



Guía de Referencia Rápida
Diagnóstico y Tratamiento
de la Enfermedad
Inflamatoria Pélvica en
Mujeres mayores de 14
años con Vida Sexual
Activa

Guía de Referencia Rápida

A638 Otras Enfermedades De Transmisión

Predominantemente Sexual

A542 Pelvi peritonitis Gonocócicas Y Otras Infecciones

Gonocócicas Genitourinarias

A561 Infección Del Pelvi peritoneo Y Otros Órganos

Genitourinarios Debida A Clamidias

GPC

Diagnóstico Y Tratamiento De La Enfermedad Inflamatoria Pélvica En Mujeres

Mayores De 14 Años Con Vida Sexual Activa

ISBN: 978-607-8270-11-8

DEFINICIÓN

Enfermedad inflamatoria pélvica. Síndrome clínico que consiste en dolor abdominal bajo, flujo vaginal y que se presenta por la infección ascendente de gérmenes procedentes del cérvix con mayor incidencia en las mujeres con prácticas sexuales de riesgo con un espectro de gravedad desde muy leve hasta potencialmente letal, produciendo uno o más de los siguientes trastornos inflamatorios: endometritis, salpingitis, peritonitis pélvica o absceso tubo ovárico.

Caso sospechoso: toda mujer que presente dolor bajo de pelvis con o sin síntomas acompañantes como son: flujo vaginal, dispareunia, metrorragia, disuria, dolor durante la menstruación. Fiebre y ocasionalmente náuseas y vomito.

Caso definitivo: toda mujer que presente dolor bajo de pelvis con o sin síntomas acompañantes como son: flujo vaginal, dispareunia, metrorragia, disuria, dolor durante la menstruación y en quien se corroboren por cultivo, técnicas de gabinete o pruebas de PCR los siguientes agentes: *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, Gramm negativos, anaerobios y estreptococos.

FACTORES DE RIESGO

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

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

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

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

DIAGNÓSTICO

Las manifestaciones clínicas de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) pueden ser inespecíficas: desde un cuadro asintomático hasta cuadros graves de pelvi-peritonitis potencialmente letales. Sus manifestaciones clínicas no siempre están ligadas al grado de severidad, lo cual dificulta el diagnóstico clínico sobre todo en los cuadros leves o atípicos.

En un estudio de cohorte se demostró que los síntomas más comunes fue el dolor abdominal (90%), leucorrea (70%) y sangrado irregular (40%) y el 30% de los pacientes presentaba antecedentes de dispositivo intrauterino (DIU)

En un estudio realizado en mujeres en edad reproductiva se estimó el riesgo de apendicitis contra EIP de acuerdo a las características del cuadro clínico, considerando un 95% de probabilidad de que no se trate de apendicitis (bajo riesgo) con probabilidad a favor del diagnóstico de EIP.

Con cuadro clínico de abdomen agudo se debe descartar otras entidades diagnósticas: apendicitis, embarazo ectópico y tumoración anexial.

Para realizar el diagnóstico diferencial de la enfermedad inflamatoria pélvica tomar en cuenta los antecedentes ginecoobstétricos relevantes: embarazo, parto ó aborto reciente, fecha de última menstruación y la búsqueda intencionada de masa ó plastrón abdominal y datos de irritación peritoneal para orientar la sospecha diagnóstica de las entidades que cursan con dolor abdominal bajo, en las mujeres con vida sexual activa, se enumeran algunas: Entre los diagnósticos diferenciales sospechar: apendicitis aguda, embarazo ectópico, dolor funcional del periodo periovulatorio, tumores de anexos y endometriosis.

En todo paciente con dolor abdominal buscar datos clínicos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) ó inestabilidad hemodinámica como signos de alarma.

Las manifestaciones clínicas del SRIS que se debe buscar: temperatura corporal $>38^{\circ}\text{C}$ o $<36^{\circ}\text{C}$, taquicardia y taquipnea. Para clínicamente: leucocitosis con neutrofilia.

Abdomen agudo

En caso de signos de alarma: como datos de SRIS con inestabilidad hemodinámica, abdomen agudo con datos de irritación peritoneal se requiere atención inmediata en un servicio de urgencia de primer ó segundo nivel de atención médica.

EXPLORACIÓN

Son datos clínicos de EIP: dolor abdominal bajo, dispareunia, leucorrea, sangrado transvaginal anormal y fiebre; al examen bimanual, dolor a la movilización cervical.

