

**Data d'elaboració del protocol: 10/11/2018**

**ID: G009**

**Títol: MALALTIA INFLAMATÒRIA PÈLVICA**

**Paraules clau:** MIP, tracte genital superior i inferior, endometri, trompes de Fal·lopi, ovaris, peritoneu pèlvic, vagina, cèrvix

**Versió núm.: 2**

Elaboració

Adaptació

Actualització

**COMISSIÓ / COMITÈ / GRUP DE TREBALL (si s'escau):**

<b>Autors</b> (marcar el coordinador)	<b>Serveis / Àrea</b>	<b>Directors de Servei/Unitat i signatures</b>
Dra. Nerea Luqui Dra. Laura Blanch Dra. Cristina Vanrell	Ginecologia i Obstetrícia	Dra. Elisa Llurba 
Dra. Anna Feliu	Farmàcia	Dra. M. Antònia Mangues 
Dr. López-Contreras	Malalties Infeccioses	Dra. Mercè Gurguí 

**Àmbit d'aplicació del Protocol/GPC:**

Ambulatori

Hospitalització

Laboratori

Rehabilitació

Urgències

Quirúrgic

Diagnòstic per la Imatge

El protocol/guia conté fàrmacs que afecten a pacients ingressats o de dispensació ambulatoria hospitalària?  Sí  No

Si la resposta és afirmativa, data de revisió pel Servei de Farmàcia: 10/11/2018

Data d'entrada del protocol al PQA: 15/01/2019    Data d'institucionalització: 07/03/2019

## PROTOCOL: MALALTIA INFLAMATÒRIA PÈLVICA. SERVEI GINECOLOGIA HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Última actualització: març 2019

La Malaltia Inflamatòria Pèlvica (MIP) és un procés inflamatori-infecció del tracte genital superior (endometri, trompes de Fal·lopi, ovaris i peritoneu pèlvic).

La infecció-inflamació puja des del tracte genital inferior (vagina i cèrvix) amb la endometritis com un estadi entremig en la patogènia de la malaltia.

Cursa amb una ampli ventall de manifestacions clíniques, generalment subtils, que fan que en molts casos la infecció s'estengui de forma silent, dificultant i endarrerint el diagnòstic. Això comporta, en alguns casos, greus seqüeles com infertilitat, gestació ectòpica i dolor pèlvic crònic.

### 1. ETIOLOGIA

La MIP es pot considerar polimicrobiana. S'han identificat diversos patògens responsables i freqüentment ens trobem amb infeccions mixtes.

#### **MIPs derivades d'una infecció de transmissió sexual (ITS):**

- Clàmidia i Gonococ (al voltant del 30%, menys del 50%)<sup>4</sup>
- M. Genitalium (al voltant d'un 15%)<sup>5,6</sup>

**MIPs causades per microorganismes propis de la flora vaginal:** G. vaginalis i altres anaerobis (E. coli, clostridium, actinomydes, lactobacillus, bacteroides, fusobacterium). H. influenzae, S. agalactiae, M. hominis, U. Urealyticum.

### 2. FISIOPATOLOGIA

La forma d'infecció més freqüent és via ascendent, tot i que també pot donar-se per contigüitat o via hematògena (infreqüent).

El sistema immunitari de la mucosa del tracte genital inferior femení (vagina i cèrvix) està adaptat per eliminar patògens. La presència de bacteries comensals i la barrera protectora de la mucosa fan que, tot i la constant exposició a microorganismes patògens, la infecció genital sigui rara.

L'alteració de la barrera mucosa i/o del microbioma vaginal, pot permetre l'entrada de patògens al tracte genital superior.

L'ambient microbià d'una vaginosis bacteriana s'associa amb la producció de proteïnases mucolítiques que degraden la barrera mucosa i els antimicrobians naturals del tracte genital. Això potencia el desenvolupament de cervicitis i ascens de la infecció, facilitant la endometritis i salpingitis.

Quan la infecció arriba a les trompes de Fal·lopi es produeix una degeneració i desciliació de les cèl·lules ciliades juntament amb infiltrat cel·lular submucós. Més tard es produeix un edema de les parets de les trompes que poden acabar amb adherències i obstruccions tubàriques (originant infertilitat i risc de gestació ectòpica posterior).

