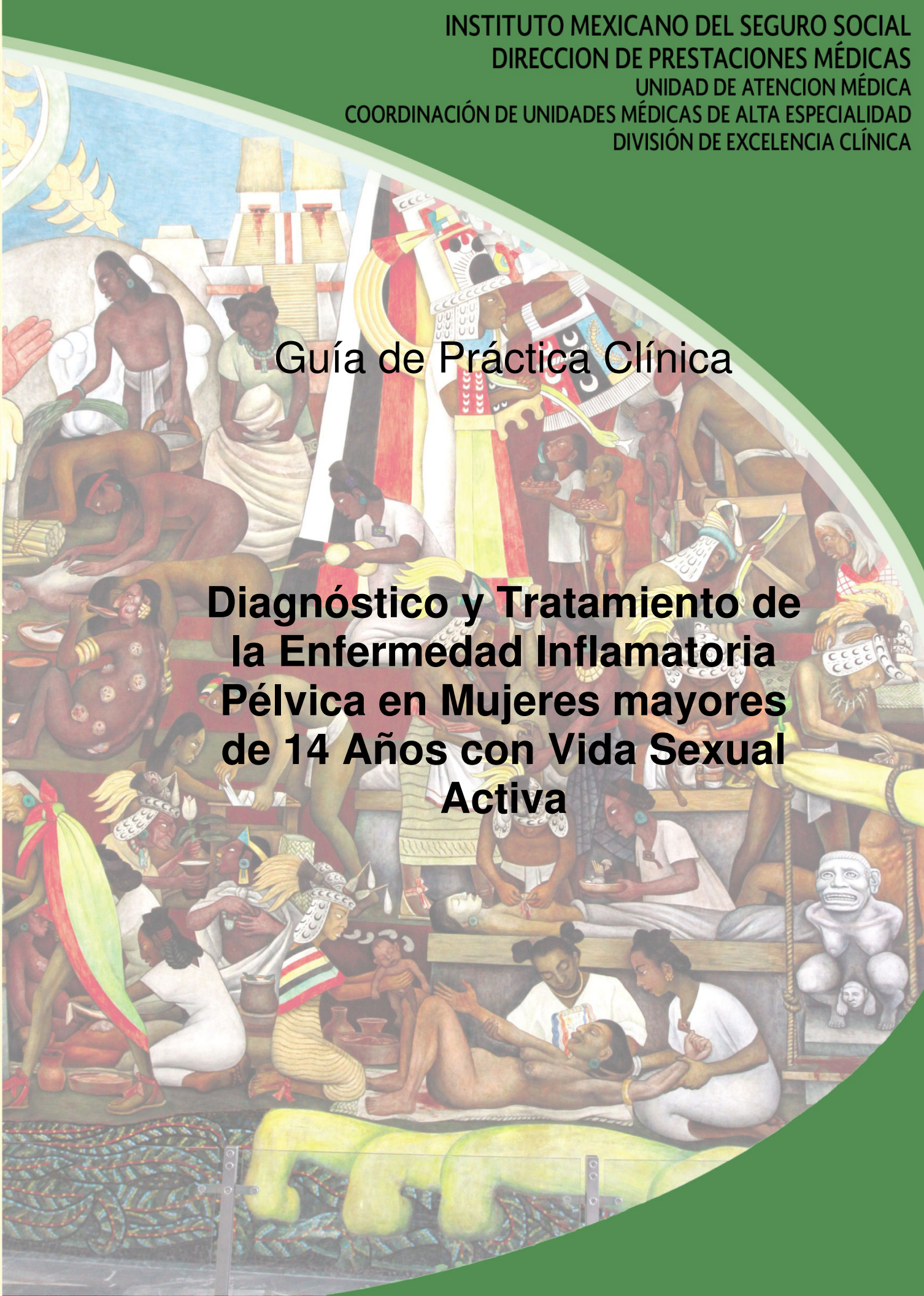


Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en Mujeres mayores de 14 Años con Vida Sexual Activa





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECTOR GENERAL

MTRO. DANIEL KARAM TOUMEH

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. SANTIAGO ECHEVARRÍA ZUNO

TITULAR DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. FRANCISCO JAVIER MÉNDEZ BUENO

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. ALFONSO ALBERTO CERÓN HERNÁNDEZ

COORDINADORA DE ÁREAS MÉDICAS

DRA. LETICIA AGUILAR SÁNCHEZ

COORDINADOR DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

DR. SERGIO ALEJANDRO MORALES ROJAS

TITULAR DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DR. JAVIER DÁVILA TORRES

COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

DRA. LILIA ELENA MONROY RAMÍREZ (ENCARGADA)

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ (ENCARGADO)

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD

LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE

TITULAR DE LA UNIDAD DE SALUD PÚBLICA

DR. ÁLVARO JULIÁN MAR OBESO

COORDINADORA DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

DRA. IRMA HORTENSIA FERNÁNDEZ GÁRATE

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Y APOYO EN CONTINGENCIAS

DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO (ENCARGADO)

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO

DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO

COORDINADOR DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por IMSS
© Copyright IMSS "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
División de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Deberá ser citado como: Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en Mujeres mayores de 14 Años con Vida Sexual Activa, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2008-2009

Esta guía puede ser descargada de Internet en:
<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

ISBN: 978-607-8270-11-8

**A638 Otras enfermedades de transmisión
predominantemente sexual
A542 Pelvi peritonitis gonocócicas y otras infecciones
gonocócicas genitourinarias
A561 Infección del Pelvi peritoneo y otros órganos
genitourinarios debida A Clamidias**

**Guía de Práctica Clínica
Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria
Pélvica en Mujeres mayores de 14 Años con Vida Sexual
Activa**

Autores:			
Dr. Marthel Alvarado López	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad N° 48 Delegación Guanajuato.
Dra. Norma Amador Licona	Médico internista	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad 48 Delegación Guanajuato.
Dr. Manuel de Anda Gómez	Médico infectólogo pediatra	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Unidad de Alta Especialidad 48, Delegación Guanajuato
Enf. Araceli Domínguez Jaramillo	Enfermera quirúrgica	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad 48 Delegación Guanajuato
Dr. Luís Felipe Luna Anguiano	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad N° 48 Delegación Guanajuato.
Dr. Víctor Manuel Mejía Rodríguez	Médico epidemiólogo	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar 51 Delegación Guanajuato.
Dr. Salvador Mejía Zarate	Médico familiar	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar 47 Delegación Guanajuato.
Dr. Javier Naves Sánchez	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad 48 Delegación Guanajuato.
Dra. Teresita Ríos Casillas	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad N° 48 Delegación Guanajuato.
Dr. Manuel Varela Rodríguez	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad N° 48 Delegación Guanajuato.
Dr. José Zapién Moreno	Ginecoobstetra	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Unidad Médica de Alta Especialidad N° 48 Delegación Guanajuato.
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Medica Pediatra	Instituto Mexicano Del Seguro Social	División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE, México DF
Validación Interna:			
Dra. Polita del Rocío Cruz Cruz	Medica ginecóloga	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Hospital General UMAE, CMN La Raza México DF
Dra. Sonia Patricia De Santillana Hernández	Medica familiar	Instituto Mexicano Del Seguro Social	División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE México DF
Dr. Humberto Díaz Ponce	Medica pediatra infectólogo	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Hospital de Pediatría UMAE CMN SXXI , México DF
Validación Externa:			
Dr. Jesús Carlos Briones Garduño	Medico ginecólogo	Academia Mexicana de Cirugía	

Índice

1. Clasificación	6
2. Preguntas a responder por esta Guía	8
3. Aspectos Generales	9
3.1 Justificación	9
3.2 Objetivo de esta Guía	10
3.3 Definición	11
4. Evidencias y Recomendaciones	12
4.1 Epidemiología	13
4.2 Diagnóstico	14
4.3 Pruebas Diagnósticas	19
4.4 Tratamiento	22
4.4.1 Tratamiento Farmacológico	22
4.4.2 Tratamiento no Farmacológico	35
4.5 Criterios de referencia para hospitalización y Contrarreferencia	36
4.5.1 Criterios técnico médicos de Referencia	36
4.6 Vigilancia y Educación	38
4.7 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando Proceda	40
Algoritmos	41
5 . Definiciones Operativas	43
6. Anexos	45
6.1 Protocolo de Búsqueda	45
6.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la Recomendación	46
6.3 Clasificación o escalas de la Enfermedad	47
6.4 Medicamentos	51
7. Bibliografía	54
8. Agradecimientos	57
9. Comité académico	58

1. Clasificación

Registro: IMSS-072-08	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médico General, Médico Familiar, Ginecoobstetra ; Médico Epidemiólogo, Médico Infectólogo
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	A638 Otras Enfermedades De Transmisión Predominantemente Sexual A542 Pelvi peritonitis Gonocócicas Y Otras Infecciones Gonocócicas Genitourinarias A561 Infección Del Pelvi peritoneo Y Otros Órganos Genitourinarios Debida A Clamidias
CATEGORÍA DE GPC	Primero y Segundo Nivel de Atención Diagnóstico Tratamiento Prevención Educación para la Salud
USUARIOS POTENCIALES	Médico General, Médico Familiar, Ginecoobstetra , Médico Infectólogo
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad Médica de Alta Especialidad N° 48 Delegación Guanajuato. Hospital General UMAE, CMN La Raza México DF División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE México DF Hospital de Pediatría UMAE CMN SXXI , México DF
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres de 14 años ó mayores con vida sexual activa.
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social Delegaciones o UMAE participantes : Unidad Médica de Alta Especialidad N° 48 Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Del Bajío Delegación Guanajuato. León, Guanajuato Hospital General Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional, La Raza México DF Hospital de Pediatría UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI Delegación Sur, México DF División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE México DF
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	La guía propone acciones para: educación en la salud, diagnóstico, tratamiento; y orientación al personal médico en el cuadro diferencial de dolor abdominal: la enfermedad inflamatoria pélvica versus otras enfermedades que requieren manejo quirúrgico.
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	La GPC de Enfermedad Inflamatoria Pélvica tiene como fin contribuir con: Detección de factores de riesgo y Diagnóstico oportuno Detección y manejo oportuno de las complicaciones Disminución del número de consultas y Referencia oportuna y efectiva Mejora de la calidad de vida y Satisfacción con la atención
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC. Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 154 Guías seleccionadas: 4 del período 2001-2008 ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas:3 Pruebas diagnósticas: 12 Ensayos controlados aleatorizados 10 Consenso: 1 Estudio de Prevalencia: (encuesta) 0 Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Responder a preguntas clínicas por adopción de guías: Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Responder a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones * Ver Anexo

MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión externa : Academia mexicana de cirugía
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
Registro	<i>IMSS-072-08</i>
Actualización	Fecha de publicación: 24/11/2009. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la División de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 2ª, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 52 86 29 95.

