

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Enfermedad inflamatoria pélvica

### NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

- Cambio de hisopo para la toma de muestras. Sólo será necesario tomar una muestra endocervical con hisopo con medio líquido (naranja) +/- una muestra vaginal con otro hisopo con medio líquido (naranja).
- Se añade la recomendación de cursar serologías de VIH, VHB, VHC y sífilis a todas las pacientes con sospecha de EIP.
- Se añade la necesidad de reevaluación de aquellas pacientes con clínica más florida en 72 horas por Urgencias y, en caso de ausencia de mejoría clínica, ingreso hospitalario.
- Se cambia la dosis de Ceftriaxona de 250 mg IM / IV a 500 mg IM / IV y se añade el Metronidazol 500 mg/ 12 horas VO (14 días) en el tratamiento empírico de forma sistemática.
- Se añade el tratamiento antibiótico en caso de alergias, mala respuesta o shock séptico.
- Se añade el tratamiento invasivo y el tamaño límite de 7 cm de un absceso pélvico para un tratamiento conservador.
- Se añade el tratamiento empírico sistemático de las parejas sexuales de la paciente con EIP.

### INDICE

1. Introducción
2. Factores de riesgo
3. Microorganismos implicados
4. Clínica
5. Diagnóstico
6. Tratamiento
7. Situaciones especiales
8. Recomendaciones generales
9. Complicaciones y secuelas
10. Bibliografía

### 1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es un síndrome clínico que engloba la patología infecciosa del tracto genital superior; generalmente resultado de una infección ascendente desde el endocérvix, pudiendo llegar a afectar en su evolución al endometrio (endometritis), miometrio (miometritis), trompas (salpingitis), ovarios (ooforitis), parametrios (parametritis) y peritoneo pélvico (pelviperitonitis).

### 2. FACTORES DE RIESGO

- Edad temprana: la máxima incidencia se observa en las primeras décadas reproductivas.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Enfermedad inflamatoria pélvica

- Relaciones sexuales de riesgo: diferentes parejas, sin medidas de protección.
- Pareja nueva reciente (dentro de los tres meses anteriores).
- Historia pasada de infecciones de transmisión sexual (ITS) en el paciente o su pareja.
- Maniobras endouterinas diagnóstico/terapéuticas: como inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) especialmente en las primeras 3 semanas postinserción, histerosalpingografía, histeroscopia, sonohisterografía y fecundación in vitro.
- Interrupción del embarazo.
- Historia previa de EIP: sobre todo por la persistencia de las mismas conductas sexuales.
- Vaginosis bacteriana: al producir la disrupción de la protección del canal endocervical.

### 3. MICROORGANISMOS IMPLICADOS

La EIP generalmente es de origen polimicrobiano, por lo que son muchos los microorganismos involucrados en su desarrollo:

1. Microorganismos de transmisión sexual: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Mycoplasma genitalium*.
2. Pertenecientes a la microbiota del tracto genitourinario femenino: *Streptococcus spp*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides spp*, *Prevotella spp*, *Peptostreptococcus spp*, *Peptococcus spp*, *Atopobium vaginae*, *Leptotrichia spp* y *Sneathia*.
3. Patógenos respiratorios como *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*

### 4. CLINICA

La clínica de la EIP es muy variable: desde cuadros que cursan de manera asintomática hasta situaciones de compromiso vital. Los síntomas más frecuentes son:

1. Dolor pélvico: es el síntoma guía. Suele describirse en abdomen inferior generalmente bilateral, poco intenso y persistente.
2. Sangrado uterino anómalo (SUA): puede ser sangrado menstrual abundante, postcoital o intermenstrual. La aparición de SUA en una paciente joven sin otras causas aparentes obliga a descartar la existencia de una EPI.
3. Leucorrea: aparece en un 50% de los casos, generalmente purulenta.
4. Dispareunia.
5. Fiebre: presente en 50 % de los casos, generalmente en forma de febrícula.
6. Clínica digestiva: náuseas y vómitos.

### 5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la EIP es clínico y se basa en la existencia de dolor pélvico y alguno de los siguientes criterios mínimos:

- Dolor a la movilización cervical.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Enfermedad inflamatoria pélvica

- Dolor a la palpación anexial.
- Dolor a la palpación uterina en el tacto bimanual.

Estos hallazgos presentan una alta sensibilidad diagnóstica (> 95%), pero baja especificidad. Los criterios menores, que aumentan la especificidad, son:

- Temperatura oral > 38 °C.
- Leucorrea mucopurulenta.
- Elevación de la PCR y/o leucocitosis.
- Detección de una infección cervical por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*.