Si la MIP progressa a la cavitat peritoneal a través dels orificis tubàrics on produeix la mateixa reacció inflamatòria a nivell de la superfície uterina, intestinal i ovàrica, originant edema i adherències que poden comportar la creació d'abscessos, sdr adherencial sever i dolor pèlvic crònic.

### 3. FACTORS DE RISC

- Edat < 25 anys
- Inici precoç de relacions sexuals
- Múltiples parelles sexuals
- Parella sexual recent (< 3 mesos)
- No utilització mètodes de barrera
- ETS prèvies (pacient o parella). Antecedent de MIP
- Vaginosi bacteriana
- DIU: les 3 primeres setmanes post-inserció
- Interrupcions embaràs amb o sense instrumentació
- Instrumentació uterina: histeroscòpia, histerosalpingografia, serumsonografia, FIV

### 4. CLÍNICA

Degut a que l'espectre d'afectació és molt ampli (cervicitis.peritonitis), la clínica pot ser molt variable i en molts casos molt subtil o fins i tot asimptomàtica.

**Els símptomes** més freqüents són:

- dolor a hipogastri, generalment bilateral
- dispareunia profunda
- flux vaginal anormal/abundant
- sagnat anormal: intermenstrual, SMA, coitorràgia

També es pot presentar:

- disúria, pol·laciúria
- dolor lumbar
- febre (les manifestacions sistèmiques són molt poc habituals)

En molts casos la simptomatologia es tan subtil que passa desapercibuda: MIP subclínica. Hi ha evidència que en aquests casos, encara que menys freqüentment, també es poden produir complicacions reproductives a llarg termini.

Distingim dos tipus de MIPs:

- MIP no complicada: aquella que presenta endometritis/salpingitis sense abscess
- MIP complicada: aquella que presenta abscess, en casos de molt mal estar general i gestants

### 5. DIAGNÒSTIC

El diagnòstic de la MIP és clínic, amb un VPP del 65-90% <sup>2,3</sup>, és complicat per la gran varietat de símptomes amb que es pot presentar.

El diagnòstic s'ha de considerar en tota DONA QUE REFEREIX DOLOR HIPOGÀSTRIC i que presenta DOLOR a la mobilització cervical/palpació annexal o uterina en què s'han DESCARTAT ALTRES CAUSES

Hi ha uns criteris addicionals que augmenten la especificitat del diagnòstic, però no són imprescindibles per aquest:

- febre
- flux abundant, leucocitosis
- friabilitat cervical
- augment de la PCR, VSG, leucocitosis
- PCR positiva per Clamidia/Gonococ/M. genitallium
- troballes ecogràfiques
- biòpsia endometrial
- laparoscòpia

Per tant, davant la sospita diagnòstica de MIP, realitzarem en tots els casos:

### 1. Exploració física

- **Especuloscòpia:** Valorar leucorrea + obtenció de mostres endocèrvix i vagina:

Cultiu VAGINAL (*mostra-exsudat vaginal-infecció genital*)

PCR i cultiu ENDOCERVICAL Tècnica:

- Netejar amb gassa excés de moc o vaselina (evitar espèculum amb vaselina).
- Recollir **1 mostra amb hisop de cotó a canal endocervical**: fregar diverses vegades contra endocervix, durant 15-30 segons.
- Realitzar una sola petició a Microbiologia:  
*Mostra - Exsudat endocèrvix - Infecció genital*  
Només amb aquesta petició es farà: PCR clamídia, gonococ, m. genitallium i trichomonas + cultiu endocervical

- **Palpació abdominal i TV** bimanual dolorós. (sensibilitat > 95%, però baixa especificitat)

- 2. **Analítica:** Hemograma, bioquímica general amb PCR i serologies (LUES, HIV, VHB). BetaHCG en sang o orina.

Normalment no s'associa a leucocitosi, però sí que es detecta un augment de la PCR. Tot i que una PCR normal no descarta una MIP complicada <sup>3</sup>.

Fer extracció per serologies i enviar al laboratori: mostra no urgent immediata (veurem resultat a hospital de dia infeccioses).

- 3. **Combur test o sediment orina:** descartar infecció del tracte urinari.