2. Preguntas a responder por esta Guía

1. ¿Cuál es la información que debe recibir el paciente o las mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa para que se sientan comfortable y seguras en la prevención y manejo sugerido para la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) en mujeres?
2. ¿Cuáles son las medidas no farmacológicas eficaces para la prevención de la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres de 14 años con vida sexual activa?
3. ¿Cuáles son los signos y síntomas de mayor utilidad para el diagnóstico de la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres de 14 años con vida sexual activa?
4. ¿Cuáles son los signos de alarma en la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres de 14 años con vida sexual activa que se deben reconocer para que con base en ello se tomen las mejores decisiones?
5. ¿Qué antibióticos son más eficaces, seguros y accesibles en el tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres de 14 años con vida sexual activa?

3. Aspectos Generales

3.1 Justificación

En México, las ITS ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad, afectando el ejercicio de la sexualidad de mujeres y hombres. Con el objetivo fundamental de que esta GPC ofrezca al médico y a los pacientes los recursos de diagnóstico y tratamiento de EIP, con fundamento científico y así permitir reducir las complicaciones; favoreciendo el empleo adecuado de los esquemas de antibióticos en una forma apropiada y justificada.

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) es uno de las enfermedades infecciosas más frecuentes en la mujer en edad reproductiva. En Estados Unidos se estima que cada año más de 1 millón de mujeres sufren un episodio de EIP aguda. Más de 100,000 mujeres quedan infértiles cada año como consecuencia de esta entidad y una gran proporción de los embarazos ectópicos se presentan asociados a eventos previos de EIP. No se cuenta con información referente a la prevalencia e incidencia de la EIP en la población usuaria del Instituto Mexicano del Seguro Social, ni de nuestro país. Aún así, podemos decir que la EIP es un problema de Salud Pública con un costo considerable para la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud recomienda como estrategia fundamental para la prevención y control del VIH/SIDA el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Las ITS son causa de enfermedad aguda, crónica, infertilidad y muerte, con graves consecuencias médicas, sociales, económicas y psicológicas, para millones de mujeres, hombres, niñas y niños.

El impacto de estas infecciones es magnificado por su potencial para facilitar la propagación de la infección por el VIH. Las ITS son un problema de salud pública a nivel mundial, los países en vías de desarrollo son los que se ven más afectados, ya que 85% de su población es sexualmente activa, por lo que aumenta el riesgo de contraer estas infecciones. Las ITS representan un grave problema de salud sexual y reproductiva, no sólo al interior de los grupos de población con prácticas de riesgo, sino también en aquellas personas de la población general que llegan a exponerse al contagio inadvertido con parejas ya infectadas pertenecientes a grupos con prácticas de riesgo para adquirir y transmitir estas infecciones, a través de contactos sexuales sin protección.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la enfermedad inflamatoria pélvica es uno de los principales motivos de demanda de atención médica en la población de mujeres con vida sexual activa en los diferentes niveles de atención así como en los servicios de urgencias, por esta razón la guía propone acciones para el equipo responsable de la atención: en medicina familiar, ginecoobstetricia, pediatría e infectología; tales como el diagnóstico oportuno y el tratamiento eficaz, en busca de disminuir la prevalencia de la

enfermedad y sus complicaciones a mediano y largo plazo; de tal manera que esta guía de práctica clínica permitirá disminuir la variabilidad diagnóstica-terapéutica en la atención de las mujeres de 14 años de edad con vida sexual activa.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, no existe una Guía para el manejo de la enfermedad, con la metodología de la medicina basada en la evidencia, lo que repercute en un manejo no sistemático de la entidad clínica, con mayor proporción esperada de complicaciones médicas evitables y mayores costos de la atención.

El propósito de esta GPC es ser una herramienta para estandarizar el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica en mujeres con vida sexual activa en el primero y segundo nivel de atención médica.

3.2 Objetivo de esta Guía

La Guía de Práctica Clínica **Guía de Práctica Clínica para El Diagnóstico Y Tratamiento De La Enfermedad Inflamatoria Pélvica En Mujeres Mayores De 14 Años Con Vida Sexual Activa** Forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre: El Diagnóstico Y Tratamiento De La Enfermedad Inflamatoria Pélvica En Mujeres Mayores De 14 Años Con Vida Sexual Activa.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

Objetivos

- Proporcionar recomendaciones para disminuir el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) en las mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.

- Favorecer el diagnóstico oportuno de la EIP a través del reconocimiento del cuadro clínico en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa así como el uso adecuado de las pruebas diagnósticas.
- Precisar los esquemas de tratamiento de acuerdo al cuadro clínico de la enfermedad inflamatoria pélvica y disponibilidad de los fármacos en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.
- Proponer criterios de referencia y contrarreferencia en los tres niveles de atención de acuerdo al cuadro clínico de la EIP en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.

3.3 Definición

La Enfermedad inflamatoria pélvica es un Síndrome clínico que consiste en dolor abdominal bajo, flujo vaginal y que se presenta por la infección ascendente de gérmenes procedentes del cérvix con mayor incidencia en las mujeres con prácticas sexuales de riesgo con un espectro de gravedad desde muy leve hasta potencialmente letal, incluyendo endometritis, parametritis, salpingitis, ooforitis, absceso tuboovarico y peritonitis. Relacionadas al espectro de la enfermedad la presentación puedes ser: subclínica, infección asintomática a infección grave que puede amenazar la vida. Las secuelas incluyen dolor pélvico crónico, embarazo ectópico e infertilidad

La infección pélvica ocurre, de manera más común, por la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS) y por infecciones con flora endógena que ascienden del tracto genital inferior a través del endocérvix.

4. Evidencias y Recomendaciones

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



Evidencia





Recomendación



Buena práctica

4.1 Epidemiología

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>La enfermedad inflamatoria sistémica (EIP) es una infección de transmisión sexual (ITS). Los principales gérmenes involucrados son <i>Chlamydia trachomatis</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, ocasionalmente se asocian agentes anaerobios y bacterias facultativas encontradas en la vaginosis bacteriana</p>	<p>III [E: Shekelle] CDC 2006 OMS 2005</p>
 <p>En la población de nuestro país se ha reportado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevalencia de 13.7% y 14.3% para IgG e IgA respectivamente para detección de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • prevalencia de 11.4% y 4.4% para IgG e IgA respectivamente para detección de <i>Chlamydia</i> • con un incremento sustancial 	<p>III [E: Shekelle] OMS 2005 Acosta CB 1996 Narcio MLE 1998 Hager WD 1983 Cravioto 2003</p>

	hasta del 31.2% y 25.0% de detección de anticuerpos IgG para NG y CT respectivamente en población de riesgo	
E	<p>Un estudio realizado en la población mexicana no fue consistente con la etiología reportada en la literatura internacional, el cual reportó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • > proporción de infección poli microbiana • no identifico NG en pacientes con EIP demostrada. 	<p>III [E: Shekelle] Acosta CB 1996 Narcio MLE 1998 Hager WD 1983</p>
✓/R	Si se cuenta con la epidemiología de la población a tratar dirigir el tratamiento en forma específica. En caso contrario considerar el manejo empírico de acuerdo a lo reportado en la literatura internacional.	Buena Práctica

4.2 Diagnóstico

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	<p>Son datos clínicos de EIP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dolor abdominal bajo • dispareunia • leucorrea • sangrado transvaginal anormal • fiebre <p>Al examen ginecológico realizar examen bimanual en población sexualmente activa con riesgo de enfermedad de transmisión sexual y dolor pélvico en busca de uno ó más criterios en el examen pélvico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor a la movilidad del cérvix • Dolor uterino • Dolor anexial <p>(Cuadro I)</p>	<p>Ia IIa III [E: Shekelle] Royal College of Obstetricians Gynecologists 2003 Singh RH 2007 OMS 2005</p>
E	<p>En un estudio de cohorte se demostró que los síntomas más comunes fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dolor abdominal (90%) • leucorrea (70%) • sangrado irregular (40%) 	<p>III [E: Shekelle] Saini S 2003</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 30% de los pacientes presentaba antecedentes de dispositivo intrauterino (IUCD) 	
R	<p>Se sugiere realizar examen bimanual en población sexualmente activa con riesgo de enfermedad de transmisión sexual y dolor pélvico ante los siguientes datos de EIP:</p> <ul style="list-style-type: none"> dolor abdominal bajo dispareunia leucorrea sangrado transvaginal anormal fiebre. 	<p>A B C [E: Shekelle] Royal College of Obstetricians Gynecologists 2003 Singh RH 2007</p>
E	<p>Ningún signo ó síntoma se considera estándar de oro para el diagnóstico de EIP</p>	<p>III [E: Shekelle] Royal College of Obstetricians Gynecologists 2003 Ross J 2007</p>
R	<p>Considerar Caso sospechoso. toda mujer que presente dolor abdominal bajo con o sin síntomas acompañantes</p>	<p>D [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002</p>
R	<p>Considerar Caso definitivo: toda mujer que presente dolor abdominal con o sin síntomas agregados y cultivo de secreción vaginal positivo a</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Mycoplasma hominis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i> Gram negativos Anaerobios Estreptococo 	<p>D [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002</p>
E	<p>Ante cuadro clínico de EIP buscar datos clínicos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) ó inestabilidad hemodinámica como signos de alarma</p>	<p>IV [E: Shekelle] ACCP 1992</p>
E	<p>Las manifestaciones clínicas para apoyar el diagnóstico de SRIS es la presencia de al menos dos de los siguientes hallazgos:</p>	<p>IV [E: Shekelle] ACCP 1992</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura corporal $>38^{\circ}\text{C}$ o $<36^{\circ}\text{C}$. • Taquicardia (Frecuencia cardíaca $>$ a 90 latidos por minuto) • Taquipnea (frecuencia respiratoria >20 respiraciones por minuto, ó $\text{PaCO}_2 <32$ mmHg) <p>Recuento leucocitario $>12,000$ células/mcl, ó $<4,000$ células/mcl; o $>$ de 10% de formas inmaduras en sangre periférica.</p>	
R	<p>Ante cuadro clínico de EIP buscar intencionadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) • inestabilidad hemodinámica como signos de alarma 	<p>D [E: Shekelle] ACCP 1992</p>
E	<p>La clasificación de EIP orienta al tipo de intervención a realizar; de acuerdo a la respuesta inflamatoria sistémica y la presencia de abdomen agudo</p> <p>Grado I (Leve) No complicada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sin masa anexial • ni datos de abdomen agudo ni irritación peritoneal <p>*Modificada por el consenso del grupo que elaboró la presente guía (Cuadro II)</p>	<p>III IV [E: Shekelle] Monif G. 1982 Koji M 2007 Singh RH 2007</p>
E	<p>Grado II (Moderada) Complicada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con masa anexial o absceso que involucra trompas y/o ovarios. • con o sin signos de irritación peritoneal. (Cuadro II) 	<p>III IV [E: Shekelle] Monif G. 1982 Koji M 2007 Singh RH 2007</p>
E	<p>Grado III (Grave) Diseminada a estructuras extra pélvicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • absceso tubo-ovárico roto o pelvi peritonitis • con datos de respuesta sistémica (Cuadro II) 	<p>III IV [E: Shekelle] Monif G. 1982 Koji M 2007 Singh RH 2007</p>