Finalmente, existen una serie de criterios específicos de EIP:

- Pruebas de imagen: debe realizarse una ecografía transvaginal (ECO TV) a las pacientes que requieran ingreso para descartar la presencia de un absceso tubo-ovárico. La tomografía computerizada (TC) o la resonancia magnética (RM) pueden ser útiles para descartar otros diagnósticos diferenciales.
- Biopsia endometrial: Aunque algunos autores consideran la endometritis de células plasmáticas muy específica de EIP, no hay suficiente evidencia para recomendar rutinariamente una biopsia para su diagnóstico, por lo que se realizará esta técnica en casos de diagnóstico incierto.
- Laparoscopia: es el gold standard, aunque debe reservarse para casos graves o que no respondan al tratamiento. Si los hallazgos no son macroscópicamente objetivables pero persiste sospecha clínica de EIP, se recomienda realizar una biopsia de las fimbrias tubáricas.

Por tanto, ante la sospecha clínica de una EIP, se aconseja realizar:

1. Análítica con hemograma, bioquímica básica con PCR y coagulación.
2. Sedimento de orina y urocultivo.
3. Muestra para estudio microbiológico. Será fundamental una correcta toma de las muestras:
  - Exudado endocervical: antes de la obtención de la muestra será necesario limpiar el moco cervical con una torunda. Se usará el hisopo con medio líquido (naranja), especificando en la petición "sospecha de EIP" y marcando el recuadro de "cultivo exudado endocervical" en el peticionario.
  - Exudado vaginal: no diagnostica ni descarta EIP pero puede orientar en su manejo, especialmente si existe vaginosis bacteriana. Se tomará la muestra con el hisopo con medio líquido (naranja) en fondos de saco y paredes vaginales.
4. Test de gestación.

## PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

## Enfermedad inflamatoria pélvica

5. Serología: VIH, VHB, VHC y sífilis. Son ITS que comparten factores de riesgo similares a la EIP. Se deberá informar a la paciente, indicándole que recoja los resultados en su centro de salud en un tiempo aproximado de 5-7 días.

Es importante recordar que el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en una mujer joven debe incluir:

- Cuadros obstétricos: gestación ectópica y aborto séptico.
- Cuadros ginecológicos: endometriosis severa, adenomiosis, quiste ovárico complicado, dismenorrea intensa y ovulación dolorosa.
- Cuadros gastrointestinales: apendicitis, gastroenteritis, diverticulitis.
- Cuadros urológicos: cistitis, pielonefritis y crisis renoureteral.
- Dolor funcional: dolor de origen desconocido.

### TRATAMIENTO

Se debe iniciar tratamiento antibiótico empírico ante toda paciente con sospecha clínica de EIP, dado el alto riesgo de complicaciones a largo plazo que supone el retraso en el inicio del tratamiento.

Independientemente de la vía de administración del tratamiento antibiótico, se recomienda asociar medidas generales como analgesia, antitérmicos, hidratación y reposo en todas las pacientes.

#### Tratamiento ambulatorio de la enfermedad inflamatoria pélvica

Está indicado en pacientes sin criterios de ingreso.

Se recomienda la reevaluación de aquellas pacientes con clínica más florida e ingreso hospitalario en caso de no mejoría. Se podrán citar directamente en Urgencias para revisión a las 72 horas del inicio del tratamiento. En caso de sintomatología leve, se explicarán signos de alarma y reconsulta al alta, con control de los cultivos en su centro de salud y cita en consulta de Ginecología a las 4 semanas para revisión.

<b>1º elección</b>	- Ceftriaxona 500 mg IM / IV (dosis única) + - Doxiciclina 100 mg/ 12h VO (14 días) + - Metronidazol 500 mg/ 12 horas VO (14 días) *
<b>Alergia a penicilina y derivados</b>	- Azitromicina 2 g VO (dosis única) + - Doxiciclina 100 mg/ 12 horas VO (14 días) + - Metronidazol 500 mg/ 12 horas VO (14 días) *
<b>Alergia tetraciclinas</b>	- Ceftriaxona 500 mg IM / IV (dosis única) + - Azitromicina 1 g VO (repetir a la semana) + - Metronidazol 500 mg/ 12 horas VO (14 días) *

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Enfermedad inflamatoria pélvica

\* La administración rutinaria de Metronidazol en pacientes con EIP ha demostrado mejorar los resultados clínicos a largo plazo en algunos estudios al mejorar la cobertura de anaerobios. No obstante, en caso de intolerancia gastrointestinal en pacientes con EIP leve se podría plantear el tratamiento sin Metronidazol. Así mismo, es fundamental recordar a la paciente que no podrá consumir alcohol mientras esté en tratamiento con este fármaco por su efecto antabús.