Se sugiere el uso de signos y síntomas apoyados en un auxiliar diagnóstico para el diagnóstico de probabilidad de EIP. No se cuenta con un estándar de oro para el diagnóstico de EIP

El **diagnóstico sindromático** se debe realizar en las unidades de atención médica que no cuenten con las pruebas de detección para las ITS.

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

Los hallazgos clínicos no son lo suficientemente específicos, sin embargo en los escenarios clínicos que no cuentan con el recurso de laboratorio, se recomienda iniciar el tratamiento empírico.

Realizar examen bimanual en población de riesgo con dolor pélvico inespecífico, leucorrea, a la que se le practica examen ginecológico.

ESCALAS

La enfermedad se clasificó por Monif desde 1982¹ de acuerdo con la gravedad de los hallazgos clínicos, esta clasificación fue modificada por el grupo de trabajo por medio de consenso en el grado I, ya que la original la describe con la posibilidad de presentar datos de abdomen agudo, lo cual se consideró debe requerir manejo especializado en segundo ó tercer nivel de atención.

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

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

Pruebas diagnósticas inespecíficas de EIP:

- Presencia de abundantes leucocitos en secreciones vaginales con solución salina vista al microscopio
- Aumento de la velocidad de eritrosedimentación globular
- Elevación de los niveles de proteína c reactiva.
- Documentación de la presencia de NG, o CT ya sea por cultivo, determinación de anticuerpos o la prueba de amplificación de ADN (NAAT por sus siglas en ingles) esta última no se realiza en el país.

La decisión terapéutica con base en signos y síntomas es una alternativa útil en escenarios clínicos que las pruebas no pueden implementarse tomando en cuenta las ventajas y desventajas.

Pruebas diagnósticas específicas de EIP:

Los criterios definitivos de EIP son: evidencia histopatológica de endometritis en biopsia endometrial; ultrasonografía transvaginal o técnicas similares que muestren inflamación en tubas uterinas con o sin líquido libre en cavidad, y hallazgos laparoscópicos: de tumefacción y eritema de las tubas uterinas

- Biopsia de endometrio con evidencia histológica de endometritis.
- Estudio eco gráfico pélvico transvaginal, cuando se obtienen datos de engrosamiento o colección en el interior de las trompas de Falopio con o sin líquido libre en fondo de saco. Con equipo doppler inclusive se ha reportado aumento de la sensibilidad y especificidad en estos parámetros'
- Estudio de laparoscopia puede apoyar fuertemente un diagnóstico de EIP pero no

es justificado rutinariamente debido a su costo. Su mayor utilidad es para el diagnóstico diferencial de patologías como embarazo ectópico, tumoraciones anexiales e incluso la apendicitis aguda.

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

TRATAMIENTO MÉDICO: ANTIBIÓTICOS

Iniciar tratamiento en cualquier mujer con vida sexual activa y los siguientes datos: tumefacción e hipersensibilidad del abdomen inferior “tumefacción e hipersensibilidad de anexos” y tumefacción e hipersensibilidad al movimiento cervical. Estos hallazgos aunque no son lo suficientemente específicos, en los escenarios clínicos que no cuenten con personal entrenado para la toma apropiada de las muestras clínicas y/ó laboratorio (el recurso de los de cultivos) para procesar y reportar oportunamente, se recomienda decidir el tratamiento empírico sin auxiliares de diagnóstico.

La terapia parenteral y por vía oral parece tener eficacia similar en mujeres con EIP de leve a moderada intensidad y no es diferente la tasa de recurrencia de EIP o de embarazo ectópico en relación al tipo de tratamiento. La terapia oral se puede considerar para mujeres con EIP aguda grado leve a moderada. Se debe citar para evaluar respuesta a las 72 horas. En caso de falta de respuesta deberá hospitalizarse para revaloración diagnóstica y terapéutica.

El tratamiento empírico de EIP debe iniciarse en la mujer joven (menor de 24 años) sexualmente activa y otras mujeres con riesgo de enfermedad de transmisión sexual, con dolor pélvico, sin otra causa que pueda ser identificada y con uno ó más criterios en el examen pélvico: dolor a la movilidad del cérvix, dolor uterino y dolor anexial

Realizar diagnóstico oportuno en la población de riesgo con exploración bimanual y especuloscopia de EIP y otras ITS.

El tratamiento debe incluir antimicrobianos útiles contra *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, Gramm negativos, anaerobios y estreptococos

El tratamiento para la EIP leve debe otorgarse en primer nivel de atención por el médico familiar; los casos moderados y graves en segundo y tercer nivel por parte del un equipo multidisciplinario: médico ginecólogo e infectólogo.