✓/R	<p>La enfermedad clasificada por Monif es de acuerdo con la gravedad de los hallazgos clínicos. Esta clasificación fue modificada por el grupo de trabajo en el grado I (leve), ya que la original la describe con la posibilidad de presentar datos de abdomen agudo, lo cual se consideró debe requerir manejo especializado en segundo ó tercer nivel de atención. (Cuadro II)</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>
✓/R	<p>Tomar en cuenta que la clasificación de EIP considera la respuesta inflamatoria sistémica y la presencia de abdomen agudo para la identificación de la gravedad y orientación sobre el tipo de intervención a realizar.</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>
E	<p>Interrogar sobre los antecedentes ginecoobstetricos relevantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • embarazo • parto reciente • aborto reciente • fecha de última menstruación <p>Con búsqueda intencionada de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • masa ó plastrón abdominal • datos de irritación peritoneal <p>Para la orientación clínica de EIP y de los diagnósticos diferenciales.</p>	<p>III [E: Shekelle] OMS 2005 Morcos R 1993 Koji M 2007</p>
E	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen agudo se refiere a un cuadro de emergencia médica, caracterizado por síntomas y signos centrados en los órganos intraabdominales. • La resolución de este cuadro es frecuentemente por cirugía abdominal. 	<p>III [E: Shekelle] OMS 2005</p>
E	<p>Entre los diagnósticos diferenciales sospechar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • apendicitis aguda • embarazo ectópico • dolor funcional del periodo periovulatorio, • tumores de anexos y endometriosis • Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis 	<p>III [E: Shekelle] Webster DL 2007 Saini S 2003 Morcos R 1993 Hall MN 2004 Ari KM 1969</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Otras formas de expresión clínica de EIP está dada por sus complicaciones o secuelas pudiendo o no existir el antecedente de cuadro agudo de la enfermedad 	
E	<p>En un estudio realizado en mujeres en edad reproductiva se estimó el riesgo de apendicitis contra EIP de acuerdo a las características del cuadro clínico se considero:</p> <ul style="list-style-type: none"> ausencia de náusea, sin migración del dolor abdominal localización bilateral <p>Con un 95% de probabilidad a favor del diagnóstico de EIP vs apendicitis (bajo riesgo para apendicitis).(Cuadro III)</p>	<p>III [E: Shekelle] Yudin MH 2003 Ari KM 1969</p>
✓/R	<p>En mujeres > de 14 años con vida sexual activa tomar en cuenta los antecedentes ginecoobstetricos y la presencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica inestabilidad hemodinámica datos de irritación peritoneal masa ó plastrón abdominal con ó sin datos de abdomen agudo <p>Considerar entre los diagnósticos diferenciales de EIP:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. apendicitis aguda 2. embarazo ectópico 3. dolor funcional del periodo periovulatorio 4. tumores de anexos 5. endometriosis 	<p>✓ Buena Práctica</p>
✓/R	<p>En caso de signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> datos de SRIS con inestabilidad hemodinámica abdomen agudo con datos de irritación peritoneal <p>se requiere atención inmediata en un servicio de urgencia de primer ó segundo nivel de atención médica</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>

✓/R	Si se sospecha enfermedad renoureteral ó gastrointestinal al eliminar la posibilidad de EIP, se debe referir al especialista de segundo nivel de atención médica: médico internista, médico urólogo ó médico gastroenterólogo en busca de enfermedad en vías urinarias ó a nivel gastrointestinal.	✓ Buena Práctica
-----	--	----------------------------

4.3 Pruebas Diagnósticas



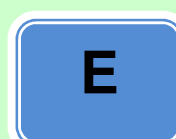

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>Las pruebas específicas para el diagnóstico de caso definitivo de EIP son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • frotis con tinción de gram (diplococos gram negativos) cultivo NG • inmunofluorescencia positiva para CT
E	<p>De las pruebas inespecíficas para EIP se consideran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presencia de abundantes leucocitos en secreción vaginal a la microscopia, con un valor predictivo negativo del 95% • elevación de los niveles de Proteína C Reactiva • aumento de la velocidad de eritrosedimentación globular
R	<p>En las mujeres con vida sexual activa con sospecha de EIP, en caso de contar con el recurso, se recomienda realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • frotis con tinción de gram (diplococos gram negativos) cultivo NG • inmunofluorescencia positiva para CT <p>Para la confirmación de caso definitivo.</p>

✓/R	<p>En las mujeres con vida sexual activa con factores de riesgo para EIP y dolor abdominal bajo, en caso de no contar con el recurso de cultivo ó inmunológica, ante caso sospechoso se recomienda considerar las pruebas inespecíficas para considerar EIP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presencia de abundantes leucocitos en secreción vaginal a la microscopia • elevación de los niveles de Proteína C Reactiva • aumento de la velocidad de eritrosedimentación globular 	<p>✓ Buena Práctica</p>
✓/R	<p>El diagnóstico etiológico se debe realizar cuando las unidades de segundo y tercer nivel de atención médica cuenten con un laboratorio, en donde se realicen las pruebas de detección para las ITS</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>
E	<p>Se considera a la laparoscopia como el estándar de oro para el diagnóstico de EIP y de utilidad para el diagnostico diferencial de enfermedades como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • embarazo ectópico • tumoraciones anexiales • apendicitis aguda. <p>Sin embargo no se justificado su realización rutinariamente debido a su costo y ser invasiva.</p>	<p>IIb [E: Shekelle] Haggerty CL 2007 Francalacci SR 2007 Crossman SH 2006 Ross J 2007</p>
E	<p>Se ha señalado que la biopsia de endometrio con evidencia histológica de endometritis tiene utilidad en el diagnóstico de EIP. Sin embargo considerar que es un estudio invasivo con falta de un pronto resultado.</p>	<p>III [E: Shekelle] Tukeva TA 1999 Crossman SH 2006 Ross J 2007</p>

R	<p>No se recomienda la realización rutinaria de la laparoscopia y la biopsia de endometrio para el diagnóstico de EIP, debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • su costo • ser invasivos <p>Se recomienda su realización en caso de duda diagnóstica y o para el diagnostico diferencial.</p>	<p>C [E: Shekelle] Haggerty CL 2007 Francalacci SR 2007 Tukeva TA 1999 Crossman SH 2006 Ross J 2007</p>
E	<p>La ecografía pélvica transvaginal auxilia en el diagnóstico de EIP al encontrar los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • engrosamiento o colección en el interior de las trompas de Falopio con o sin líquido libre en fondo de saco <p>Con el estudio doppler se ha reportado aumento de la sensibilidad y especificidad en estos parámetros</p>	<p>III [E: Shekelle] Morino M 2006 Morcos R 1993 Frates MC 1995 Walker CK 1999 Ness RB 2005</p>
E	<p>Aunque existen reportes sobre el uso de la resonancia magnética en EIP, no existe evidencia sustentada en estudios de costo beneficio</p>	<p>III [E: Shekelle] Morino M 2006 Morcos R 1993 Haggerty CL 2007</p>
R	<p>No se recomienda el uso rutinario de la resonancia magnética para el diagnóstico de certeza de EIP.</p>	<p>D [E: Shekelle] OMS 2005</p>
✓/R	<p>Los auxiliares de diagnóstico requieren ser interpretados de acuerdo a la probabilidad diagnóstica de EIP. Se sugiere solicitar los que cuenten con mayor valor diagnóstico, disponibilidad y reporte oportuno; tomando en cuenta ventajas y desventajas.</p>	<p>D [E: Shekelle] ✓ Buena Práctica</p>

4.4 Tratamiento

4.4.1 Tratamiento Farmacológico

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	<p>El tratamiento empírico de EIP debe iniciarse en los casos sospechosos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mujer joven < de 24 años 2. sexualmente activa 3. con riesgo de enfermedad de transmisión sexual y con dolor pélvico con uno ó más criterios en el examen pélvico: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor a la movilidad del cérvix • Dolor uterino • Dolor anexial 	<p>Ila [E: Shekelle] OMS 2005 NOM-039-SSA2-2002</p>
	<p>El tratamiento debe incluir antimicrobianos útiles contra</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • <i>Chlamydia trachomatis</i> • Gram negativos • anaerobios y estreptococos 	<p>Ila [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 Crossman SH 2006 Ross J 2007</p>
	<p>El inicio oportuno del tratamiento de acuerdo a la clasificación de la enfermedad de EIP (leve, moderada y grave) favorece la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • disminución de las complicaciones • minimiza el riesgo de casos secundarios • acorta el curso de la enfermedad 	<p>IV [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002</p>
	<p>El manejo ambulatorio de EIP tiene los objetivos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proporcionar un tratamiento curativo específico, eficaz, oportuno y preventivo para evitar las complicaciones asociadas a las ITS • minimizar el número de casos • interrupción de la cadena de transmisión de las ITS. 	<p>Ila [E: Shekelle] OMS 2005 Crossman SH 2006 Ross J 2007</p>