- 4. **Ecografia TV** <sup>3</sup>: Engruiximent tubàric > 5 mm, hidrosàlpinx, abscess tubo-ovàric (signe de la roda dentada). Augment de la vascularització al doppler color tubàric. Presència de líquid lliure.

- 5. **Hemocultius:** en el cas d'INGRÉS HOSPITALARI. Agafar sempre 2 hemocultius, independentment de l'estat febril de la pacient.

En alguns casos, valorarem la necessitat de:

## 6. Laparoscòpia exploradora:

Considerada el “Gold stàndard” en el diagnòstic, ja que permet el diagnòstic visual i presa de mostres per cultiu, però té una elevada variabilitat interobservador i no detecta endometritis ni inflamació tubàrica incipient. El fet de ser una prova invasiva la descarta com a eina de diagnòstic rutinari en la MIP.

Indicacions laparoscòpia:

- Sospita peritonitis
- NO milloria al cap de 48-72 h de tractament ev (valorar prèviament canvi d'antibioteràpia)
- Dubtes diagnòstics amb altres processos abdominals que requereixen cirurgia (p.e. apendicitis)

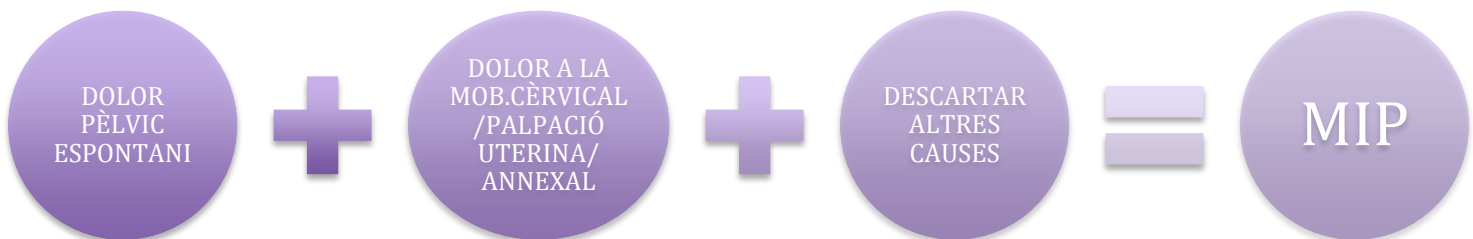
## 7. Biòpsia endometrial:

La presència d'abundants neutròfils i cèl·lules plasmàtiques a la biòpsia endometrial es una troballa que pot orientar a una MIP ja que està associada freqüentment a salpingitis laparoscòpia. Ara bé, es una tècnica dolorosa, que retarda el diagnòstic i per tant tampoc es recomana de rutina.

## 8. TC/RM en casos de dubtes diagnòstics amb altres processos abdominals/pèlvics

El diagnòstic diferencial es farà amb:

- Quist annexal
- Dolor ovulatori
- Endometriosis
- Gestació ectòpica
- Apendicitis
- Infecció del tracte urinari (ITU)



## 6. TRACTAMENT

El tractament antimicrobià ha de ser d'AMPLI ESPECTRE, ja que ha d'assegurar cobertura tant N. gonorrhoeae, C. Trachomatis així com M. genitalium, flora anaeròbia i altres microorganismes com enterobacteris.

És important NO ENDARRERIR el tractament, ja que això comportaria un augment de seqüeles a llarg termini (ectòpic, dolor pèlvic crònic, infertilitat). Per tant és recomanat realitzar un tractament EMPÍRIC<sup>1,2,3</sup>.

- Les pacients amb **MIP LLEU** (no complicada) en general poden realitzar tractament antibiòtic ambulatori.
- Les pacients amb **MIP GREU** hauran d'ingressar per tal de rebre tractament ev. El tractament es podrà passar a vo al cap de **24 h de milloria** clínica i analítica. En el cas de pacient FEBRIL, haurà d'estar **48 h afebril** i millorar clínica i analíticament per passar a antibioteràpia oral.



Si es tracta de pacient amb abscessos grans i amb mal estar general important: complir com a mínim **4 dies** de tractament antibiòtic ev.

Criteris INGRÉS:

**MIP GREU**

- Presència d'abscess tubo-ovàric
- Mal estat general (febre alta, dolor molt intens o intolerància a via oral)
- Gestació
- Falta de resposta al tractament domiciliari via oral
- Pacient incapaç de seguir el tractament domiciliari
- Necessitat de diagnòstic invasiu o quan no es pugui excloure necessitat quirúrgica

**En cas de pacient portadora de DIU:**

- El DIU és un factor de risc de MIP només en el cas que la inserció hagi estat les 3 setmanes prèvies. Fora d'aquest període sembla que no hi ha relació causal<sup>7</sup>
- NO INDICAT RETIRAR. Només valorar retirada en cas de no milloria a les 72h del tractament.  
Revisió sistemàtica en que no es van veure diferències en la resposta al tractament entre les dones que es va retirar i que no es va retirar el DIU<sup>8</sup>
- En el cas de retirada de DIU: valorar necessitat de contracepció post-coital.

**ACTINOMICES I DIU<sup>9</sup>**

- Actinomices és part de la flora vaginal, i el seu paper en les infeccions no està clar.
- En cas de detecció d'Actinomices en dona asimptomàtica portadora de DIU: no retirar ni tractar.

**6.1. TRACTAMENT AMBULATORI MIP<sup>1,3</sup>**

**CEFTRIAXONA 500mg 1 Dosis im + DOXICICLINA 100mg/12h vo 14 dies**

+/- METRONIDAZOL 500mg/8h 14 dies: només si antecedent d'instrumentació les 3 setmanes prèvies, vaginosis o tricomoniasi documentada

Pautes alternatives en els següents casos:

Al·lèrgiques a penicil·lina: Ciprofloxacino 500/12 h vo + Azitromicina 1 g/setmanal (2 dosis) +/- Metronidazol 500 mg/8 h (només si instrumentació <3 setm, vaginosis o tricomoniasi)

Al·lèrgiques a tetraciclins: Ceftriaxona 500 mg 1 dosis + Azitromicina 1g/setmanal (2 dosis) +/- Metronidazol 500mg/8h (només si instrumentació <3setm, vaginosis o tricomoniasi)

Al·lèrgiques a metronidazol (en cas d'estar indicat). Substituir metronidazol per clindamicina: Ceftriaxona 500 mg im 1D + Doxiciclina 100 mg/12 h + Clindamicina 450 mg/6 h 14 dies

## 6.2. TRACTAMENT HOSPITALARI MIP <sup>1,3</sup>

Tractament inicialment endovenós (ev): mantenir fins a les **24hores de la milloria clínica** (pauta inicial), que podem passar a via oral (vo) fins a completar **14 dies de tractament** (pauta seqüencial)

En cas de pacient febril: mantenir fins que estigui durant **48h afebril**

	PAUTA INICIAL: VO/EV	PAUTA SEQÜENCIAL: VO
<b>1a elecció</b>	<b>CEFTRIAXONA 2 g/24 h ev + DOXICICLINA 100/12 h vo/ev + METRONIDAZOL 500/8 h vo/ev</b>	<b>Doxiciclina 100 mg/12 h + Metronidazol 500 mg/8 h</b>
<b>Al·lèrg. Penicil·lina</b>	Clindamicina 900 mg/8 h ev + Gentamicina 5 mg/kg/24 h ev + Doxiciclina 100 mg/12 h vo/ev	Clindamicina 450 mg/6 h + Doxiciclina 100 mg/12 h
<b>Al·lèrg. Tetraciclins</b>	Ceftriaxona 2 g/24 h ev + Azitromicina 1 g/setmanal vo + Metronidazol 500 mg/8 h vo/ev	Azitromicina 1 g/setmanal + Metronidazol 500 mg/8 h
<b>Al·lèrg. Metronidazol</b>	Ceftriaxona 2 g/24h ev + Doxiciclina 100 mg /12 h vo/ev + Clindamicina 900 mg/8 h ev	Clindamicina 300 mg/6 h + Doxiciclina 100 mg/12 h
<b>Gestants</b>	Ceftriaxona 2 g/24 h ev + Azitromicina 1 g/setmanal vo + Metronidazol 500 mg/8 h vo/ev	Azitromicina 1 g/setmanal + Metronidazol 500 mg /12 h

La Doxiciclina i el Metronidazol tenen molt bona biodisponibilitat via oral. Només utilitzarem la via endovenosa en cas de intolerància a la via oral.

### Fàrmacs utilitzats:

**Ceftriaxona:** Cefalosporina de 3a generació. Categoria B embaràs. Lactància: no risc.

- una dosi única intramuscular (gluti) de 500 mg administrada a l'hospital o 1-2 g cada 24 h ev
- Evitar si al·lèrgia a penicil·lina.

**Doxiciclina:** Tetraciclina. Evitar en 2n i 3r T embaràs. Lactància: risc baix/poc probable (ús segur si tractament <3 setmanes). Molt bona disponibilitat vo, sempre que sigui possible evitar via ev.

- 1 comp de 100 mg/12 hrs.
- Prendre sempre amb un àpat i amb un gran vas d'aigua o llet
- No enllitar-se abans d'una hora de prendre la medicació
- Contraïndicat en:
  - o Miastènia gravis
  - o Gestants de 2n-3r trimestre
- Redueix l'efecte dels anovulatoris orals i potencia l'efecte dels anticoagulants orals
- Atenció: fotosensibilitat. Evitar exposició solar durant el tractament.

**Metronidazol:** Categoria B embaràs. Lactància: segur.

- Dosis de 500 mg/8 h: 2 comp de 250 mg cada 8 h (6 comp al dia). La dosis ev és la mateixa
- Prendre durant els àpats
- Efecte disulfiram (Antabus): no consum d'alcohol fins 24 h finalitzat el tractament
- Toxicitat neurològica: risc empitjorament si malaltia del sistema nerviós central o perifèric
- Redueix el metabolisme hepàtic i potencia l'efecte d'anticoagulants orals

**Azitromicina:** Macròlid. Categoria B embaràs. Lactància: segur.

- Dosis de 1000 mg/dia: 2 comp dosi única i repetir dosi de 2 comp més al cap d'una setmana
- 1 h abans o 2 h després dels àpats o antiàcids
- Potencia l'efecte dels anticoagulants orals. No administrar amb antiarítmics, risc de rabdomiòlisi amb estatines

**Clindamicina:** Lincosamina. Categoria B embaràs. Lactància: baix risc/poc probable

- Dosis de 450 mg cada 6hores vo o 900mg/8h ev
- Interacció amb anticoagulants orals

**Gentamicina:** Aminoglicòsid. Categoria D embaràs. Lactància: segur

- Dosis de 5 mg/kg/24 h ev
- NEFROTÒXIC I OTOTÒXIC. No administrar amb altres neuro/nefro tòxics ni amb diürètics. Monitorització renal al 3r dia de tractament

**Ciprofloxacina:** Quinolona. Categoria C embaràs. Lactància: segur

- Dosis de 500 mg/12 h vo
- NEUROTOXICITAT i afectació sistema músculo-esquelètic (tendinosa i muscular)
- Atenció si antecedents o predisposició a aneurisma i dissecció aòrtica

### 6.3. TRACTAMENT QUIRÚRGIC

El 75% de les pacients amb abscessos tubo-ovàrics respondran al tractament antibiòtic. La resta requeriran drenatge de l'abscess. S'ha de considerar fracàs de resposta al tractament quan no existeix milloria a les 72 hores de l'inici del tractament antibiòtic :

- Persistència de febre o dolor intens
- Increment de la mida de l'abscess
- Persistència o increment de leucocitosis i PCR elevada.

La necessitat d'intervenció està relacionada amb la mida de l'abscess (60% quan > 10 cm; 30% quan 7-9 cm; 15% 4-6 cm) <sup>8</sup>

El drenatge de l'abscess es pot realitzar via laparotòmica, laparoscòpica o mitjançant punció ecoguiada (sempre en combinació amb antibioteràpia) <sup>9</sup>

- **Laparotomia:** Pràcticament relegada a síndromes adherencials severes detectats en la realització de laparoscòpia o en processos de pelviperitonitis aguda amb inestabilitat hemodinàmica.
- **Laparoscòpia:** És el gold-standard en el diagnòstic i tractament d'abscessos pèlvics. Permet adhesiolisi, drenatge d'abscess i rentats múltiples de la cavitat, amb disminució de les indicacions de cirurgia més radical (salpinguectomia / annexectomia). En diversos estudis s'ha demostrat igual efectivitat en la curació i menor morbiditat quan es realitza cirurgia conservadora.



- **Punció evacuadora guiada per ecografia TV:** Diversos estudis demostren que és una opció efectiva, amb elevat percentatge de resolució (91% en el global dels estudis) i que es pot considerar una alternativa a la cirurgia (ben tolerat, menor estada hospitalària, menys cost).

#### Indicacions de cirurgia en la MIP severa:

- CIRURGIA DIRECTA
- Ruptura abscess tubovàric
- Inestabilitat hemodinàmica
- Agreujament clínica
- CIRURGIA DIFERIDA (estabilitat clínica)
- Mida abscess > 8-10 cm
- No resposta tractament mèdic a les 72 h
- Fallida/recidiva després de drenatge ecoguiat
- Desig genèsic complet
- Diagnòstic incert

## 7. SEQÜELES <sup>12,13</sup>

Malgrat el 90% de les pacients responen clínicament al tractament, els resultats a llarg termini són encara subòptims. Els estudis mostren un 29% de dolor pèlvic crònic i entre un 16-18% de infertilitat per factor tubàric (amb un 0,6% de gestacions ectòpiques).

La majoria de dones amb esterilitat per factor tubàric no tenen història reportada de MIP, però es creu que moltes van tenir una MIP subclínica (sense o amb escassa simptomatologia) que no va ser detectada ni tractada en el seu moment.

Fins un 15% presenten malaltia inflamatòria pèlvica recurrent i en aquests casos els resultats reproductius empitjoren clarament així com quan s'endarrereix l'inici del tractament. El risc d'infertilitat es dobla per cada nou episodi de MIP, i el risc de dolor pèlvic crònic es multiplica per 4.

## 8. ACTUACIÓ DAVANT EL DIAGNÒSTIC DE MIP

En el casos que **no** requereixi **ingrés**:

- **Informar de** diagnòstic, tractament i possibles seqüeles
- Entregar **2 fulls informatius**: informació MIP + explicació del tractament
- **Reconsultar** si no milloria en 72 hores
- **Abstinència sexual** fins finalitzar tractament i haver-se visitat a ITS
- Sol·licitar **visita ITS** Dra. Vanrell/Dra. Luqui (Hosp dia infeccioses) en 15 dies com a màxim per tal de:
  - Revisar resultats cultius, PCRs i serologies
  - En cas de ITS: fer estudi de contactes + declaració obligatòria per CEEISCat
  - Valorar adherència al tractament i resposta, així com abstinència sexual

En els casos en que **requereixi** **INGRÉS**:

- **Informar de** diagnòstic, tractament i possibles seqüeles
- Entregar **full informatiu** MIP

- **Analítica de control** amb hemograma i PCR a les 24 h
- **Seguiment estricte:** constants, dolor, tolerància oral i al tractament
- **ECO TV amb Dra. Rams** durant l'ingrés
- Al cap de **24 h-48 h de milloria** clínica: passar a vo i si bona evolució: alta.

Si no millora en 72hores →

1. Repetir ECO TV o valorar RMN/TC

- Persistència de febre, dolor intens
- Increment de la mida de l'abscess
- Persistència o increment de leucocitosis i PCR elevada

2. Valorar necessitat **quirúrgica**

3. Valorar canvi de tractament:

- revisar resultats cultius i possibilitat antibiograma
- contactar amb servei Infeccioses per definir canvi antibioteràpia:  
PIPERACILINA-TAZOBACTAM  
470,4/12h ev + Doxi 100mg/12h vo

- **Visita de control a l'alta:**
  - **Referent patologia annexial benigna / cirurgià que l'ha operat** 4-6 setm
  - Si MIP amb **ITS** diagnosticada per cultiu: **Hospital de Dia Malalties Infeccioses. Vanrell/Luqui** < 15 dies.  
Segons evolució/cas concret es valorarà ECO TV de control amb Dra. Rams.

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. Jonathan Ross, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. International Journal of STD & AIDS 2017; 0 (0) 1-7, 2017.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. 2015.
3. Brun J-L, et al, Updated French guidelines for diagnosis and management of pelvic inflammatory disease, Int J Gynecol Obstet (2016).
4. Burnett AM, Anderson DP et al. Laboratory confirmed gonorrhea and/or Chlamydia rates in clinically diagnosed pelvic inflammatory disease and cervicitis. Am J Emerg Med 2012;30:1147.
5. Wiensenfel HC, Hillier SL et al: M.genitalium-is it a patholgen in acute pelvic inflammatory disease? STI and AIDS World Congress 2013; July 14-17, 2013; Viena, Austria.
6. J.S. Jensen, M. Cusini, M. Gomberg,H. Moi 2016 European guideline on Mycoplasma genitalium infections European Academy of Dermatology and Venereology 2016.

7. Grimes DA. Intrauterine Device and upper genital tract infection. *Lancet* 2000; 356:1013-9.
8. Viberga I, Odlind V, Lazdane G et al. Microbiology profile in woman with pelvic inflammatory disease in relation to IUD use. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2005;13:183-90.
9. Tepper NK, et al. Retention of intrauterine devices in women who acquire pelvic inflammatory disease: a systematic review. *Contraception* 2013; 87: 655-60.
10. Yeo Joo Kim, Jina Youm, Jee Hyum Kim, Byung Chul Jee. Actinomyces-like organisms in cervical smears: the association with intrauterine device and pelvic inflammatory diseases. *Obstet Gynecol Sci.* 2014 Sep; 57(5): 393-6.
11. Reed SD, Landers DV, Sweet RL. Antibiotic treatment of tuboovarian abscess: comparison of broad-spectrum betalactam agents versus clindamycin-containing regimens. *Am J Obstet Gynecol.* 1991 Jun;164(6 Pt 1):1556-61; discussion 561-2.
12. Granberg S, Gjelland K et al. The Management of pelvic abscesses. *Best Pract Res Clin Obst Gynaecol* 2009 ; 23:667-78.
13. Ms. Danielle G. TSEVAT, BA, Harold C. WIESENFELD, MD, Caitlin Parks, MD, and Jeffrey F. PEIPERT, MD, PhD. Sexually Transmitted Diseases and Infertility *Am J Obstet Gynecol.* 2017 January ; 216(1): 1-9.
14. Haggerty CL, Peipert JF, Weitzen S, Hendrix SL, Holley RL, Nelson DB, et al. Predictors of chronic pelvic pain in an urban population of women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Dis.* 2005;32(5):293-9.

### **Autors:**

Primera versió abril 2011: Laia Alcoverro, Maria Arqué, Josep Estadella

Primera actualització juny 2015: Cristina Vanrell Barbat

**Última actualització febrer 2019:** Nerea Luqui, Laura Blanch, Cristina Vanrell

Amb el vist i plau del **Comitè Directiu del Programa d'Optimització de l'ús d'Antibiòtics (PROA)** de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

## INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

---

### Qué es la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP):

Es la inflamación e infección del tracto genital superior en la mujer. Habitualmente afecta al útero (matriz), las trompas de Falopio, ovarios y estructuras adyacentes.

### ¿Cómo se contrae?

Diferenciamos dos posibles orígenes de la infección pélvica:

1. Puede ser secundaria a microorganismos presentes en la flora vaginal, en estos casos NO se trata de una infección de transmisión sexual.
2. Puede ser secundaria a la transmisión de microorganismos por vía sexual, en este caso están implicados *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y/o *M. genitalium*

Usted podrá saber el origen de su infección en la visita que le darán al alta.

### ¿Hay más probabilidades de contraer una EIP si:

- Tiene relaciones sexuales sin preservativo
- Tiene más de una pareja sexual
- Tiene una pareja sexual que tiene relaciones sexuales con otras personas
- Realiza duchas vaginales
- Tiene menos de 25 años y relaciones sexuales
- Tiene una infección de transmisión sexual y no recibe tratamiento
- Ha tenido una EIP previamente

### ¿Cómo puedo reducir el riesgo de contraer una EIP?

Para prevenir la EIP hay que intentar evitar contraer una enfermedad de transmisión sexual.

La manera más segura es mediante la abstinencia sexual, o tener relaciones sexuales con alguien que no esté infectado y que sólo tenga relaciones con usted.