La selección del tratamiento deberá considerar la disponibilidad, el costo, la aceptación del paciente y la susceptibilidad antimicrobiana.

El tratamiento debe incluir siempre antimicrobianos contra *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, Gramm negativos, anaerobios y estreptococos. El tratamiento incluirá alguna de las siguientes alternativas: En pacientes ambulatorios: levofloxacina 500 MG diario por 14 días más metronidazol 500 MG VO cada 12 horas por 14 días o clindamicina 450 MG VO cada 6 horas por 14 días. El tratamiento incluido en esta guía es el sugerido en la norma oficial mexicana NOM-039-SSA2-2002, 2003.

Aunque la información en relación a otros regímenes para el paciente externo está limitada, el uso de azitromicina como monoterapia o con metronidazol ha demostrado cura terapéutica a corto plazo.

Recientemente se ha reportado el uso de monoterapia con moxifloxacina y aunque ha

mostrado tasas de efectividad similar a los regímenes de tratamientos combinados por la CDC, aún no se respalda su uso y se requieren estudios para evaluar su eficacia para tratamiento de anaerobios y en la prevención de secuelas

En guías publicadas a nivel internacional se recomiendan el uso de cefoxitina (2g IM dosis única) más probenecid 1g VO administrado conjuntamente con la dosis única, más doxiciclina 100mg VO 2 veces al día por 14 días para el manejo ambulatorio de mujeres con EIP de intensidad leve, sin embargo sin ofrecer mayor efectividad que el régimen propuesto por la OMS y NOM

Se recomienda efectuar cultivos y pruebas de susceptibilidad antimicrobiana, al menos para ceftriaxona, espectinomicina, azitromicina y cualquier otro régimen que localmente se utilice como tratamiento para gonorrea.

Informar al paciente o familiar que se requiere nueva consulta médica si el dolor abdominal persiste por más de 48-72 h después de iniciado el tratamiento. Se recomienda al clínico: buscar intencionadamente datos de abdomen agudo e irritación peritoneal. Si en 72h no existe mejoría clínica se sugiere hospitalizar en un segundo nivel de atención para revaloración diagnóstica y terapéutica. Identificar en la evolución clínica de la paciente datos de alarma para envío inmediatamente al servicio de urgencias de segundo nivel. Educar y capacitar a la mujer en el reconocimiento de los datos de alarma, el cuidado en el hogar y el desarrollo de habilidades que les permitan tomar decisiones y expectativas realistas para que en forma oportuna se solicite atención médica

Falla al tratamiento se define como la recurrencia de los síntomas dentro de los 10 a 14 días de completar el tratamiento con antibióticos. Las causas posibles incluyen falta de apego al tratamiento, exposición repetida al o los agentes, resistencia a antibióticos y la existencia de co patógenos ó reinfección, se incluyen tratamiento antibiótico inapropiado, dosis o duración inadecuados, se requiere enviar a segundo nivel para su reevaluación.

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

- En caso de sospecha de una emergencia quirúrgica
- Embarazo
- Falta de respuesta a tratamiento oral
- Cuadro clínico severo
- Náusea o vómito
- Fiebre elevada
- En caso de absceso tubo-ovárico.

Tratamiento parenteral

El tratamiento parenteral esta indicado en las pacientes con EIP de moderada intensidad con falla al tratamiento y la EIP con una intensidad severa

La terapia parenteral y por vía oral parece tener eficacia similar en mujeres con EIP de leve a moderada intensidad y no es diferente la tasa de recurrencia de EIP o de embarazo ectópico en relación al tipo de tratamiento.

El tratamiento parenteral deberá continuarse hasta 24 horas después de la mejoría clínica y deberá ir seguido de tratamiento oral para completar el esquema de 14 días.

De los esquemas de medicamentos propuestos en la guía original CDC, se encontró

diferencia en relación con las recomendaciones realizadas en el uso de amino glucósidos y cefalosporinas por lo propuesto por la OMS; de acuerdo a esto se tomó en cuenta diversos estudios clínicos, con resultados equivalentes con amikacina versus gentamicina y cefotetan versus ceftriaxona. Se recomienda en estos casos de EIP moderada con falla al tratamiento y EIP grave, la toma de cultivos antes iniciar el tratamiento y modificar el régimen de acuerdo a la sensibilidad y resistencia de los gérmenes aislados a los antibióticos.