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #90EE90; padding: 10px; text-align: center; width: 60px; margin: 0 auto;"> R </div>	<p>Se recomienda iniciar tratamiento empírico de EIP (caso sospechoso) en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mujeres jóvenes < de 24 años, sexualmente activas • con riesgo de enfermedad de transmisión sexual • dolor pélvico con uno ó más criterios en el examen pélvico: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor a la movilidad del cérvix 2. Dolor uterino 3. Dolor anexial <p>Tomar en cuenta los antecedentes de alergias a medicamentos, para la prescripción del tratamiento de EIP.</p>	<p style="text-align: center;">B C [E: Shekelle] OMS 2005</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #90EE90; padding: 10px; text-align: center; width: 60px; margin: 0 auto;"> R </div>	<p>El tratamiento debe incluir antimicrobianos útiles contra</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • <i>Chlamydia trachomatis</i> • Gram negativos • anaerobios y estreptococos 	<p style="text-align: center;">B [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 CDC 2005 Crossman SH 2006 Ross J 2007</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #90EE90; padding: 10px; text-align: center; width: 60px; margin: 0 auto;"> R </div>	<p>Cuando los hallazgos clínicos no son lo suficientemente específicos, ante casos de sospecha de EIP y en escenarios clínicos que no cuentan con el recurso de laboratorio, se recomienda</p> <ul style="list-style-type: none"> • iniciar tratamiento empírico de acuerdo a la epidemiología, tomando en cuenta el riesgo/beneficio • la selección del tratamiento deberá considerar: disponibilidad, costo, aceptación del paciente y la susceptibilidad antimicrobiana 	<p style="text-align: center;">D [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #6495ED; padding: 10px; text-align: center; width: 60px; margin: 0 auto;"> E </div>	<p>En mujeres con EIP de leve a moderada: la terapia parenteral y vía oral ha mostrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eficacia similar • sin diferencia en la tasa de recurrencia de EIP • sin diferencia en la tasa de embarazo ectópico 	<p style="text-align: center;">Ib IIa III [E: Shekelle] Golden MR, 2005 Saini S 2003 Peipert JF 1999 Bevan CD 2003</p>

<div data-bbox="142 218 315 352" data-label="Image"> </div>	<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento oral se puede considerar para mujeres con EIP de leve a moderada. • El tratamiento parenteral esta indicado: <ol style="list-style-type: none"> 1. pacientes con EIP de intensidad moderada con falla al tratamiento 2. pacientes con EIP con intensidad grave <p>Se debe citar para evaluar respuesta a las 72 horas. En caso de falta de respuesta deberá hospitalizarse para revaloración diagnóstica y terapéutica.</p>	<p>Ib [E: Shekelle] Francalacci-SR 2007 Haggerty CL 2007 Ross JDC 2006 CDC 2006 Golden MR, 2005 Saini S 2003</p>
<div data-bbox="131 730 303 865" data-label="Image"> </div>	<p>Se recomienda en mujeres < de 24 años, sexualmente activa y con riesgo de enfermedad de transmisión sexual, ya sean consideradas caso sospechoso o caso definitivo:</p> <p>-Iniciar tratamiento vía oral en los casos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EIP leve a moderada <p>-Iniciar tratamiento parenteral en los casos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EIP moderada con falla al tratamiento • EIP grave <p>El inicio del tratamiento en forma oportuna de acuerdo a la clasificación tiene los objetivos de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. disminuir las complicaciones 2. minimizar el riesgo de casos secundarios <ul style="list-style-type: none"> ▪ acortar el curso de la enfermedad. 	<p>B D [E: Shekelle] CDC 2006 NOM-039-SSA2-2002 Francalacci-SR 2007 Haggerty CL 2007 Ross JDC 2006 Golden MR 2005 Saini S 2003</p>

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; background-color: #4a7ebb; color: white; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>El tratamiento en pacientes con EIP leve a moderada con tratamiento ambulatorio se reporta alguna de las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofloxacin 400 MG VO cada 12 horas • ó levofloxacin 500 MG diario por 14 días más metronidazol 500 MG VO cada 12 horas por 14 días • ó clindamicina 450 MG VO cada 6 horas por 14 días. <p>(Cuadro IV)</p>	<p style="text-align: center;">Ila [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 Ross JDC Bevan CD 2003 Crossman SH 2006 Ross J 2007 Walker CK 2007</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; background-color: #90ee90; color: black; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">R</div>	<p>Se recomienda como tratamiento ambulatorios en pacientes con EIP leve a moderada alguna de las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • levofloxacin 500 MG diario por 14 días más metronidazol 500 MG VO cada 12 horas por 14 días • ó clindamicina 450 MG VO cada 6 horas por 14 días. <p>La Ofloxacin no esta disponible en el cuadro básico. Este tratamiento es el sugerido en la norma oficial mexicana (Cuadro IV)</p>	<p style="text-align: center;">B [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 Ross JDC Bevan CD 2003 Crossman SH 2006 Ross J 2007 Walker CK 2007</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; background-color: #4a7ebb; color: white; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>En algunas otras guías publicadas a nivel internacional el manejo ambulatorio de mujeres con EIP de intensidad leve recomiendan el uso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefoxitina 2g IM dosis única más probenecid 1g VO administrado conjuntamente con la dosis única, más doxiciclina 100mg VO 2 veces al día por 14 días • Ceftriaxona IM 250mg dosis única ó cefoxitina 2g dosis única vía oral probenecid 1g seguido de doxiciclina 100mg 2 veces al día más metronidazol 40mg cada 12h por 14 días 	<p style="text-align: center;">Ila [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 Francalacci-SR 2007 OMS 2005 Crossman SH 2006 Ross J 2007 Walker CK 2007</p>

	Sin demostrar mayor efectividad que el régimen propuesto por la OMS y NOM	
R	Se recomienda reconocer los esquemas que brinden mayor beneficio a la paciente con EIP con intensidad leve, de acuerdo a la epidemiología, disponibilidad y costo.	D [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002
✓/R	Se considera que el tratamiento debe otorgarse en los diferentes niveles de atención de acuerdo a la clasificación de la EIP: <ul style="list-style-type: none"> • mujeres con EIP leve en primer nivel de atención por el médico familiar • los casos de EIP moderados y graves en segundo y tercer nivel por parte del un equipo multidisciplinario: médico ginecólogo e infectólogo 	D [E: Shekelle] ✓ Buena Práctica
E	Aunque la información en relación a otros regímenes para el paciente ambulatorio es limitada, se ha propuesto que el uso de monoterapia es efectiva con: <ul style="list-style-type: none"> • azitromicina • metronidazol • moxifloxacina ha mostrado tasas de efectividad similar a los regímenes de tratamientos combinados por la CDC. Sin embargo aún no se respalda su uso, por lo que se requieren más estudios para evaluar su eficacia para el tratamiento de anaerobios y en la prevención de secuelas reproductivas 	Ila Ib [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 Ross JDC 2006 Bevan CD 2003 CDC 2006
E	El CDC no recomienda el uso generalizado de azitromicina debido al riesgo de resistencia antimicrobiana, cómo se ha documentado por su uso excesivo. <ul style="list-style-type: none"> • Se reconoce que una dosis única de 2g de azitromicina es efectiva contra infecciones gonocócicas no complicadas 	Ilb Ila [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 CDC 2006 Webster 2007 CDC 2005 Frates 2006




	<ul style="list-style-type: none"> Su indicación es en caso de alergia a cefalosporinas con posología de 2g VO 	
E	<p>Se recomienda efectuar cultivos y pruebas de susceptibilidad antimicrobiana para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ceftriaxona espectinomicina azitromicina otros regímenes que localmente se utilice como tratamiento para gonorrea 	<p>Ila [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 Bukusi EA 1999 Walker CK 2007</p>
✓/R	<p>Se recomienda no utilizar en forma rutinaria la monoterapia en mujeres con EIP, considerando que se requiere más información sobre su eficacia. Se recomienda el uso de azitromicina en el caso de alergia a cefalosporinas.</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>
✓/R	<p>El orden de los medicamentos se podrá adecuar para su aplicación dentro del Instituto Mexicano Del Seguro Social de acuerdo al cuadro básico y las características clínica de la paciente.</p> <p>Considerar que el uso innecesario de antibióticos puede conducir a la emergencia de bacterias resistentes a antibióticos</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>
E	<p>Se encontró diferencia en relación con las recomendaciones realizadas con los esquemas de medicamentos en el uso de aminoglucósidos y cefalosporinas por los propuestos por la OMS y la guía del CDC</p>	<p>Ila [E: Shekelle] Crossman SH 2006 Ross J 2007 Walker CK 2007 OMS 2005</p>
R	<p>Para la resolución de esta discrepancia se consideró diversos estudios clínicos, con resultados equivalentes con amikacina versus gentamicina y cefotetan versus ceftriaxona.</p>	<p>B [E: Shekelle] Walker CK 2007 Ward K 2008</p>

<div data-bbox="147 247 318 380" data-label="Text"> <p>E</p> </div>	<p>Diversos estudios de cohortes y ECC han evidenciado que de acuerdo a la etiología poli microbiana y monomicrobiana. El tratamiento se ha modificado para ser utilizado contra:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bacilos aerobios Gram negativos: <ul style="list-style-type: none"> • cefotaxima • cefuroxima • gentamicina 2) cocos Gram positivos aerobios: <ul style="list-style-type: none"> • dicloxacilina • eritromicina 3) <i>Pseudomonas aeruginosa</i>: <ul style="list-style-type: none"> • Cephaloridine • Amikacina • ceftazidima <p>Se recomienda para una terapia óptima de EIP tener en cuenta los principales cambios epidemiológicos en nuestra población.</p> <p>En la última década ha aumentado la etiología poli microbiana en la infección inflamatoria pélvica por lo que se debe sospechar clínicamente</p>	<p>Ila [E: Shekelle] Crossman SH 2006 Ross J 2007 Walker CK 2007 Ward K 2008</p>
<div data-bbox="131 1146 310 1278" data-label="Text"> <p>R</p> </div>	<p>Se recomienda tener presente la etiología poli microbiana y monomicrobiana. Por lo que el tratamiento debe dirigirse de acuerdo a la epidemiología local:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) bacilos aerobios Gram negativos: <ul style="list-style-type: none"> • cefotaxima • cefuroxima • gentamicina b) cocos Gram positivos aerobios: <ul style="list-style-type: none"> • dicloxacilina • eritromicina c) <i>Pseudomonas aeruginosa</i>: <ul style="list-style-type: none"> • Cephaloridine • Amikacina • ceftazidima 	<p>B [E: Shekelle] Crossman SH 2006 Ross J 2007 Walker CK 2007 Ward K 2008</p>

