso hospitalario:**
- Diagnóstico incierto que no permita excluir patología quirúrgica urgente.
 - Gestación
 - Absceso tubo-ovárico
 - Infección con criterios de severidad: mal estado general, náuseas, vómitos, signos de irritación peritoneal, fiebre >38,5°C, leucocitosis >12 000 y/o bandas inmaduras >10%.
 - Incapacidad de tolerar o seguir tratamiento vía oral
 - Fallo de respuesta clínica al tratamiento antibiótico ambulatorio

NO

SI

MANEJO AMBULATORIO

- INDICACIONES**
- Reposo relativo
 - Analgesia
 - Antibioticoterapia.
 - Evitar mantener relaciones sexuales hasta completar tratamiento antibiótico, resolución de los síntomas y que su(s) pareja(s) sexual(es) haya sido tratada.
 - Explicar implicaciones futuras de enfermedad
 - Ofrecer a todas las pacientes estudio de ETS

AMBULATORIO: Estadio I extrahospitalario
Ceftriaxone 1g* IM DU + Doxycycline 100 mg vo c/12h por 14 días + Metronidazole 500 mg vo c/12h por 14 días.

REVALORAR 24-48 H
¿MEJORÍA CLÍNICA?

SI

NO

CONTINUAR TRATAMIENTO AMBULATORIO

INGRESO HOSPITALARIO

MANEJO HOSPITALARIO

- Antibioticoterapia ev
 - Reposo
 - Analgesia endovenosa.
 - Estudio de ETS
- HOSPITALIZACIÓN: Estadio II a IV**
- Ceftriaxona (1 g ev c/24 h) + Doxiciclina (100 mg vo or iv c/12h) + Metronidazol (500 mg vo or ev c/12 h)
- Mantenimiento** → Doxiciclina 100 mg c/12 h + Metronidazol 500 vo c/12h

EVALUACIÓN CLÍNICA C/24H
HEMOGRAMA +PCR C/48H

¿fiebre, no mejoría analítica y/o empeoramiento clínico?

Repetir ecografía
Reevaluar el tratamiento ATB
Diagnósticos alternativos
Valorar Laparoscopia exploradora

Tratamiento quirúrgico inmediato + Antibioticoterapia

¿CRITERIOS DE SEPSIS Y/O ABDOMEN AGUDO?

Absceso de >8 cm

Drenaje transvaginal ecoguiado o percutáneo guiado por TC si accesible vs Cirugía conservadora con drenaje (LPC)

11. BIBLIOGRAFIA

1. Cabero L. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo 1. Ed. Médica Panamericana; pp 1189-1200.
2. Judlin P.-G. Infections génitales hautes. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie, 470-A-10, 2007. Disponible en www.emc-consulte.com/es
3. Ferrer J. "Grupo e En erme a es e Transmisión Sexual". Documentos de Consenso S.E.G.O. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Disponible en: <https://studylib.es/doc/7215405/índice-grupo-de-enfermedades-detransmisión-sexual>
4. Jonathan Ross. Pelvic inflammatory disease: Pathogenesis, microbiology, and risk factors. UpToDate. Actualizado Dec 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
5. Jonathan Ross, Mariam R. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis. Actualizado Abr 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
6. Harold C Wiesenfeld. Pelvic inflammatory disease: Treatment. Actualizado Mar 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
7. Jeffrey F Peipert. Long-term complications of pelvic inflammatory disease. Actualizado Jun 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
8. Richard H Beigi. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of tuboovarian abscess. Actualizado Feb 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
9. Richard H Beigi. Management and complications of tubo-ovarian abscess. Actualizado Dec 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
10. Protocolo "Enfermedad Inflamatoria Pélvica" el Hospital " a Inmaculada". Disponible en : www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Guidelines; Workonski: CDC 2015. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>.
12. Jonson M, Karlsson R, Rylander E, Gustavsson A, Wadell G. The association between risk behaviour and reported history of sexually transmitted diseases, among young women: a population-based study. Int J STD AIDS 1997;8:501-5.
13. Boecke AJ, van Bergen JE, Morre SA, van Everdingen JJ. The risk of pelvic inflammatory disease associated with urogenital infection with Chlamydia trachomatis; literature review. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:850-2.
14. Paavoneen J, Eggert-Kruse W. C. trachomatis: impact on human reproduction. Hum Reprod Update 1999;5:433-7.
15. Morre SA, van den Brule AJ, Rozendaal L, Boeke AJ, Voorhorst FJ, de Blok S, et al. The natural course of asymptomatic Clamydia trachomatis infections: 45% clearance and no development of clinical PID after one-year follow-up. Int J STD AIDS 2002;13(suppl2):12-8.

