

# CONTROL DE FOCO INFECCIOSO EN GINECOLOGÍA

---

## ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA



# DEFINICIÓN

Afección del **tracto genital superior** en mujeres, consecuencia de un **proceso infeccioso ascendente** desde la vagina y el cérvix, que provoca una **inflamación** en la superficie epitelial de trompas, ovarios, endometrio y/o peritoneo.

# Epidemiología

- Incidencia y prevalencia **poco conocidas** ( subclínicas, tratamiento ambulatorio, no declaración obligatoria)
- SESPAS estima **incidencia 3000/ año**. ( Altas hospitalarias) Tendencia decreciente en últimos años.
- **Mortalidad** también decreciente **4,2 /1000** hospitalizadas.

# FACTORES DE RIESGO

- Múltiples parejas sexuales.
- Estado de la pareja sexual: 50% varones con uretritis por chlamydia o gonococo son **asintomáticos**.
- Edad: > en **menores de 35**
- MAC: **DIU** solo elevado el riesgo las 3 semanas post-inserción.
- Intervenciones o **exploraciones invasivas**: HSG, legrados e histeroscopia aumentan riesgo 1º mes tras intervención.

# ETIOLOGÍA: Infección Polimicrobiana

- **Neisseria gonorrhoeae**: Ha sido identificado en aproximadamente 1/3 de los casos
- **Chlamydia Trachomatis**: Hoy día se le considera el agente etiológico más frecuente en la EPI.
- **Anaerobios**: (Prebotella, Bacteroides). Están directamente relacionados con la producción de abscesos tuboováricos durante una EPI.
- **Mycoplasma genitalum**: Se ha aislado en aproximadamente el 14% de las endometritis.

# CLÍNICA/ DIAGNÓSTICO

## DOLOR HIPOGÁSTRICO SÍNTOMA CARDINAL

Intensidad variable.

### CRITERIOS MAYORES

(deben cumplirse todos)

- Dolor hipogástrico
- Dolor movilización cervical.
- Dolor palpación anexial.

### CRITERIOS MENORES

(al menos 1 de ellos)

- Fiebre  $> 38^{\circ}\text{c}$
- Leucocitosis  $> 10.5$
- Aumento PCR y VSG
- Exudado cervical anormal.

# Ante sospecha de Epi...

- Ecografía transvaginal
- **Especuloscopia** para valorar flujo y realizar toma de Cultivo
- **Analítica** completa (Hemograma, Coagulación básica y Bioquímica con PCR y VSG)
- Solicitar **serología** para HIV, VHC, VHB y Sífilis.
- **TAC Abdomino-pélvico**: En caso de clínica atípica + ausencia de hallazgos ecográficos, o en caso de no mejoría tras 72 horas de tratamiento empírico.
- **Hemocultivos** ( en caso de fiebre  $> 38.5^{\circ}\text{C}$  ), a ser posible antes de iniciar tratamiento antibiótico. Cursar también en caso de fiebre y no respuesta clínica a tratamiento antibiótico empírico.

# CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN

- **Adolescentes** ( <19 años)
- Imposibilidad de descartar **abdomen agudo** (  $T^a > 38^{\circ}\text{C}$  + leucocitosis  $> 11.000$  + signos irritación peritoneal)
- **Imposibilidad** de tratamiento **via oral** ( vómitos)
- Sospecha de **falta de adhesión** a tratamiento o seguimiento ambulatorio.
- Presencia o sospecha de **absceso tubo-ovárico**.
- Paciente **Inmunodeprimida** ( VIH o tratamiento Inmunosupresor)

# TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO

## PAUTA A (De elección)

- Cefoxitina 2g/ 6h iv  
+  
- Doxicilina 100mg /12h iv  
+/-  
- Metronidazol 500mg / 12h iv

(si se sospechan anaerobios como en el caso de un absceso o de instrumentación ginecológica los días previos)

## PAUTA B (si alergia)

- Clindamicina 900mg/ 8h iv  
+  
Gentamicina 2mg/kg iv como  
dosis de ataque y posteriormente  
1.5mg/kg/8horas  
+  
Doxiciclina 100 mg/12h iv

# ¿ CUANDO OPERAR A UNA PACIENTE CON EPI ?

- **Fracaso del tratamiento antibiótico** intrahospitalario tras 48-72 horas:

1. **Fiebre** persistente o de nuevo inicio.
2. **Leucocitosis** ( $>15.000/\mu\text{l}$ ) persistente o de nuevo inicio.
3. **Dolor** abdominal persistente o que empeora.
4. **Masa** pélvica que aumenta de tamaño.

# ¿ CUANDO OPERAR A UNA PACIENTE CON EPI ?

- Desde el inicio, en **abscesos tubo-ováricos** (ATO) con  $\geq 1$  de las siguientes características:

1. Sospecha de **rotura** (abdomen agudo, sepsis).
2. Tamaño  $\geq 9$  cm.
3. Mujer **postmenopáusica**.

# ALTERNATIVA A CIRUGÍA

## Drenaje ecoguiado mínimamente invasivo:

- Absceso de pequeño tamaño (<9cm)
- Fácil acceso
- Uniloculares

El acceso podrá ser percutáneo, transvaginal o transrectal

**GRACIAS !!!**