



Enfermedad pélvica inflamatoria	CÓDIGO: HV/PCL07/POC17 EDICIÓN: 2.0
--	--

Realizado por: Alex Pujol Sánchez- Servicio de Ginecología y Obstetricia, HIE	Aprobado por: NPC
Destinatarios: médicos adjuntos al servicio de ginecología y obstetricia, personal de paritorio y urgencias, hospitalización obstétrica y ginecológica.	Fecha Aprobación: Mato 2017
A conocer por: todo el personal que asista a la paciente ginecológica y obstétrica.	Fecha última revisión: Mayo 2017 Fecha próxima revisión:

1. DEFINICION.

La enfermedad inflamatoria pélvica (**EIP**) es causa de una importante morbilidad en todo el mundo y tiene como última consecuencia una elevada tasa de infertilidad.

Sin embargo, se desconocen las cifras de incidencia y prevalencia en nuestra población y no existen datos fiables en otros países. La razón más importante para esta falta de datos está basada fundamentalmente, en que la EIP no es una enfermedad de declaración obligatoria, y no resulta fácil obtener información **por la falta de criterios clínicos y diagnósticos bien definidos**. A todo ello se suma la existencia de un importante número de mujeres con síntomas leves o vagos que dificultan el diagnóstico o en las que no se hace, y la enfermedad sólo se pone en evidencia por las complicaciones posteriores producidas por la obstrucción tubárica.

Se entiende por EIP la inflamación e infección del tracto genital superior en la mujer. Habitualmente afecta a las trompas de Falopio, ovarios y estructuras adyacentes y comprende una variedad de trastornos inflamatorios del tracto genital superior incluyendo combinaciones de endometritis, salpingitis, abscesos tubo-ováricos (**ATO**) y pelviperitonitis.

Microorganismos responsables de enfermedades de transmisión sexual (ETS) tales como *N. gonorrhoeae* y *Clamidia trachomatis*, están implicados en la mayoría de los casos. Sin embargo, microorganismos que forman parte de la flora vaginal normal, como *G. vaginalis*, *H. influenzae*, bacilos Gram negativos entéricos, microorganismos anaerobios, *S. agalactiae* y otros, pueden producir EIP.



Enfermedad pélvica inflamatoria

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

En la redacción de este protocolo se han tenido en cuenta principalmente los datos y la epidemiología de España y Europa y no tanto los de EE. UU, donde residen la mayor parte de datos internacionales, que no siempre coinciden con la epidemiología europea/española.

Este documento es de aplicación en consultas de ginecología y de obstetricia, en el bloque Obstétrico, en el bloque Quirúrgico, y en la Unidad de Hospitalización Materno-Infantil.

**Enfermedad pélvica
inflamatoria**

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

2. DOCUMENTACION DE REFERENCIA / LEGISLACIÓN APLICABLE.

- Manual del Sistema de Gestión de Calidad, Medio Ambiente y Gestión Energética.
- Normas UNE-EN-ISO 9001:2008; 9000:2005; 14001:2004 y 50001:2011.
- Documento **de la SEGO**:
 - Documento de Consenso “Enfermedad pélvica inflamatoria”, 2004.
- Documento de la **sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica**:
 - “Enfermedades de transmission sexual”.
- **British** association for sexual health and HIV (BASHH) :
 - “UK National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease 2011 »
- Guía de terapéutica antimicrobiana 2015: Mensa y Gatell. **Hospital Clinic de Barcelona.**
- Centers for disease control and prevention (CDC) U.S. Department of Health and Human Services: **Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015.**
- **Portal UpToDate**:
 - “Pelvic inflammatory disease: treatment” 2016.
 - “Pelvic inflamatory disease: clinical manifestations and diagnosis”, 2016.
 - “Abdominal Actinomycosis”, 2015.
 - “management and complications of tubo-ovarian abscess”, 2016.
 - “Mycoplasma hominis and ureaplasma urealyticum infections”, 2016.
- **Documento de la sociedad española de contracepción**: “Anticoncepción intrauterina”.

Enfermedad pélvica inflamatoria

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

3. Prevalencia

La incidencia y prevalencia de la EIP, como ya hemos dicho, es poco conocida, pues no se trata de una enfermedad de declaración obligatoria y además en muchas ocasiones no se diagnostica con exactitud mediante signos y síntomas clínicos.

El método **diagnóstico más preciso, que es la laparoscopia**, no se utiliza rutinariamente al tratarse de un método invasivo.

En España, recogiendo datos del informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) sobre salud de la mujer, se ha valorado la incidencia y prevalencia de la EIP a partir de la forma más severa de presentación, que corresponde a altas hospitalarias, estimándose un número **de 3000 casos anuales**. En la mencionada serie publicada se observa una tendencia decreciente de la enfermedad en los últimos años, especialmente en el grupo de mujeres de menos de 35 años.

4. Etiopatogenia. Microbiología.

En la EIP los microorganismos ascienden a través de vagina y cérvix hasta el endometrio, trompas de Falopio y estructuras adyacentes. Los gérmenes más frecuentemente implicados son ***Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*** juntamente con la flora aeróbica o anaeróbica vaginal. Sin embargo, **no se encuentra ninguno de estos dos gérmenes en un 25-50% de los casos de EIP**, con cultivos adecuados.

Se ha estimado que entre el 10-40% de mujeres con cervicitis clamidiásica desarrollará una EIP clínica mientras que sólo el 10-19% de mujeres con gonococo cervical tendrán la enfermedad.

Un gran número de especies incluyendo aerobios (***gardnerella vaginalis*, *mycoplasma genitalium*, *ureaplasma urealyticum***) y facultativos (***escherichia coli*, *streptococcus species*, *staphylococcus***) y bacterias anaerobias (***prevotella species*, *peptostreptococcus*, *peptococcus*, *mobiluncus species***) se han aislado en el tracto genital superior de mujeres con EIP pero su papel como patógeno en la EIP no está totalmente establecido.

Se ha asociado también ***mycoplasma hominis*** a la EIP porque se ha aislado en cérvix, pero **no se consigue detectar habitualmente en la trompa** y se ha sugerido que **podría ascender a través de los linfáticos del ligamento ancho**.

Enfermedad pélvica inflamatoria

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

Algunos gérmenes endógenos que se encuentran en la vagina (*actinomyces*, *campylobacter* y *clostridiae*) están implicados **muy raramente en la EIP**.

El **absceso tubo-ovárico** es típicamente polimicrobiano con un progresivo paso de gérmenes facultativos a bacterias anaeróbicas a medida que progresa la enfermedad.

Tener en cuenta que al menos **un 20-30% de pacientes** con EIP clínica y cambios tubáricos inflamatorios en la laparoscopia **no muestran crecimiento bacteriano alguno** en los cultivos.

Factores de riesgo:

- Múltiples parejas sexuales o pareja sintomática
- Precocidad en el inicio de las relaciones sexuales
- No uso del preservativo u otro método barrera
- Infección de pareja por gonococo o chlamydia
- Edad <25 años
- EIP previa
- DIU: solo está en periodo de riesgo las 3 semanas post inserción-inmediata

5. CLINICA

La condición clínica **más frecuente** de EIP es una paciente **con dolor pélvico y escasa afectación del estado general** ya que sólo un pequeño porcentaje de pacientes presentan formas pelviperitoníticas graves.

La infección del tracto genital inferior que precede al cuadro clínico puede pasar inadvertida o causar sólo ligeras molestias genitourinarias, ya que **la cervicitis** suele ser asintomática o producir leucorrea.

1. La aparición **de dolor pélvico** es el primer síntoma indicativo de infección ascendente y suele localizarse en el abdomen inferior (hipogastrio o con extensión bilateral a ambas fosas ilíacas), de instauración subaguda, persistente y poco intenso.

**Enfermedad pélvica
inflamatoria**

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

La infección por **Chlamydia trachomatis** suele ser más indolente, clínicamente menos florida que la **gonocócica**, pero con mayor grado de lesión residual tubárica.

2. **La leucorrea** se presenta aproximadamente en la mitad de los casos a menudo precediendo a la clínica de EIP aguda, como primera manifestación de una cervicitis y la dispareunia puede aparecer dentro de este contexto.
3. Clínicamente **existe fiebre en el 50% de casos**, a menudo en forma de febrícula que se incrementa conforme pasa el tiempo, a veces después de un coito o tras una exploración ginecológica, siendo más frecuente en las formas graves.
4. **El sangrado irregular** aparece asimismo con mayor frecuencia en los casos de infección **por chlamidias**. Según algunos autores ante la aparición "de novo" de metrorragias en una mujer joven sexualmente activa no usuaria de anticoncepción hormonal debemos descartar infección genital (endometritis) especialmente **si coexiste con otros síntomas indolentes genitourinarios** (urgencia miccional por ejemplo).

En conclusión:

En la práctica clínica debemos descartar la existencia de EIP cuando en una mujer sexualmente activa se presenta dolor pélvico acompañado de fiebre y leucorrea.

La gravedad de las secuelas de este proceso justifica que esté sobrediagnosticada y tratada precozmente especialmente en nulíparas.

6. Peri-hepatitis o síndrome de Fitz-Hugh-Curtis:

La perihepatitis asociada a EIP fue descrita en 1920 por Stajano y consiste en la presencia de dolor agudo en hipocondrio derecho asociado a salpingitis.

Normalmente los signos y síntomas de la enfermedad van precedidos por el inicio de la EIP pero también pueden presentarse antes de que los signos de la infección genital sean aparentes. Por ello el diagnóstico diferencial con la colestitis aguda o la pleuritis puede ser difícil.

Clínicamente se producen adherencias en "**cuerda de violín**" entre la **superficie hepática y la pared abdominal y bases diafragmáticas**, cuyo diagnóstico puede

**Enfermedad pélvica
inflamatoria**

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

hacerse durante la laparoscopia, por ello se recomienda la visualización de toda la cavidad abdominal en casos de EIP.

Con técnicas de diagnóstico por la imagen como el TAC se ha observado un engrosamiento de la capsula hepática que desaparece cuando se produce la mejoría clínica después del tratamiento.

Aunque inicialmente se asoció este síndrome a la infección gonocócica en estos momentos existe evidencia de que es una forma clínica que puede presentarse en la EIP asociada a **Chlamydia trachomatis**. Aunque desconocemos el mecanismo la diseminación de los gérmenes hasta la superficie hepática podría producirse por contiguidad o a través de las vías linfáticas o hemática.

7. DIAGNOSTICO, EXPLORACION y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración:

- Mediante **la especuloscopia** valoraremos vagina y cérvix, objetivando signos de inflamación, presencia de leucorrea y en ocasiones salida de exudado por el orificio cervical externo (espontánea o tras presionar ligeramente con el espéculo) procediendo en ese momento a la **recogida de muestras endocervical y vaginal** que servirán para realizar tinción de gram, frotis en fresco y cultivos microbiológicos.
- La **exploración combinada abdominovaginal** puede provocar **dolor a la movilización cervical y a la presión del Douglas**, aunque en ocasiones no obtendremos información de la exploración debido a la defensa muscular que puede ofrecer la paciente.
La palpación de los anejos es dolorosa y se pueden palpar engrosados, fijos y muy sensibles a la presión ejercida sobre ellos.

En los casos en que el proceso haya evolucionado hacia un ATO será posible delimitar en una o ambas zonas anexiales, una tumoración irregular mal delimitada, próxima al útero, dolorosa y totalmente fija.

Enfermedad pélvica inflamatoria

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

A modo de resumen, estos son los criterios diagnósticos de la CDC de Atlanta de 2002 para ayudar en el diagnóstico diferencial y son los criterios más repetidos en la bibliografía consultada:

Criterios mayores

- Dolor uterino o anexial o
- Dolor a la movilización cervical

Criterios adicionales para aumentar la especificidad:

- Leucorrea anormal vaginal y/o cervical.
- Fiebre superior a 38 grados.
- Analítica alterada (ver más adelante): VSG o PCR aumentadas, leucocitosis con desviación a la izquierda.
- Evidencia de laboratorio de Neisseria Gonorrhoea y/o Chlamydiae trachomatis en endocervix.

Ecografía:

La ecografía transvaginal es una **exploración fundamental** en pacientes que consultan por dolor pélvico agudo. En una paciente con sospecha de EIP la ecografía es necesaria para realizar el diagnóstico diferencial de una masa pélvica (absceso tubo-ovárico, embarazo ectópico, quistes de ovario etc.) y para valorar anomalías como la existencia de líquido libre en Douglas pudiendo detectar anomalías hasta en el 70% de casos.

En los casos **de EIP leve la ecografía suele ser normal** y en estadios más avanzados se pueden observar engrosamientos anexiales, dilataciones tubáricas, exudado peritoneal y abscesos pélvicos con una seguridad diagnóstica del 95% aunque para algunos autores estos hallazgos no son específicos. Hay que tener en cuenta además que la interpretación de la ecografía vaginal es operador-dependiente

**Enfermedad pélvica
inflamatoria**

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

Analítica y pruebas complementarias

- En el **hemograma** podemos encontrar **una leucocitosis** (superior a 10.000/mm³) en más del 50% de casos y puede detectarse **un aumento de la VSG y de proteína C** en más del 70% de pacientes con EIP. El aumento de proteína C puede además ser nos de utilidad para valorar el grado de severidad de la enfermedad.
- En el **frotis vaginal** la presencia de **leucocitos** no tiene valor diagnóstico pero su **ausencia es un dato importante** ya que un frotis vaginal con flora normal nos excluye con alta probabilidad un cuadro de EIP de inicio reciente.
- **Hemocultivo** (en casos sospecha de sepsis).
- **Cultivo endocervicales y vaginales.**
- **Test de gestación** si duda

Enfermedad pélvica inflamatoria

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

8. CRITERIOS DE HOSPITALIZACION

Una vez diagnóstica la EPI, estas son las situaciones en las que se recomienda el ingreso de las pacientes:

- 1.- Pacientes con abscesos tubo-ováricos para observación directa, o que se sospeche puedan precisar tratamiento quirúrgico. La observación deberá ser al menos durante 24 horas, después de las cuales la paciente puede continuar su tratamiento en el domicilio.**
- 2.- Dudas razonables sobre la existencia de abdomen agudo (apendicitis, embarazo extrauterino, etc.) cuya existencia no ha podido ser totalmente excluida.
- 3.- Embarazo o paciente adolescente.
- 4.- Fracaso del tratamiento empírico previo demostrado por la ausencia de mejoría clínica en 48 horas aproximadamente. Empeoramiento clínico progresivo de la paciente (Fiebre alta, náuseas, vómitos de novo, aumento del dolor...)
- 5.- La paciente no es capaz de seguir un tratamiento ambulatorio o presenta signos de intolerancia al mismo.
- 6.- Pacientes **inmunodeprimidas (infección por VIH avanzada, u otras causas).**

En ausencia de los anteriores criterios, queda a juicio del facultativo la gravedad de la paciente que justifique el ingreso.

9. TRATAMIENTO ANTIBIOTICO

El tratamiento de la EIP tiene como primer objetivo la erradicación de los gérmenes causantes de la infección mediante una correcta cobertura antibiótica por lo que debemos efectuar **un tratamiento empírico inicial.**

Este tratamiento debe tener en cuenta **la etiología polimicrobiana de la enfermedad con implicación de Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, cocos gram positivos, bacilos gram negativos y germenes anaerobios.**

El tratamiento debe iniciarse tan pronto como se haya realizado el diagnóstico de presunción y practicadas las exploraciones indispensables, **ya que la prevención de secuelas a largo plazo se ha asociado directamente con la inmediata administración de antibióticos apropiados**

**Enfermedad pélvica
inflamatoria**

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

En conclusión, este tratamiento debe ser **empírico, de amplio espectro, precoz y ha de tener en cuenta la biodisponibilidad, el coste y la susceptibilidad antimicrobiana.**

a. tratamiento ambulatorio:

Si no se cumplen los criterios de hospitalización previamente descritos, se instaurará un régimen de tratamiento ambulatorio.

La paciente debería **permanecer en reposo y ser valorada nuevamente a las 48-72 horas** desde el inicio del tratamiento procediendo a su ingreso si no existe mejoría clínica:

- **Ceftriaxona** 250 mg im dosis única.
- **+ doxiciclina** de 100 mg/12horas por vía oral, comprimidos de 100 mg.
- **Valorar añadir el metronidazol si:**
 - ⇒ Sospecha alta de vaginosis bacteriana como hallazgo en la exploración de Leucorrea blanco-grisácea maloliente etc...
 - ⇒ Historia personal de instrumentación ginecológica los días previos.
 - ⇒ Absceso pélvico/tubo-ovarico (que no precise ingreso hospitalario)
 - ⇒ **+ metronidazol** 500 mg/12 horas por vía oral, comprimidos de 250 mg.
- Todo, durante 14 días.