### Criterios de ingreso

- Mal estado general, náuseas, vómitos, fiebre elevada.
- Absceso tubo-ovárico: por riesgo de rotura y sepsis.
- Imposibilidad de exclusión de otras emergencias quirúrgicas (apendicitis, colecistitis...)
- Mala respuesta, tolerabilidad o alta sospecha de mal cumplimiento del tratamiento oral.
- Gestante: por el incremento de morbilidad materna y fetal.
- Individualizar en caso de inmunodepresión. El diagnóstico de VIH en sí, en ausencia de signos de gravedad, no es una indicación para el ingreso.

### Tratamiento hospitalario de la enfermedad inflamatoria pélvica.

El tratamiento por vía intravenosa está reservado para aquellas pacientes que cumplan los criterios de ingreso. Deberá mantenerse la vía IV al menos 24-48 horas después de la mejoría clínica (mejoría sintomática, desaparición de la fiebre), y posteriormente completar la pauta por vía oral.

<b>1ª elección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceftriaxona 2 g / 24 horas IV +</li> <li>- Doxiciclina 100 mg/ 12 horas IV o VO (<i>preferiblemente VO si tolera, vía IV suele ser dolorosa</i>) +</li> <li>- Metronidazol 1,5 g/ 24 h IV</li> </ul> <p>Cuando exista mejoría y pueda usarse la VO, pasar a Doxiciclina 100 mg/ 12 horas + Metronidazol 500 mg / 12 horas hasta completar 14 días</p>
<b>Alérgicas</b>	<p>Elegir una de las opciones de cada uno de los siguientes 2 grupos de fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Grupo 1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gentamicina 5 mg/kg/24 h IV</li> <li>- Aztreonam 1 g/8 h IV</li> </ul> </li> <li>• <b>Grupo 2:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clindamicina 900 mg/8 h IV + doxiciclina 100 mg/12 h IV o VO</li> <li>- Tigeciclina 50 mg/12 h IV (precedido de dosis de carga de 100 mg IV)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Mala respuesta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piperacilina-tazobactam 4/0,5 g/8 h IV + doxiciclina 100 mg/12 h IV o VO</li> </ul>
<b>Shock séptico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meropenem 1 g/8 h IV + Doxiciclina 100 mg/12 h IV</li> </ul>

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Enfermedad inflamatoria pélvica

### Tratamiento invasivo

El tratamiento antibiótico es la base del tratamiento en casos de absceso tubo-ovárico. No obstante, en algunas pacientes será necesario combinarlo con técnicas de drenaje percutáneo o cirugía.

Se recomienda tratamiento antibiótico exclusivo y expectación en las pacientes que cumplan todos los siguientes criterios:

- Estabilidad hemodinámica sin signos de ruptura del absceso tubo-ovárico (abdomen agudo, sepsis) que se mantiene durante todo el tratamiento antibiótico.
- Mejoría clínica progresiva con tratamiento antibiótico.
- Absceso de < 7 cm \*
- Paciente premenopáusica.

\*El tamaño del absceso es predictivo del éxito del tratamiento antibiótico exclusivo y del tiempo de hospitalización. No existe un consenso acerca del tamaño límite del absceso a partir del cual se recomienda la cirugía, aunque varios estudios sugieren que la mayoría de los abscesos de > 7 cm requerirán drenaje. No obstante, se recomienda individualizar cada caso valorando cirugías pélvicas previas, deseos genésicos, evolución de la paciente con antibioterapia, etc.

El tratamiento quirúrgico, preferiblemente por vía laparoscópica, queda reservado para casos severos, pacientes hemodinámicamente inestables, con sospecha de rotura del absceso tubo-ovárico y para los casos de no mejoría con el tratamiento establecido. Se realizarán adhesiolisis, drenaje de los abscesos si existiesen y lavado abundante de la cavidad abdominal.

Otra posibilidad es el drenaje percutáneo guiado por técnicas de imagen, generalmente por ecografía. Es una intervención donde se coloca un catéter con anestesia local y se puede dejar el catéter en circuito cerrado de drenaje, con una duración variable en función de la evolución clínica. (Contactar con servicio de Radiología para valorar cada caso de forma individual).

En caso de hallazgo de un absceso tubo-ovárico en una paciente postmenopáusica se recomienda descartar un proceso maligno subyacente. Por tanto, se recomienda una exploración quirúrgica completa, preferiblemente por laparoscopia, para una valoración exhaustiva de la cavidad pélvica.

### SITUACIONES ESPECIALES

- **Gestantes:** La enfermedad inflamatoria pélvica es infrecuente en gestantes. En caso de presentarse es más frecuente en el primer trimestre. Requiere ingreso hospitalario y tratamiento intravenoso, evitando pautas con fármacos teratogénicos (quinolonas y tetraciclinas).

Así, la pauta recomendada es: **Ceftriaxona 2 g / 24 h IV + Azitromicina 1 g VO o IV en toma única (repetir a la semana) + Metronidazol 1,5 g/ 24 h IV**. Cuando exista mejoría y pueda usarse la VO, se recomienda pasar a Metronidazol 500 mg/12 h VO, hasta completar 14 días.

- **Paciente usuaria de DIU:** el riesgo de EIP se asocia sobre todo a las tres primeras semanas tras su colocación. Solo será necesario retirarlo si no existe mejoría clínica. Una vez retirado, se aconseja remitir al Servicio de Microbiología y solicitar un estudio microbiológico.

- **Pacientes VIH positivas:** la pauta antibiótica es similar a las pacientes inmunocompetentes.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Enfermedad inflamatoria pélvica

### RECOMENDACIONES GENERALES

1. Se debe recomendar a las pacientes con EIP evitar mantener relaciones sexuales hasta que hayan completado el tratamiento, estén asintomáticas y su pareja sexual haya sido tratada.
2. Se debe ofrecer detección de ITS a la/s pareja/s con la/s que la paciente ha mantenido relaciones sexuales en los 3 meses previos. El tratamiento de dichas parejas es imprescindible:
  - Si las muestras microbiológicas de la paciente son negativas o se desconocen, la pareja deberá recibir tratamiento antibiótico empírico precoz, siendo la pauta recomendada: **Ceftriaxona 500 mg IM en dosis única + Azitromicina 1 g VO en dosis única o Doxiciclina 100 mg/12 horas VO durante 14 días** (en caso de alergia a penicilina y derivados: Azitromicina 2 g VO dosis única).
  - Si se conoce el microorganismo causante de la EIP, la pareja será tratada con antibioterapia específica para dicho microorganismo.
  - Si la EIP ha sido secundaria a una instrumentación uterina (cirugía vaginal, inserción de DIU...) no será necesario realizar profilaxis antibiótica en la pareja.
3. Como ya se ha mencionado en las pruebas complementarias, se recomienda descartar otras ITS en las pacientes con EIP, realizando serologías de VIH, VHB, VHC y sífilis. Así mismo, se recomienda asesorar a las pacientes acerca de prácticas sexuales seguras.

### COMPLICACIONES Y SECUELAS

Las complicaciones pueden manifestarse de forma precoz y hasta varios años después del episodio de EIP:

- Rotura de absceso de tubo-ovárico y peritonitis.
- Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis o perihepatitis: se trata de una inflamación de la cápsula hepática y del peritoneo abdominal, con formación de adherencias entre ellos. El principal síntoma es el dolor en el hipocondrio derecho, que aumenta con los movimientos respiratorios.
- Esterilidad: la EIP es una causa frecuente de patología tubárica, que ocasiona estenosis, obstrucciones y adherencias.
- Embarazo ectópico: la EIP aumenta el riesgo relativo de gestación ectópica por 6-7 veces.
- Dolor pélvico crónico.
- Recurrencia: el 15-20 % de las pacientes volverá a tener otro episodio de EIP a lo largo de su vida.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Ross J, Guaschino S, Cusini M, Jensen J. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS*. 2018 Feb;29(2):108-114. doi: 10.1177/0956462417744099. Epub 2017 Dec 4. PMID: 29198181.
2. Baquedano Mainar L, Abad Rubio C, Adiego Calvo I, Colecha Morales M, de la Cueva Barrao MP, Franco Serrano C, et al. Protocolo aragonés de enfermedad inflamatoria pélvica. *Prog Obstet Ginecol* 2020;63:347-354
3. Savaris RF, Fuhrich DG, Maissiat J, Duarte RV, Ross J. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 8. Art. No.: CD010285. DOI: 10.1002/14651858.CD010285.pub3
4. Wiesenfel H. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents. En: Marrazzo J, Ed UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2021. [https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents/print?\\_escaped\\_fragment\\_ =](https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents/print?_escaped_fragment_=)

Autores	<b>Dr. Neukirch/ Dra. Sarrión Hernández</b>		
Fecha elaboración	<b>13/12 /2022</b>	Vigencia	<b>13/12/25</b>