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; line-height: 40px;">E</div>	<p>En pacientes hospitalizadas con EIP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 250 MG IM más doxiciclina 100 MG VO cada 12 horas por 14 días más metronidazol 400mg cada 12h • Clindamicina IV 900mg cada 8h más gentamicina 2mg/k dosis inicial seguido de 1.5mg/kg cada 8h, puede ser sustituida por una dosis única al día seguida por Clindamicina oral ó doxiciclina con Metronidazol. • Cefotetan 2 g IV cada 12 horas más doxiciclina 100 MG VO cada 12 horas por 14 días. <p>(Cuadro V)</p>	<p style="text-align: center;">Ila [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 Crossman SH 2006 Ross J 2007 Walker CK 2007</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #00ff00; color: black; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; line-height: 40px;">R</div>	<p>De los tratamientos sugeridos por las guías se recomienda tratar a las pacientes hospitalizadas con EIP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 250 MG IM más doxiciclina 100 MG VO cada 12 horas por 14 días <p>Tratamiento recomendado por la norma oficial mexicana (Cuadro V)</p>	<p style="text-align: center;">B [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 Ross J 2007 Walker CK 2007</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #00ffcc; color: black; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; line-height: 40px;">✓/R</div>	<p>El Cefotetan y Cefoxitina no se comercializarse en México. Sin embargo existen en el país medicamentos con eficacia similar para el tratamiento de EIP.</p>	<p style="text-align: center;">✓ Buena Práctica</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; line-height: 40px;">E</div>	<p>Los aminoglucósidos más comúnmente utilizados en ginecología son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gentamicina • tobramicina • amikacina <p>principalmente útiles contra</p> <p style="padding-left: 40px;">a. bacilos aerobios Gram-negativos.</p> <p>Se utilizan en combinación con otros fármacos para el tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pielonefritis • corioamnionitis • endometritis puerperal • enfermedad pélvica inflamatoria. 	<p style="text-align: center;">Ila [E: Shekelle] Soper DE 1988 Ward K 2008</p>

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #90EE90; padding: 5px; text-align: center; width: 40px; margin: 0 auto;">R</div>	<p>Los aminoglucósidos más comúnmente utilizados en ginecología son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gentamicina • tobramicina • amikacina <p>principalmente útiles contra a.bacilos aerobios Gram-negativos.</p> <p>Se utilizan en combinación con otros fármacos para el tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pielonefritis • corioamnionitis • endometritis puerperal • enfermedad pélvica inflamatoria. 	<p style="text-align: center;">B [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 Soper De 1988 Ward K 2008</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #6495ED; padding: 5px; text-align: center; width: 40px; margin: 0 auto;">E</div>	<p>De acuerdo al cambio epidemiológico de la EIP se han propuesto sustitución de antibióticos más eficaces para el tratamiento contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anaerobios Gram-negativos clindamicina o metronidazol por derivados de la penicilina en combinación con un aminoglucósido. • en presencia de organismos Gram negativos aerobios por el uso de aminoglucósidos. 	<p style="text-align: center;">Ila [E: Shekelle] Soper De 1988 Ward K 2008</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #6495ED; padding: 5px; text-align: center; width: 40px; margin: 0 auto;">E</div>	<p>Estudios recientes sugieren que la amikacina puede ser la mejor opción</p> <ul style="list-style-type: none"> • se asocia con un bajo nivel de resistencia bacteriana y con una reducción en los niveles de resistencia en relación a otros aminoglucósidos. <p>La amikacina se considera el "estándar de oro" para combinar con las nuevas cefalosporinas o penicilinas.</p> <p>De acuerdo al cambio epidemiológico de cada unidad se sugiere modificar el uso de los aminoglucósidos en el futuro.</p>	<p style="text-align: center;">Ila B [E: Shekelle] Ward K 2008</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #6495ED; padding: 5px; text-align: center; width: 40px; margin: 0 auto;">E</div>	<p>En un Ensayo clínico (ECC) doble ciego con 72 mujeres con diagnóstico de EIP se aleatorizaron para recibir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefoxitin y doxiciclina • Vs. clindamicina y amikacina <p>Reportaron:</p>	<p style="text-align: center;">Ila [E: Shekelle] Pasrorek II JG 1989 Soper DE 1988</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • eficacia similar con ambos esquemas: 30/31 pacientes (96,8%) tratadas con cefoxitin/doxiciclina y 28/31 (90,3%) con clindamicina/ amikacina respondieron al tratamiento, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa ni en el aislamiento etiológico: <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, • De las 4 pacientes que no respondieron al tratamiento, presentaron síndrome de respuesta inflamatoria. (Cuadro VI). Régimen parenteral 	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #00FF00; color: black; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">R</div>	<p>De acuerdo al cambio epidemiológico de la EIP, se ha propuesto en los casos definitivos y casos sospechosos de moderada intensidad con falla en el tratamiento y/o graves dirigir el tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contra anaerobios Gram-negativos considerar los derivados de la penicilina en combinación con un aminoglucósido. • contra organismos Gram negativos aerobios se recomienda el uso de un aminoglucósido. <p>Considerar a la amikacina útil en combinación con las nuevas cefalosporinas o penicilinas por su sinergia y farmacocinética similar a la gentamicina; por lo que se recomienda su intercambio para infecciones susceptibles.</p>	<p style="text-align: center;">B D [E: Shekelle] Soper De 1988 Ward K 2008</p>


	<p>Se sugiere consultar los cuadros del anexo esquemas de medicamentos, dosis y vía de administración</p> <p>*La selección del tratamiento debe considerar: disponibilidad, costo, aceptación del paciente y la susceptibilidad antimicrobiana</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p style="text-align: center;">Buena Práctica</p>
	<p>El tratamiento parenteral debe continuarse hasta 24 horas después de la mejoría clínica y completar el tratamiento vía oral por 14 días. 3</p>	<p style="text-align: center;">Ila</p> <p style="text-align: center;">[E: Shekelle]</p> <p style="text-align: center;">NOM-039-SSA2-2002</p>
	<p>Se han descrito consideraciones especiales en mujeres con EIP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo y EIP hospitalizar a la paciente para manejo parenteral de antibióticos • Infección por HIV. en mujeres con EIP infectadas con HIV presentan cuadro clínico similar a las no infectadas y con respuesta terapéutica semejante, no se consideran modificaciones para su manejo • Dispositivo intrauterino (DIU). <ol style="list-style-type: none"> 1. Se reconoce que el riesgo de EIP asociado a DIU es infrecuente después de 3 semanas de colocación del dispositivo 2. Sin demostrarse utilidad en el uso profiláctico de antimicrobianos 3. No existe evidencia que sustente su remoción en caso de diagnóstico de EIP. • Parejas sexuales. La evidencia apoya el uso de tratamiento a la pareja (Cuadro VII). Deben contactarse las parejas sexuales, efectuarse revisión clínica y pruebas diagnósticas para NG y CT. 	<p style="text-align: center;">Ia Ib Ila III</p> <p style="text-align: center;">[E: Shekelle]</p> <p style="text-align: center;">Reich H 1987</p> <p style="text-align: center;">Molander P 2001</p> <p style="text-align: center;">Webster LW 2007</p> <p style="text-align: center;">Bujusi EA 1999</p> <p style="text-align: center;">Irwin KL 2000</p> <p style="text-align: center;">Schillinger JA 2003</p>

R	<p>Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> en caso de embarazo y EIP hospitalizar a la paciente para manejo parenteral de antibióticos. 	<p>C [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002</p>
R	<p>Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> a las mujeres con EIP infectadas con HIV presentan cuadro clínico similar a las no infectadas y con respuesta terapéutica semejante, no se consideran modificaciones para su manejo 	<p>A [E: Shekelle] Reich H 1987 Molander P 2001</p>
R	<p>Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> reconocer que el riesgo de EIP asociado a DIU es infrecuente posterior a las 3 semanas de colocación del DIU. <p>No se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> el uso profiláctico de antimicrobianos la remoción en caso de diagnóstico de EIP. 	<p>A [E: Shekelle] Webster LW 2007 Bujusi EA 1999</p>
E	<p>Falla al tratamiento se define como la recurrencia de los síntomas dentro de los 10 a 14 días de completar el tratamiento con antibióticos. Las causas posibles incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> falta de apego al tratamiento exposición repetida al o los agentes resistencia a antibióticos existencia de co patógenos ó reinfección tratamiento antibiótico inapropiado, dosis o duración inadecuados 	<p>B [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002</p>
✓/R	<p>Considerar falla al tratamiento a la recurrencia de los síntomas dentro de los 10 a 14 días de completar el tratamiento con antibióticos. Se recomienda enviar a segundo nivel para su reevaluación.</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> E </div>	<p>La decisión de hospitalización se puede basar en los siguientes criterios clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sospecha de emergencia quirúrgica • Embarazo • Falta de respuesta a tratamiento oral • Intolerancia al tratamiento oral • Cuadro clínico grave • Náusea o vómito • Fiebre elevada • absceso tubo-ovárico 	<p style="text-align: center;">Ila [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 Crossman SH 2006</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #00b050; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ✓/R </div>	<p>Evaluar la hospitalización en un segundo nivel de atención si se cuenta con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sospecha de emergencia quirúrgica • Embarazo • Falta de respuesta a tratamiento oral • Intolerancia al tratamiento oral • Cuadro clínico grave • Náusea o vómito • Fiebre elevada • Absceso tubo-ovárico. 	<p style="text-align: center;">✓ Buena Práctica</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #00b050; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> R </div>	<p>Sospechar enfermedad renoureteral ó gastrointestinal al eliminar la posibilidad de EIP, se debe referir al especialista de segundo nivel de atención médica: médico internista, médico urólogo ó médico gastroenterólogo en busca de enfermedad en vías urinarias ó a nivel gastrointestinal.</p>	<p style="text-align: center;">Ila [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002</p>