Los preservativos pueden reducir el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual si se usan adecuadamente cada vez que se tienen relaciones sexuales.

### ¿Cómo puedo saber si tengo una EIP?

No existe una prueba específica para la EIP. Su médico determinará la presencia de enfermedad según los síntomas que presente y después de realizar un examen ginecológico y un tacto vaginal. También puede realizarse una prueba para detectar infección genital por clamidia o gonococo, ya que estas infecciones son causa frecuente de EIP.

### ¿Cuál es el tratamiento para la EIP?

Generalmente la EIP puede tratarse eficazmente con antibióticos. En la mayoría de los casos no se requiere ingreso hospitalario.

Es importante realizar el tratamiento completo incluso aunque desaparezcan los síntomas, ya que si no, no se puede asegurar que se cure la infección.

Cuanto más tarde en realizar el tratamiento tendrá más riesgo de complicaciones y secuelas.

Recuerde que al finalizar el tratamiento, si tiene relaciones sexuales con una persona infectada puede volver a adquirir la infección y presentar una nueva EIP.

**Es muy importante que NO MANTENGA RELACIONES SEXUALES DE NINGÚN TIPO (ni sexo vaginal, ni oral ni anal) hasta finalizar el tratamiento y haber acudido a la visita de control programada (en la que se podrá saber si se trata de una infección de transmisión sexual)**

**¿Qué tendré que hacer en el caso que me confirmen que la causa de la infección es una enfermedad de transmisión sexual?**

Será muy importante contactar con sus parejas sexuales de los últimos 6 meses para que acuden a Hospital de día de infecciosas del Hospital de Sant Pau para el correcto tratamiento y realización de cultivos.

### **Complicaciones y posibles secuelas después de tener una EIP:**

Si se tarda en tomar el tratamiento o no se realiza de forma correcta hay mas probabilidad de que se produzcan lesiones irreversibles internas que comporten dolor abdominal crónico así como riesgo de esterilidad y gestación ectópica (embarazo fuera del útero).

La fertilidad suele estar conservada si solo has tenido un episodio de EIP y has hecho en tratamiento adecuado.

### **Se adjunta una hoja informativa con:**

- La medicación que debe tomar
- Día de visita en el Hospital de Sant Pau: Hospital de día de Infecciosas en la Planta 0, módulo 5, para control y resultados.

### **Se le ha diagnosticado una Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP):**

En la consulta se le ha administrado un antibiótico intramuscular (una dosis de 500mg de **ceftriaxona**). No serán necesarias más dosis de este medicamento.

Es importante que siga los consejos de su médico y realice correctamente el tratamiento recetado:

### **Doxiciclina 100 mg:**

100 mg /12 horas durante 14 días

Debe tomar 1 comprimido dos veces al día (1 comprimido cada 12 horas)

Cada caja contiene 14 comprimidos por lo que le recetaran 2 cajas

Es mejor que lo tome junto con algún alimento y un vaso de agua o leche

No se acueste antes de 1 hora de haber tomado la medicación

Protéjase del sol ya que esta medicación puede provocarle irritación en la piel tras la exposición solar



Asegúrese de informar a su médico si cree estar embarazada o toma medicación anticoagulante (que previene la formación de coágulos, como el Sintrom).

**Metronidazol 250 mg:**

500 mg/12 horas durante 14 días

Debe tomar 2 comprimidos 2 veces al día (2 comprimidos cada 12 horas)

Cada caja contiene 21 comprimidos por lo que le recetaran 3 cajas. Tomará un total de 56 comprimidos y le sobran 7 comprimidos

No tiene ninguna recomendación específica, puede tomarlos juntamente con la doxiciclina.

Es muy importante **NO TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS** mientras esté realizando este tratamiento (efecto disulfiram o Antabus).

**NO MANTENGA RELACIONES SEXUALES DE NINGÚN TIPO HASTA FINALIZAR EL TRATAMIENTO Y HABER ACUDIDO A LA VISITA DE CONTROL Y RESULTADOS**

**SI NO MEJORA O EMPEORA EN 3 DÍAS, DEBE ACUDIR DE NUEVO A URGÉNCIAS DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DE SANT PAU**