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

16. Simms I, Eastick K, Mallinson H, Thomas K, Gokhale R, Hay P, et al. Association between Mycoplasma genitalium, Chlamydia trachomatis and pelvic inflammatory disease. J Clin Pathol 2003;56:616-8.
17. Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB. Does insertion and use of intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. Contraception 2006;73:145-53.
18. Ir in oorman C Sulli an J, Sperling R, Koestler ME, Soto I, et al. Influence of human deficiency virus infection on pelvic inflammatory disease. Obstet. Gynecol 2000;95:525-34.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of acute pelvic inflammatory disease. Guideline N.32, May 2003, disponible sur: <http://www.rcog.org>.
20. Ness RB, Trautmann G, Richter HE, Randall H, Peipert JF, Nelson DB, et al. Effectiveness of treatment strategies of some women with pelvic inflammatory disease: a randomized trial. Obstet Gynecol 2005;106:573-80.
21. Raiga J, Canis M, Le Bouedec G, Glowaczower E, Pouly JL, Mage G, et al. Laparoscopic management of adnexal abscesses: consequences for fertility. Fertil Steril 1996;66:712-7.
22. Safrin S, Schachter J, Dahrouge D, Sweet RL. Long-term sequelae of acute pelvic inflammatory disease: A retrospective cohort study. Am J Obstet Gynecol 1992;166:1300-5.
23. Walker CK, Kahn JG, Washington EA, Peterson HB, Sweet RL. Pelvic inflammatory disease: Meta-analysis of antimicrobial regimen efficacy. J Infect Dis 1993;168:969-78.
24. Perez-Medina T, Huertas MA, Bajo JM. Early ultrasound-guided transvaginal drainage of tubo-ovarian abscesses: a randomized study. Ultrasound Obstet Gynecol 1996;7:435-8.
25. Doganay M, Iskender C, Kilic S, et al. Treatment approaches in tubo-ovarian abscesses according to scoring system. Bratisl Lek Listy. 2011;112(4):200-203.
26. Gün ör ük Guzel E si ioğlu et al. Experience of tubo-ovarian abscess in western Turkey. Int J Gynaecol Obstet. 2014;124(1):45-50.
27. Gjelland K, Ekerhovd E, Granberg S. Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: a study of 302 cases. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(4):1323-1330
28. Buchweitz O, Malik E, Kressin P, Meyhoefer-Malik A, Diedrich K. Laparoscopic management of tubo-ovarian abscesses: retrospective analysis of 60 cases. Surg Endosc. 2000 Oct;14(10):948-50.
29. Habboub AY. Middlemore Hospital experience with tubo-ovarian abscesses: an observational retrospective study. Int J Womens Health. 2016 Jul 22;8:325-40.
30. Dewitt J, Reining A, Allsworth JE, Peipert JF. Tuboovarian Abscesses: Is Size Associated with Duration of Hospitalization & Complications?. Obstet Gynecol. Int. 2010;2010:847041.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIO PÉLVICA

QUA-IM-004.Rev.07

31. Goharkhay N, Verma U, Maggiorotto F. Comparison of CT- or ultrasoundguided drainage with concomitant intravenous antibiotics vs. Intravenous antibiotics alone in the management of tubo-ovarian abscesses. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007 Jan;29(1):65-9.
32. Lareau S M. Pelvic Inflammatory Disease and Tubo-ovarian Abscess. *Infect Dis Clin N Am.* 2008;22:693-708.
33. Topçu H O. Risk factors for adverse clinical outcomes in patients with tuboovarian abscess. *J Obstet Gynecol.*2014:1-4.
34. Pascual Herranz J, Valero de Bernabé FJ, Rodríguez Zambrano, MA. A study on the utility of biomarkers in gynecological infections. *Prog Obstet Ginecol.*2017;60(2):120-125.
35. Ness R B. Effectiveness of inpatient ant outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: Results from the Pelvis Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *Am j Obstet Gynecol.* 2002;186(5):929-937.
36. J. Ross, S. Guaschino, M. Cusini, y J. Jensen, «2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease», *Int J STD AIDS*, vol. 29, n.º 2, pp. 108-114, feb. 2018, doi: 10.1177/0956462417744099.
37. «Pelvic Inflammatory Disease (PID) - STI Treatment Guidelines».
38. «Pelvic Inflammatory Disease Management Guidelines Pelvic Inflammatory Disease (PID) MANAGEMENT SUMMARY 72 HOUR FOLLOW-UP FOR MODERATE/SEVERE PID 1 TO 2 WEEK FOLLOW-UP FOR MILD PID (PHONE OR IN PERSON) PARTNER NOTIFICATION AND MANAGEMENT OF SEXUAL CONTACTS». [En línea]. Disponible en: www.nzshs.org/guidelines

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol