

## ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EDO)

**Etiología:** *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, Cocos Gram positivos, Bacilos Gram negativos, Bacterias anaerobias.

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO					
CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
Enfermedad Pélvica Inflamatoria leve o moderada*  Grado I-II de Monif <sup>§ 14</sup>	<b>Ceftriaxona</b> <sup>#</sup> im, 500 mg, dosis única o <b>Cefixima</b> oral 400 mg, dosis única  + <b>Doxiciclina</b> oral, 100 mg cada 12 horas, 14 días  ± <b>Metronidazol</b> <sup>▼&amp;</sup> oral, 500 mg cada 12 horas, 14 días <sup>6,19</sup>	A	<b>Cefoxitina</b> im, 2 g, dosis única con <b>Probenecid</b> oral, 1 g, dosis única  + <b>Doxiciclina</b> oral, 100 mg, cada 12 horas, 14 días  ± <b>Metronidazol</b> <sup>▼&amp;</sup> oral, 500 mg cada 12 horas, 14 días <sup>6,19</sup>  <b>Ofloxacino</b> <sup>▼</sup> oral, 400 mg, cada 12 horas, 14 días  + <b>Metronidazol</b> <sup>▼&amp;</sup> oral, 500 mg cada 12 horas durante 14 días <sup>19</sup>	A          A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reevaluar al paciente en 48-72 horas Si no responde a las 72 horas, ingreso hospitalario.</li> <li>• Todas las mujeres deben ser estudiadas por una posible infección por VIH<sup>6</sup></li> <li>• Los contactos sexuales deben ser estudiados por la posible infección con gonococo o <i>Chlamydia</i><sup>19</sup></li> <li>• Si no es posible su screening, recibirán tratamiento para cubrir ambos<sup>19</sup>.</li> </ul> <p><b>Medidas Preventivas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar las relaciones hasta que el paciente índice haya completado el tratamiento<sup>15</sup></li> <li>• Utilizar métodos anticonceptivos de barrera.</li> <li>• Consulta rápida ante la sospecha o riesgo de infección.</li> <li>• Cribado de infección de <i>Chlamydia trachomatis</i> y <i>Neisseria Gonorrhoeae</i>.</li> </ul>

### OBSERVACIONES:

#### \*Criterios diagnósticos<sup>4</sup>

- Criterios mínimos:
  - Dolor uterino o anexial o
  - Dolor a la movilización cervical.
- Criterios adicionales para aumentar la especificidad:
  - Leucocitosis en el frotis en fresco vaginal.
  - Leucorrea anormal vaginal y/o cervical y/o friabilidad cervical
  - Fiebre > 38,3°C.
  - Aumento de VSG o Proteína C Reactiva.
  - Evidencia de laboratorio de *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis* en endocervix.

Hasta un 40-50% de los casos tienen una etiología mixta *Chlamydia*-gonococo, por lo que se recomienda que el tratamiento empírico cubra ambos patógenos<sup>6</sup>. Debido a la dificultad del diagnóstico y el daño potencial para la salud reproductiva de la mujer, ante la sospecha de EPI se debe administrar tratamiento precozmente.<sup>6,19</sup>

**EPI y embarazo:** La EPI probablemente complique al embarazo con mayor frecuencia de lo que se piensa. El diagnóstico se confunde fácilmente debido a las múltiples causas de dolor abdominal y otros síntomas que ocurren durante éste. Después de la semana 12 de gestación, el saco gestacional intacto forma una barrera al ascenso de las bacterias cérvico-vaginales al tracto genital superior, y por lo tanto es difícil que se presente una EPI. Sin embargo, se han propuesto otros mecanismos para el desarrollo de EPI en gestaciones ya avanzadas como la diseminación linfática y vascular. La EPI y el absceso tubo-ovárico se pueden presentar durante el embarazo y deben incluirse en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal en estas pacientes, pues es importante un tratamiento pronto y adecuado para prevenir la pérdida fetal.<sup>6</sup>

**EPI en portadoras de DIU:** Existe riesgo de EPI en las primeras 3 semanas post inserción. Si se diagnostica EPI en usuarias de DIU, no es necesario retirarlo. Los contactos sexuales en los 60 días antes de la aparición de síntomas deben ser evaluados, testados y tratados para *Chlamydia* y gonococo<sup>6</sup>.

§ **Estadíos**<sup>14</sup>:

- Estadio I: Salpingitis aguda sin pelviperitonitis.
- Estadio II: Salpingitis aguda con pelviperitonitis.
- Estadio III: Salpingitis con formación de abscesos tubo-ováricos.
- Estadio IV: Rotura de absceso tubo-ovárico, peritonitis generalizada.
- Estadio V: Categoría de diferentes agentes etiológicos que pueden emular a la salpingitis aguda, es decir, *Mycobacterium tuberculosis*.

Sólo trataremos en Atención Primaria el estadio I-II, siendo necesario para el resto derivación hospitalaria.

# **Ceftriaxona:** medicamento de "Diagnóstico Hospitalario". Requiere visado.

& Añadir **metronidazol** en caso de absceso, sospecha de infección por tricomonas o instrumentación ginecológica reciente.

▼ **NOTAS DE SEGURIDAD**

**Fluorquinolonas:** Se recomienda el uso de **levofloxacino** antes que **moxifloxacino**, dada la posible asociación entre el uso de moxifloxacino con casos de **hepatitis fulminante y reacciones cutáneas ampollosas** (Nota informativa ref. 2008/4 de la AEMPS). La información disponible sobre toxicidad hepática comparada entre ambas fluorquinolonas es muy limitada. El Sistema Español de Farmacovigilancia (FEDRA) presenta registro de datos de hepatotoxicidad de ambas fluorquinolonas. La Agencia Europea del Medicamento recomienda que, en el tratamiento de la sinusitis, moxifloxacino sólo debe utilizarse cuando han fallado otros tratamientos.

Las fluoquinolonas deben ser usadas con precaución en pacientes con factores de riesgo para la **prolongación del intervalo QT** (Fluorquinolonas y prolongación del intervalo QT: actualización de la información. Informe mensual sobre medicamentos de uso humano y productos sanitarios, AEMPS, diciembre 2010).

**Macrólidos:** La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que azitromicina puede ocasionar **irregularidades en el ritmo cardíaco** potencialmente fatales. Los **macrólidos** deben ser usados en precaución en los siguientes pacientes: aquellos con factores de riesgo conocidos como prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardíaco más lento de lo normal o el uso concomitante de ciertos medicamentos utilizados para tratar las alteraciones en el ritmo cardíaco o arritmias.

**Metronidazol:** Evitar ingestión de alcohol durante el tratamiento hasta 48 horas después por efecto antabús.

**CRITERIOS DE DERIVACIÓN E INGRESO HOPITALARIO:** Embarazo, falta de tolerancia o respuesta a la medicación, falta de adherencia al tratamiento, náuseas y vómitos, clínica severa, sospecha de absceso pélvico, descartar patología quirúrgica urgente, seropositividad a VIH, estadios de EPI III y IV<sup>6</sup>

Se entiende por enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) la inflamación e infección del tracto genital superior en la mujer. Habitualmente afecta a las trompas de Falopio, ovarios y estructuras adyacentes. Comprende una variedad de trastornos inflamatorios del tracto genital

superior incluyendo combinaciones de endometritis, salpingitis, abscesos en tubo-ováricos y pelviperitonitis<sup>6</sup>. Puede cursar de forma asintomática, pero en el 5-10% de los casos tiene un curso grave. Puede producir complicaciones posteriores como infertilidad de causa tubárica, embarazo ectópico y/o dolor pélvico crónico.

Las manifestaciones clínicas más importantes son: dolor pélvico, que puede ser unilateral, constante o intermitente, dispareunia, alteraciones menstruales, sangrado postcoital y fiebre. Los signos más importantes son: dolor a la movilización cervical, dolor anexial o uterino y fiebre. Debido a la dificultad del diagnóstico y el daño potencial para la salud reproductiva de la mujer, ante la sospecha de EPI se debe administrar tratamiento precozmente.<sup>6</sup>

### **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA (POR ORDEN ALFABÉTICO)**

1. Antoniou T et al. Trimethoprim-Sulfamethoxazole-Induced Hyperkalemia in Patients Receiving Inhibitors of the Renin-Angiotensin System. A Population-Based Study. *Arch Intern Med.* 2010;170:1045-9.
2. Antoniou T et al. Trimethoprim-sulfamethoxazole and risk of sudden death among patients taking spironolactone. *CMAJ* 2015. DOI:10.1503/cmaj.140816.
3. Bignell C. UK National Guideline on the Diagnosis and Treatment of Gonorrhoea in Adults. 2011. *Int J STD & AIDS* 2011; 22: 541–7. doi: 10.1258/ijsa.2011.011267.
4. British Association for Sexual Health and HIV. United Kingdom National Guideline on the management of Phthirus pubis infestation. 2007. Disponible en URL: <http://www.bashh.org/documents/86/86.pdf>.
5. Cano Portero R et al. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, junio 2015.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Guidelines; Workowski: CDC 2015. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>.
7. Edwards S. UK National Guideline on the Management of Balanoposthitis. 2008. Disponible en: <http://www.bashh.org/documents/2062>.
8. European Association of Urology (EAU). Guidelines on urological infections. Arnhem: EAU; 2015. Disponible en URL: <https://uroweb.org/>.
9. Fernando I et al. UK national guideline for the management of Genital Molluscum in adults, 2014 Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV. *Int J STD AIDS.* 2015 Sep;26(10):687-95. doi: 10.1177/0956462414554435.
10. Fralick M et al. Co-trimoxazole and sudden death in patients receiving inhibitors of renin-angiotensin system: population based study. *BMJ* 2014;349:g6196 doi: 10.1136/bmj.g6196.
11. Gibson R et al. UK National Guidelines on the Management of Anogenital Warts 2015. Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV.
12. Horner P et al; Clinical Effectiveness Group of the British Association for Sexual Health and HIV. 2015 UK National Guideline on the management of non-gonococcal urethritis. *Int J STD AIDS.* 2016 Feb;27(2):85-96. doi: 10.1177/0956462415586675.
13. Kingston M et al. Members of the Syphilis guidelines revision group 2015, Radcliffe K, Cousins D, FitzGerald M, Fisher M, Grover D, Higgins S, Kingston M, Rayment M, Sullivan A. UK national guidelines on the management of syphilis 2015. *Int J STD AIDS.* 2016 May;27(6):421-46. doi:10.1177/0956462415624059.
14. Monif GR. Clinical staging of acute bacterial salpingitis and its therapeutic ramifications. 1982. *Am J Obstet Gynecol*;143:489-95.
15. Nwokolo NC et al. 2015 UK national guideline for the management of infection with Chlamydia trachomatis. *Int J STD AIDS.* 2016 Mar;27(4):251-67. doi: 10.1177/0956462415615443.
16. O'Farrell N et al. UK National Guideline for the management of Chancroid 2014. *Int J STD AIDS.* 2014 Dec;25(14):975-83. doi: 10.1177/0956462414542988.

17. Patel R et al. 2014 UK national guideline for the management of anogenital herpes. *Int J STD AIDS*. 2015 Oct;26(11):763-76. doi: 10.1177/0956462415580512.
18. Richens J. UK National Guideline for the Management of Donovanosis. 2011. Disponible en: <http://www.bashh.org/documents/3194>.
19. Ross J et al. UK National Guideline for the management of pelvic Inflammatory Disease. 2011. Disponible en: <http://www.bashh.org/documents/3205>.
20. Scott G. UK National Guideline on the Management of Scabies infestation. 2007. Disponible en: <http://www.bashh.org/documents/27/27/pdf>.
21. Sherrard J et al. United Kingdom National Guideline on the Management of *Trichomonas vaginalis* 2014. *Int J STD AIDS*. 2014 Jul;25(8):541-9. doi: 10.1177/0956462414525947.
22. Sistema de Información Microbiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Informe anual del Sistema de Información Microbiológica 2014. Madrid, 2015.
23. Street E et al. UK National guideline for the management of epididymo-orchitis. 2010. Disponible en: <http://www.bashh.org/documents/2760>.
24. van Schalkwyk J et al. ; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37(3):266-76.
25. White J et al; British Association for Sexual Health and HIV. 2013 UK Guideline for the management of lymphogranuloma venereum: Clinical Effectiveness Group of the British Association for Sexual Health and HIV (CEG/BASHH) Guideline development group. *Int J STD AIDS*. 2013 Aug;24(8):593-601. doi:10.1177/0956462413482811.