Si alergia a penicilinas y derivados:

- **Levofloxacino de 500 mg/24 horas** por via oral, comprimidos de 500 mg.
- **+ metronidazol 500 mg /12h** por vía oral, comprimidos de 250 mg.
- También durante 14 días.

**Enfermedad pélvica
inflamatoria**

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

10. TRATAMIENTO HOSPITALARIO

1era pauta de elección

- **Cefoxitina**, 2 gr iv/6h
- **Doxiciclina**, 100 mg cada 12h por vo (también podría ser iv pero causa muchos efectos secundarios)

Mantener la pauta hasta **24-48h de la mejoría clínica**.

Pasar posteriormente a la vía oral:

- **Doxiciclina de 100 mg/12h vo**
- **+ metronidazol 500 mg/12h vo, comprimidos de 250 mg**
- Hasta completar los 14 días de tratamiento.

2n pauta, en caso de alergia a penicilinas y mientras no esté disponible la 1era pauta en nuestro hospital:

- **Clindamicina** 900 mg iv/8horas
- **+ Gentamicina** iv a 2mg/kg como dosis de carga/de ataque:
 - esto equivale, si una paciente de 80 kg por ejemplo, a las dosis más conocidas de **240 mg/24h o de 80 mg/8h**.
- Si no mejoría, añadir **Ampicilina 2gr iv /6h** (en caso de no alergia a la penicilina)

Mantener la pauta hasta **24-48h de la mejoría clínica**.

Pasar posteriormente a la vía oral:

- **Clindamicina 450 mg/8h**, comprimidos de 300 y 150 mg.
- Hasta completar los 14 días de tratamiento.

Enfermedad pélvica inflamatoria

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

11. Tratamiento quirúrgico

Uno de los temas más controvertidos es si debería realizarse laparoscopia quirúrgica inicial en casos de gravedad y ATO o si solamente debemos realizar el tratamiento endoscópico si no existe respuesta al tratamiento antibiótico.

Los estudios para responder a esta cuestión son contradictorios. Por ello se considera que son necesarios estudios prospectivos comparativos sobre la eficacia del tratamiento quirúrgico endoscópico como primer paso del tratamiento de la EIP aguda **y la influencia del procedimiento sobre las secuelas posteriores.**

La introducción del tratamiento antibiótico en la EIP supuso una drástica disminución de las intervenciones quirúrgicas realizadas ya que se produce mejoría del cuadro clínico infeccioso en la mayoría de los absceso-tubo-ovaricos, **especialmente si son unilaterales y menores de 8 cm.**

El fallo en el tratamiento médico se define por:

- persistencia de la fiebre y/o de la leucocitosis,
- aumento del tamaño del ATO y sospecha de ruptura del absceso.
- Según Sweet et al., se produce un fallo de respuesta al tratamiento antimicrobiano en **el 30-40% de casos de ATO.**

Como conclusión del tratamiento quirúrgico recomendamos que:

- 1.** En los casos de duda diagnóstica se efectúe laparoscopia inicialmente y al confirmarse la EIP realizaremos los procedimientos referidos (no olvidar si se puede tomar muestras para cultivo).
- 2.** Cuando se efectúe tratamiento antibiótico inicial y se produzca fallo de tratamiento después **de 48-72 horas**, recomendamos endoscopia quirúrgica.

Enfermedad pélvica inflamatoria

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

12. DIU

El riesgo de desarrollar una EPI está fundamentalmente relacionado con el proceso de inserción y con la presencia de infecciones de transmisión sexual en el cérvix. El riesgo es seis veces superior en los **20 primeros días tras la inserción**, aunque el riesgo total, sigue siendo bajo. Posteriormente, el riesgo es similar al de las no usuarias.

Existe una serie de consideraciones a tener en cuenta en caso de paciente portadora de DIU y afecta de una EPI:

- El riesgo de EPI está asociado al DIU en el momento de la inserción.
- Los monofilamentos de los hilos de DIU **NO son vectores de infección**.
- El tratamiento de la EPI con el DIU in situ no se ve disminuido ni afectado por la respuesta al tratamiento antibiótico.

En los casos de EIP asociada a DIU el tema de la retirada del dispositivo en el momento del diagnóstico **es controvertido** y para algunos autores **sólo debería retirarse en los casos de infección severa**.

Por lo tanto, el manejo clínico se resume en:

- Se debe tratar la EPI con antibióticos adecuados.
- **No es necesario retirar el DIU si la paciente desea continuar con este.**
- Si la paciente **NO desea conservar el DIU, retirarlo después de haber comenzado el tratamiento antibiótico.**
- Si la infección no mejora tras 48-72 horas de tratamiento, lo aconsejable es retirar el DIU y continuar con los Antibióticos.
- En caso de **absceso tubo-ovárico**, la recomendación encontrada en la literatura es la **retirar el DIU** después de haber iniciado la terapia antibiotica.

**Enfermedad pélvica
inflamatoria**

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

Presencia de Actinomices:

- Los actinomices (bacilos gram positivos) han sido identificados como parte de la flora habitual de la mujer, por lo que su papel en las infecciones de portadoras de DIU no está del todo aclarado.
- Las recomendaciones actuales para usuarias de **DIU asintomáticas** y con presencia de Actinomices en la citología cervical de cribado, se centran en la **conducta expectante** (*no olvidar que su implicación en la EIP no deja de ser raro*).
 - Si con esa misma citología, en el caso de que se trate de una paciente con **síntomas** de dolor pélvico, se debe **valorar la retirada del DIU**.
- **Tratamiento en el caso de EIP activa y sospecha del Actinomyces como agente causal:**

En este caso y dado la duración del tratamiento, sería conveniente **el manejo multidisciplinar** con el servicio de enfermedades infecciosas del hospital.

- **Penicilina G sódica iv:**
 - las fuentes bibliográficas recomiendan un tratamiento aproximado que va de 18-24 Millones U/día, dividido cada 4 o 6h y de 2 a 6 sem.
 - **Con el objetivo de facilitar la comprensión de este protocolo, una proposición de tratamiento sería:**
 - Penicilina G sódica: 5 millones U iv/6h,
 - la duración del tratamiento se decidirá en función del caso y en consenso con el servicio de infecciosas
- seguido de **amoxicilina** 500 mg/8h vo de 6 a 12 meses.
- Alternativa si alergia a las penicilinas, uno u otro antibiotico:
 - **doxiciclina** 100 mg/12h iv durante las 2-6 semanas iniciales y luego pasar a la via oral con las mismas dosis.
 - **clindamicina** 300-450 mg/6h con el mismo régimen.

**Enfermedad pélvica
inflamatoria**

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

13. EMBARAZO

Ningún régimen antibiótico de los propuestos en la literatura es superior el uno del otro. Según las fuentes consultadas (royal college y el portal UpToDate), no especifican mucho entre el manejo de un caso leve o el de un absceso tubo-ovarico, una propuesta de tratamiento seria:

Casos leves (manejo ambulatorio):

- ceftriaxona im 250 mg
- + eritromicina vo, 500 mg/6h

Casos más graves (ingreso hospitalario):

- Ceftriaxona 2g/24h
- + eritromicina iv, 500 mg/6h
- + metronidazol iv 500mg /8h.

Luego seguir las mismas pautas de manejo y de duración que las vistas anteriormente en pacientes no embarazadas



Enfermedad pélvica inflamatoria

CÓDIGO: HV/PCL07/POC17

EDICIÓN: 2.0

14. Manejo de las parejas sexuales

Las parejas sexuales de las pacientes con **EIP demostrada** deben ser examinadas y tratadas por su médico de atención primaria.

15. Seguimiento

Todas las pacientes deben ser vistas en consulta en cuanto sepamos que los cultivos están disponibles, para observar la evolución clínica.

En la consulta:

- Las pacientes **asintomáticas** con cultivos **positivo a clamidias o al gonococo**, deben ser re-evaluadas a **los 3 meses** con un nuevo cultivo, **NO** antes.
- En el caso de las pacientes en las que **persistieran síntomas** o se observara resistencia a los antibióticos administrados, según el resultado de los cultivos, habría que adecuar el tratamiento antibiótico y nueva revisión **como a los 2-4 semanas**.
- Las pacientes con cultivos positivos en **ureaplasma y/o micoplasma**, si se encuentran **asintomáticas**, **NO precisan más revisiones ni tratamientos, ni cultivos de control**.



Enfermedad pélvica inflamatoria	CÓDIGO: HV/PCL07/POC17 EDICIÓN: 2.0
--	--

FORMATOS

No aplica

ANEXOS

No aplica

CONTROL DE CAMBIOS

Es un protocolo de nueva creación.