4.4.2 Tratamiento no Farmacológico

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div data-bbox="167 390 337 527" data-label="Image"> </div> <p>Se requiere una evaluación integral ante la decisión de intervención quirúrgica en EIP, se debe sospechar de una emergencia quirúrgica ante la presencia de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. fiebre persistente 2. bacteriemia 3. abdomen agudo e íleo persistente <p>Vigilar ante la sospecha de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Falta de respuesta a tratamiento oral • Intolerancia al tratamiento oral • Cuadro clínico grave • Nausea o vómito • Fiebre elevada • Sospecha de absceso tubo-ovárico. 	<p style="text-align: center;"> III [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 CDC 2006 Crossman SH 2006 </p>
<div data-bbox="167 1140 337 1276" data-label="Image"> </div> <p>Se debe considerar la exploración quirúrgica en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bacteriemia y fiebre persistente. • Falla del tratamiento conservador (48 a 72 horas). • Abdomen agudo. • Peritonitis generalizada. • Íleo persistente. • Absceso tubo-ovárico roto. • Persistencia de abscesos tubo-ováricos a pesar de tratamiento antibiótico. • Sepsis que no mejora con la antibioticoterapia. 	<p style="text-align: center;"> III [E: Shekelle] CDC 2006 </p>

	<p>En el paciente con EIP se debe vigilar los signos de alarma para recibir atención médica urgente. Ante datos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fiebre persistente • bacteriemia • abdomen agudo e íleo persistente <p>sospechar de complicación médica y/o quirúrgica, ante la posibilidad de intervención quirúrgica. Se debe sospechar de una emergencia quirúrgica ante la presencia de: Vigilar estrechamente en condiciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Falta de respuesta a tratamiento oral • Intolerancia al tratamiento oral • Cuadro clínico grave • Nausea o vómito • Fiebre elevada • Sospecha de absceso tubo-ovárico. 	<p style="text-align: center;">✓ Buena Práctica</p>
---	---	--

4.5 Criterios de referencia para hospitalización y Contrarreferencia





4.5.1 Criterios técnico médicos de Referencia

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>La decisión de hospitalización se puede basar de acuerdo a los siguientes criterios clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sospecha de una emergencia quirúrgica • fiebre persistente ó documentación de bacteriemia • abdomen agudo e íleo persistente • Embarazo • Falta de respuesta a tratamiento oral • Intolerancia al tratamiento oral 	<p style="text-align: center;">III [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 CDC 2006 Crossman SH 2006</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro clínico severo • Nausea o vómito • Fiebre elevada • absceso tubo-ovárico. <p>(Cuadro VI)</p>	
✓/R	<p>El paciente con signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abdomen agudo • respuesta inflamatoria sistémica • inestabilidad hemodinámica <p>Debe recibir atención médica urgente, en el lugar de primer contacto, en la sala de urgencias u hospitalización de segundo nivel de atención para su estabilización</p>	<p>✓</p> <p>Buena Práctica</p>
E	<p>Acudir a la unidad médica donde se inicio manejo a consulta médica sí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la fiebre dura más de tres días • empeoran los síntomas • o aparecen nuevos después de 3-5 días de evolución del inicio del tratamiento • en ausencia de mejoría de los síntomas. 	<p>III</p> <p>[E: Shekelle]</p> <p>NOM-039-SSA2-2002</p>
✓/R	<p>Si en 72h no existe mejoría clínica con falla al tratamiento enviar a segundo nivel, se sugiere hospitalizar en un segundo nivel de atención para revaloración diagnóstica y terapéutica.</p>	<p>✓</p> <p>Buena Práctica</p>
✓/R	<p>En pacientes con falla al tratamiento enviar a segundo nivel. Se recomienda en estos casos de EIP moderada con falla al tratamiento y EIP grave, la toma de cultivos antes iniciar el tratamiento y modificar el régimen de acuerdo a la sensibilidad y resistencia de los gérmenes aislados a los antibióticos.</p>	<p>✓</p> <p>Buena Práctica</p>
✓/R	<p>Evaluar si la paciente presenta condiciones de comorbilidad para su envío a segundo ó tercer nivel de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las pacientes con comorbilidad tienen mayor 	<p>✓</p> <p>Buena Práctica</p>

	<p>probabilidad de descompensarse ó complicarse; por lo que deben recibir atención médica y consultar con un especialista de acuerdo a cada caso en especial.</p> <ul style="list-style-type: none"> las pacientes que reciben quimioterapia, terapia inmunosupresora y diabéticas con dolor abdominal y datos de irritación peritoneal; canalizar a segundo ó tercer nivel de atención con base a la enfermedad de fondo. 	
--	---	--


4.6 Vigilancia y Educación

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	Otorgar servicios de apoyo y consejería para la paciente y sus parejas, tanto durante la fase de diagnóstico como de tratamiento, brindando información accesible, promover la adherencia al tratamiento, y las prácticas sexuales protegidas.	<p>IV [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 CDC 2006</p>
	Los pacientes y/o familiares deberán recibir información acerca de signos de alarma para reevaluación clínica	<p>D [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 CDC 2006</p>
	Promover la práctica de sexo seguro y protegido y evitar prácticas sexuales de riesgo	<p>D [E: Shekelle] NOM-039-SSA2-2002 CDC 2006</p>
	<ul style="list-style-type: none"> La investigación de los casos y de los contactos, debe llevarse a cabo en las personas con diagnóstico de EIP (caso definitivo) previo consentimiento de los pacientes, conservando la confidencialidad de la información. Cuando el paciente sea mayor 	<p>✓ Buena Práctica</p>

	<p>de edad, se obtendrá la información y consentimiento directamente de él.</p> <ul style="list-style-type: none"> En el caso de menores de edad, o personas imposibilitadas para dar su consentimiento, se procurará, mediante la consejería apropiada, obtener la información y consentimiento del padre, la madre, tutor o representante legal. 	
✓/R	Los adolescentes son una población vulnerable, por lo que se considera una prioridad evitar la deserción y la falta de adhesión al tratamiento. En caso de no presentarse los responsables del menor, se incluirá una nota en el expediente, que rubricará el responsable del servicio.	<p>✓</p> <p>Buena Práctica</p>
R	Promover la educación en salud sexual y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y sus complicaciones	<p>D</p> <p>[E: Shekelle]</p> <p>NOM-039-SSA2-2002</p>
R	Se recomienda basar la educación en intervenciones informativas y educativas estas intervenciones podrán llevarse a cabo en el consultorio, salas de espera de la consulta externa y/o a través de trípticos	<p>D</p> <p>[E: Shekelle]</p> <p>NOM-039-SSA2-2002</p>
R	<p>-Promover el desarrollo de programas educativos en salud sexual</p> <p>-Desarrollar conciencia en nuestra población sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y sus complicaciones</p> <p>-Fomentar la participación del hombre en la prevención de las ITS</p> <p>-Promover el uso de condón en prácticas sexuales de riesgo</p> <p>-Retrasar el inicio de la actividad sexual</p> <p>-Orientar para reducir el número de parejas sexuales</p> <p>-Otorgar el tratamiento oportuno de la</p>	<p>Ila</p> <p>[E: Shekelle]</p> <p>NOM-039-SSA2-2002</p> <p>Grimes 1999</p>

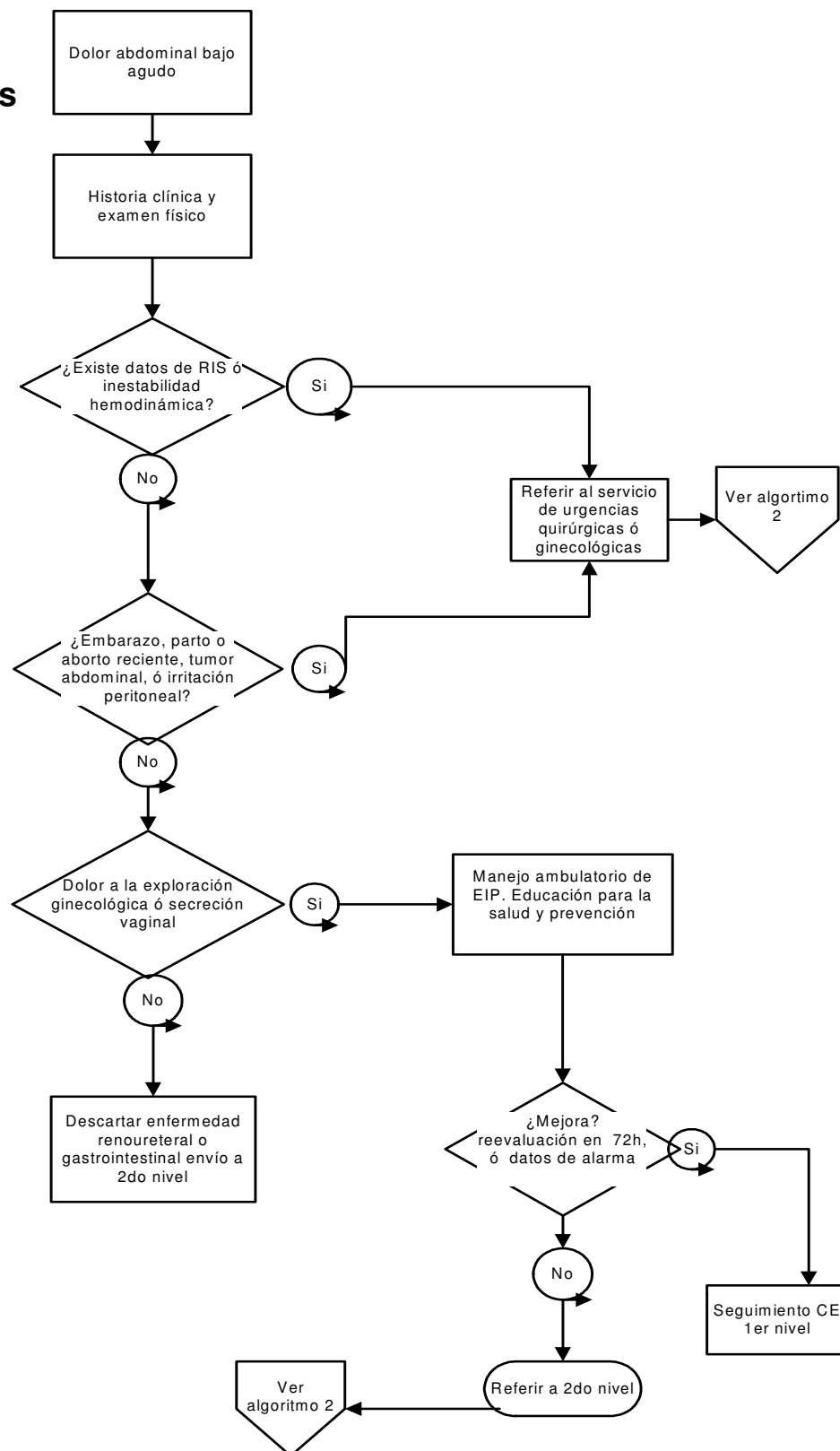
	<p>o las parejas sexuales</p> <p>-Insistir en la necesidad de esquemas completos de tratamiento para reducir la resistencia antimicrobiana, complicaciones y recaídas del padecimiento</p> <p>-Se debe recomendar abstinencia sexual hasta haber completado el tratamiento</p>	
R	<p>Informar al paciente y/o a sus familiares de la importancia de cumplir con el tratamiento.</p>	<p>D</p> <p>[E: Shekelle]</p> <p>NOM-039-SSA2-2002</p>

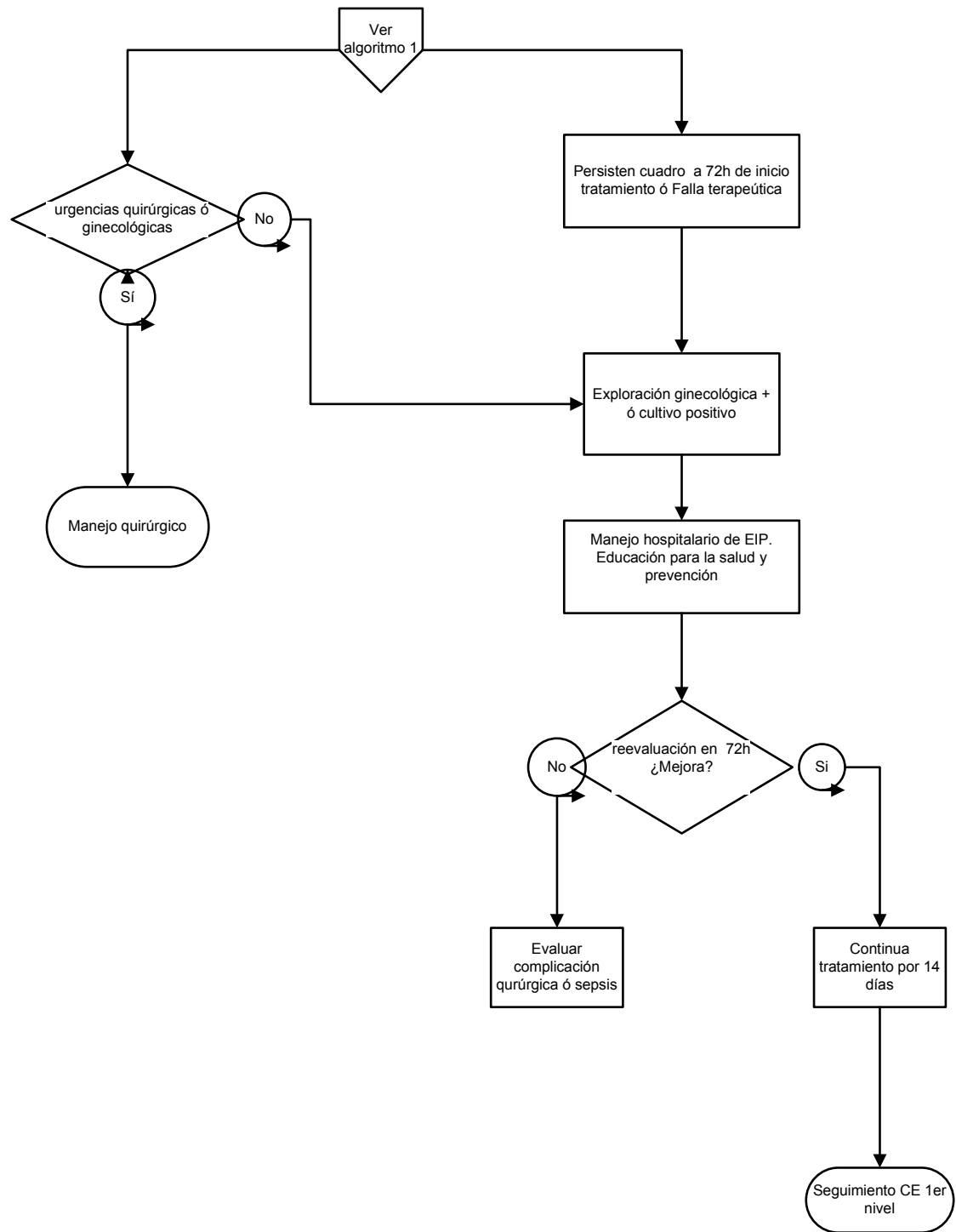
4.7 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando Proceda

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	<p>En pacientes con diagnóstico de EIP leve a moderada sin complicaciones con respuesta al tratamiento ambulatorio evaluar de 3 a 5 días de incapacidad. Individualizar para la toma de decisión de acuerdo a los factores de riesgo.</p>	<p>✓</p> <p>Buena Práctica</p>

Algoritmo para Diagnóstico de EIP

Algoritmos





5 . Definiciones Operativas

Abdomen agudo Dolor abdominal con datos de irritación peritoneal de comienzo súbito, suele asociarse a enfermedades de resolución quirúrgica. Requiere evaluación médica urgente. Algunas causas son apendicitis, colecistitis, pancreatitis, etc.

Aborto. Interrupción precoz del embarazo, espontánea o inducida, seguida por la expulsión del producto gestacional por el canal vaginal. Puede estar precedido por pérdidas sanguíneas por vagina.

Absceso Colección de pus, producida en general por una infección bacteriana. Puede formarse en distintas regiones del organismo (cerebro, huesos, piel, músculos). Puede ocasionar fiebre, escalofríos, temblores y enrojecimiento y dolor de la zona afectada.

Absceso tubo-ovárico. Colección de material purulento en trompas de Falopio con adherencias al ovario.

Antibiótico. A la sustancia química que impide el desarrollo o multiplicación de ciertos microbios o los destruye.

Condiciones de riesgo. A cualquier actividad en la que exista contacto con mucosas, tejidos, secreciones o líquidos potencialmente infectantes.

Contagio. A la transmisión de una ITS por contacto directo o indirecto.

Control. A la aplicación de medidas para la disminución de la incidencia, en casos de enfermedad.

Diagnóstico oportuno. Procedimiento mediante los cuales se identifica una enfermedad específica en el momento preciso para limitar sus complicaciones y secuelas

Dispareunia. Es la relación sexual dolorosa abarca desde manifestaciones de ardor vaginal hasta dolor pélvico intenso durante y/o después de la relación sexual

Dolor a la movilización del cérvix. Sensación de dolor a la movilización del cuello uterino durante la exploración bimanual.

Dolor a la palpación del útero y anexial. Sensación de dolor abdominal bajo al ejercer presión sobre el fondo uterino y los anexos durante la exploración bimanual.

Ecografía pélvica transvaginal. Obtención de imágenes por medio de un Transductor endovaginal.

Edad Reproductiva. Etapa de la mujer que comprende desde el inicio de las menstruaciones (menarca) hasta el cese de las mismas (menopausia).

Educación para la salud. Al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamiento para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

Embarazo Ectópico. Embarazo que se implanta fuera de la cavidad uterina,

Endometriosis. Tejido endometrial fuera de la cavidad uterina.

Estrategia. Al método para resolver o controlar un problema.

Exploración bimanual. Exploración realizada con una mano en cavidad vaginal y otra mano en el abdomen de la paciente, fijando el útero a nivel de fondo uterino en la mano abdominal y variando la posición de la mano endovaginal para tocar y explorar el cérvix, los anexos y el cuerpo uterino.

Factor de riesgo. Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad, con respecto a la exposición a una condición ó característica.

Factores de riesgo para EIP. Edad menor de 25 años, múltiples parejas sexuales, tanto de la paciente como de su compañero sexual, uso de DIU sin criterios de elegibilidad y cuadros previos de EIP

Fiebre. A la elevación anormal de la temperatura corporal, por encima de los límites normales citados, arriba de 38.0°C.

Laparoscopia. Técnica quirúrgica de mínima invasión, que consiste en la introducción de un lente con cámara integrado.

Papanicolaou. Método de tinción para demostrar células exfoliadas anormales pre-malignas y malignas.

Prácticas sexuales de riesgo. a las actividades en las que existe penetración y/o contacto pene-ano, pene-vagina, pene-boca, pene-mano-boca, pene-boca-vagina, mano-ano-boca, mano-ano-vagina; o con objetos contaminados con secreciones sexuales o sangre utilizados durante la relación sexual, sin el uso correcto y sistemático de una barrera mecánica, para evitar el intercambio de secreciones o líquidos potencialmente infectantes; así como múltiples parejas sexuales sin uso de preservativo, inicio de vida sexual durante la adolescencia y falta de medidas sanitarias durante las relaciones sexuales.

Práctica sexual protegida. A aquella en la cual se utiliza correctamente una barrera mecánica, como el condón de látex (masculino) o de poliuretano (femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

Práctica sexual segura. A aquella en la cual no existen ni penetración ni traspaso de secreciones sexuales (líquido pre-eyaculatorio, semen y secreción vaginal) o de sangre.

Prevención. Actividad o grupo de actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes en donde se promueve la salud y se reducen los riesgos de adquirir una enfermedad

Promoción de la salud. Al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

Pruebas de detección. A las de laboratorio utilizadas de manera individual o grupal para la identificación etiológica de las ITS.

Síndrome de Fitz Hugh Curtis. Peri hepatitis secundaria a infección pélvica.

Tumorações anexiales. Cualquier masa pélvica, ubicada cerca del útero, cuyo origen generalmente es el ovario o trompas de Falopio.

Vida sexual activa mantener relaciones sexuales en una forma continua.

Glosario

CDC: Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica (Centers for Disease Control and Prevention USA).

CT: *Chlamydia trachomatis*.

ELISA: Ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (Enzyme-linked immunosorbent assay).

EIP: Enfermedad inflamatoria pélvica.

IF: Inmunofluorescencia.

IM: Intramuscular.

ITS: Infección de transmisión sexual.

IV: Intravenoso.

NG: *Neisseria gonorrhoeae*

NOM: Norma Oficial Mexicana.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PCR: Reacción de la polimerasa en cadena (Polimerase chain reaction).

LCR: Reacción de ligasa en cadena (Link Chain Reaction).

RPR: Investigación de proteínas reagínicas (Rapid plasma reagin).

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

UI: Unidades internacionales.

VDRL: Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (Venereal Disease Research Laboratory).

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, incluye al VIH-1 y al VIH-2.

VO: Vía oral.