Diversos estudios de cohortes y ECC han evidenciado que de acuerdo a la etiología polimicrobiana y monomicrobiana, el tratamiento se modifica demostrando que la cefotaxima, cefuroxima y gentamicina puede ser utilizado para aerobios gram negativos bacilos; dicloxacilina, eritromicina y cephaloridina para cocos gram positivos aerobios y amikacina, ceftazidima para *Pseudomonas aeruginosa*. Se recomienda para una terapia óptima de EIP tener en cuenta los principales cambios epidemiológicos en nuestra población

Los amino glucósidos más comúnmente utilizados en ginecología son gentamicina, tobramicina y amikacina. Estos son principalmente activos contra bacilos aerobios gram-negativos. Pueden ser administrados por vía intramuscular o intravenosa y generalmente se utilizan en combinación con otros fármacos para el tratamiento de trastornos como la pielonefritis, corioamnionitis, endometritis puerperal, y enfermedad pélvica inflamatoria. En la última década, ha aumentado la etiología polimicrobiana en la infección inflamatoria pélvica por lo que se debe sospechar clínicamente. Uno de los principales cambios terapéuticos dirigidos contra anaerobios gram-negativos ha sido la sustitución por antibióticos más eficaces como clindamicina o metronidazol por los derivados de la penicilina en combinación con un amino glucósido. En consecuencia, en muchos casos, la terapia sola con una cefalosporina (por lo general, cefoxitin) es adecuado, si se combina con drenaje quirúrgico cuando se indique. Cuando las bacterias anaeróbicas están involucrados, el metronidazol o clindamicina son opciones aceptables; en presencia de organismos gram-negativos aerobios se recomienda el uso de un aminogluucósido.

Estudios recientes sugieren que la amikacina puede ser la mejor opción, ya que se asocia con un bajo nivel de resistencia bacteriana y se ha demostrado una reducción en los niveles de resistencia a otros amino glucósidos. La amikacina se ha convertido en el "patrón de oro" para la combinación con las nuevas cefalosporinas o penicilinas. De acuerdo a la evolución epidemiológica de cada unidad se sugiere modificar el uso de amino glucósidos en el futuro.

En un ECC doble ciego sesenta y dos mujeres con diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica se aleatorizaron y recibieron uno de los dos regímenes de antibióticos para su tratamiento. Treinta de los 31 pacientes (96,8%) que recibieron una combinación de cefoxitin con doxiciclina y 28 de 31 (90,3%) que recibieron una combinación de clindamicina con amikacina respondieron al tratamiento, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa. *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, o ambos fueron aislados de las pacientes. De las cuatro pacientes que no respondieron al tratamiento, todas presentaron respuesta inflamatoria. Régimen parenteral Los esquemas de: Cefoxitin / doxiciclina y clindamicina y amikacina son a la vez eficaz en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica.

En pacientes hospitalizados: Ceftriaxona 250 MG IM más doxiciclina 100 MG VO cada

12 horas por 14 días, o Cefotetan 2 g IV cada 12 horas más doxiciclina 100 MG VO cada 12 horas por 14 días, este tratamiento recomendado esta incluido en la norma oficial mexicana. NOM-039-SSA2-2002, 2003.

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

El tratamiento parenteral debe continuarse hasta 24 horas después de la mejoría clínica y debe continuar con tratamiento oral hasta completar 14 días.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Se debe considerar la exploración quirúrgica en los siguientes casos: Si se presenta los siguientes datos potencialmente se requiere manejo quirúrgico

- Fiebre persistente y bacteriemia,
- abdomen agudo, Íleo persistente,
- falla del tratamiento conservador (48 a 72 horas),
- Peritonitis generalizada, Íleo persistente,
- Absceso tubo-ovárico roto,
- Persistencia de abscesos tubo-ováricos a pesar de tratamiento antibiótico,
- Sepsis que no mejora con la antibioticoterapia.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

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

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

Educación integral: sexual, reproductiva y promoción de la salud, busca orientar sus actividades a aumentar la auto responsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que colaboren activamente en el cuidado de su salud. Los pacientes y/o familiares deberán recibir información acerca de signos de alarma para reevaluación clínica

Promoción del sexo seguro y protegido; acciones que evitan prácticas sexuales de riesgo. Pacientes y familiares deben recibir información para fomentar el apego al tratamiento, reconocer signos de alarma, las acciones a seguir en caso de que se presente y cómo evitar el contagio de otros miembros de la familia.

Algoritmo para Diagnóstico de EIP