Wb: Western blot.

gr.: Gramos.

Kg.: Kilogramos.

mg: Miligramos.

pH: Potencial de hidrógeno.

6. Anexos

6.1 Protocolo de Búsqueda

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre El Diagnóstico Y Tratamiento De La Enfermedad Inflamatoria Pélvica En Mujeres Mayores De 14 Años Con Vida Sexual Activa

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre El Diagnóstico Y Tratamiento De La Enfermedad Inflamatoria Pélvica En Mujeres Mayores De 14 Años Con Vida Sexual Activa en las siguientes bases de datos: Cochrane Library, Medline, Ovid, PubMed, Promedicum, Artemisa, Lilacs, MedicLatina y DynaMed, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006
- Infecciones de transmisión y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica. Organización Mundial de la Salud, 2005.

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: “pelvic inflammatory disease”, “pelvic inflammatory disease treatment”, “masa anexial”, “enfermedad inflamatoria pélvica”, “anexitis” y “absceso tubo-ovárico”. De igual manera se realizó la búsqueda de bibliografía adicional.

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

Sin embargo, ninguna información de las referencias más actualizadas fue necesario incluir para cambiar algunas de las recomendaciones de las versiones actuales de las guías.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo ✓ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

6.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la Recomendación

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

Cuadro I. Escala modificada de shekelle y colaboradores

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
Ilb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

6.3 Clasificación o escalas de la Enfermedad

Cuadro I. Manifestaciones clínicas de la EIP

Síntomas	Signos
Dolor abdominal bajo	Dolor a la palpación abdominal bajo
Dispareunia	Dolor a la movilización cervical al examen bimanual
Flujo transvaginal anormal (leucorrea)	Fiebre igual o mayor a 38 grados
Sangrado transvaginal anormal	

Crossman SH. The challenge of pelvic inflammatory disease. Am Fam Physician 2006; 73:859-64

Cuadro II Clasificación de la gravedad de la EIP

Grado I (Leve)	No complicada, sin masa anexial ni datos de abdomen agudo ni irritación peritoneal
Grado II (Moderada)	Complicada presencia de: masa anexial o absceso que involucra trompas y/o ovarios. Con o sin signos de irritación peritoneal. Modificada por el consenso del grupo que elaboró la presente guía
Grado III (Grave ó Severa)	Diseminada a estructuras extra pélvicas: absceso tubo-ovárico roto o pelvi peritonitis o con datos de respuesta sistémica

Modificada de Monif G. Clinical Staging of acute bacterial salpingitis and its therapeutic ramifications Am J Obstet Gynecol 1982; 143:489–495.

*Esta clasificación fue modificada por el grupo de trabajo por medio de consenso en el grado I, ya que la original la describe con la posibilidad de presentar datos de abdomen agudo, lo cual se consideró debe requerir manejo especializado en segundo ó tercer nivel de atención

Cuadro III Riesgo para EIP

Características clínicas a favor de EIP sobre Apendicitis aguda	OR (IC 95%)
No migración del dolor	4.2 (1.5-11.5)
Dolor abdominal bilateral	16.7 (5.3-50.0)
Ausencia de vómito y náusea	8.4 (2.8-24.8)

. Koji Moriswhita MD. American journal of emergency medicine 2007

Cuadro IV Tratamiento ambulatorio

Fármaco	Dosis	Nivel de evidencia
Ceftriaxona más doxiciclina,	Ceftriaxona 125-250 MG IM dosis única y doxiciclina 100 MG VO. 2 veces al día por 14 días	Ia A
Cefotaxima más doxiciclina	500 MG IM dosis única de cefotaxima y 100 MG VO. 2 veces al día por 14 días de doxiciclina	Ia A
Metronidazol	Puede agregarse a cualquiera de los anteriores regímenes; 500 MG VO. dos veces al día por 14 días para cobertura de anaerobios	Ia A
Regímenes alternativos		
Levofloxacin	En caso de que la terapia con cefalosporinas no fuese posible y existe bajo riesgo de gonorrea,	IIb B

	500mg una vez al día por 14 días	
Ofloxacina	En caso de que la terapia con cefalosporinas no fuese posible y existe bajo riesgo de gonorrea, 400 MG dos veces al día por 14 días	IIb B

Modificado NOM-039-SSA2-2002, OMS 2005, Ross J, Judlin P, Nilas L. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. international journal of STD & AIDS 2007 (18)662-666

Walker CK, Wiesenfeld HC. Antibiotic Therapy for acute pelvic inflammatory disease: the 2006 centers for disease control and prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. PID Treatment guidelines Clinical Infectious Diseases 2007: 44;S111-22

Cuadro V Antibióticos administrados Vía Intravenosa

Régimen	Nivel de evidencia Grado de recomendación	Medicamentos	Dosis
Régimen parenteral	I a A	Ceftriaxona	250 MG IM por 14 días
		Doxiciclina	100 MG VO cada 12 horas por 14 días
Régimen parenteral	I a A	Cefotetan	2 g IV cada 12 horas más por 14 días
		Doxiciclina	100 MG VO cada 12 horas por 14 días
Régimen parenteral alternativo	I a A	Clindamicina	900 MG IV cada 8 horas
		Gentamicina	impregnación IV o IM de 2mg/Kg. mantenimiento de 1.5 MG/Kg. cada 8 horas
Régimen parenteral alternativo	I a A	Ampicilina/Sulbactam	3g IV cada 6 h
		Doxiciclina	100mg v.o. o IV cada 12 h 3,26
Régimen parenteral B	Ia A	Clindamicina	900 MG IV cada 8 horas
		Amikacina (alternativa a gentamicina)	20 MG/kg IV o IM cada 24 horas Dosis total máx.: 1.3 gr. por día
		Gentamicina*	impregnación IV o IM de 2mg/Kg. mantenimiento de 1.5 MG/Kg. cada 8 horas
		Metronidazol	400mg cada 12h VO

Modificado NOM-039-SSA2-2002, OMS 2005, Ross J, Judlin P, Nilas L. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. international journal of STD & AIDS 2007 (18)662-666

Walker CK, Wiesenfeld HC. Antibiotic Therapy for acute pelvic inflammatory disease: the 2006 centers for disease control and prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. PID Treatment guidelines Clinical Infectious Diseases 2007: 44;S111-22

Cuadro VI Criterios para hospitalizar

Criterios para hospitalizar
Falla al tratamiento por falta de mejoría posterior a los 3 días de Tx
Incapacidad para el seguimiento o tolerancia de los antibióticos orales
Embarazo
Enfermedad grave fiebre alta, vómito
Urgencia quirúrgica que no puede ser excluida
Abceso tubo ovarico

Crossman SH. The challenge of pelvic inflammatory disease. Am Fam Physician 2006;73:859-64

6.4 Medicamentos

Cuadro I. Medicamentos indicados en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
1929	Ampicilina anhidra o ampicilina trihidratada equivalente a 500 mg de ampicilina.	Adultos: 2 a 4 g/día, dividida cada 6 horas.	Envase con 20 tabletas o cápsulas. Oral.	Náusea, vómito, reacciones de hipersensibilidad que incluye choque anafiláctico, glositis, estomatitis, fiebre, sobreinfecciones.	Con anticonceptivos hormonales disminuye el efecto anticonceptivo. Con alopurinol aumenta la frecuencia de eritema cutáneo.	Hipersensibilidad al fármaco Precauciones: Nefritis intersticial, edema angioneurótico, enfermedad del suero.
2133	Clorhidrato de clindamicina equivalente a 300 MG de clindamicina.	Oral. Adultos: 300 MG cada 6 horas.	Envase con 16 cápsulas.	Náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, hipersensibilidad.	Su efecto se antagoniza con el uso de cloranfenicol y eritromicina. Aumenta el efecto de los relajantes musculares. Con caolín se disminuye su absorción. Con difenoxilato o loperamida se favorece la presencia de diarrea.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Colitis ulcerosa e insuficiencia hepática.
1940 1941	Hiclato de doxiciclina equivalente a 100 MG de doxiciclina.	Otras infecciones: el primer día 100 MG cada 12 horas y continuar con 100 MG/día, cada 12 ó 24 horas	Envase con 10 cápsulas	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, prurito, fotosensibilidad, colitis, reacciones alérgicas. En niños pigmentación de los dientes, defectos del esmalte y retraso del crecimiento óseo.	Interfiere en el efecto de los anticonceptivos hormonales y de heparina. Con anticonvulsivantes disminuyen la concentración plasmática de doxiciclina. Antiácidos y sustancias que contengan calcio, hierro o magnesio disminuyen su absorción intestinal.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia hepática o renal, alteraciones de la coagulación, úlcera gastroduodenal, menores de 10 años, lactancia.
1955	Sulfato de gentamicina equivalente a 20 MG de gentamicina base	De 3 MG/Kg. /día, administrar cada 8 horas. Dosis máxima 5 MG/Kg./día.	Envase con ampolleta con 2 ml	Ototoxicidad (coclear y vestibular), nefrotoxicidad, bloqueo neuromuscular.	Aumentan sus efectos tóxicos con: Furosemida, cisplatino, indometacina, amfotericina B, vancomicina, ciclosporina A, cefalosporinas. Con penicilinas aumenta su efecto antimicrobiano	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia renal, botulismo, miastenia gravis, enfermedad de Parkinson
1969	Azitromicina dihidratada equivalente a 500 MG de azitromicina	Oral. Adultos: 500 MG cada 24 horas.	Envase con 3 ó 4 tabletas.	Diarrea, heces blandas, malestar abdominal, náuseas, vómito y flatulencia.	Se ha precipitado ergotismo al administrar simultáneamente con algunos antibióticos macrólidos. Así mismo estos antibióticos alteran el metabolismo microbiano de la	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco o a cualquiera de los antibióticos macrólidos. Precauciones: En pacientes que presenten prolongación del

					digoxina en el intestino en algunos pacientes. No tomar en forma simultánea con antiácidos. Junto con otros macrólidos, pueden producir interacciones con los medicamentos por reducir su metabolismo hepático por enzimas P450	intervalo QT y arritmias
1935	Cefotaxima sódica equivalente a 1 g de cefotaxima.	Intramuscular, intravenosa. Adultos: 1 a 2 g cada 6 a 8 horas. Dosis máxima: 12 g/día.	Envase con un frasco ampola y 4 ml de diluyente.	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, dolor en el sitio de la inyección, erupción cutánea, disfunción renal.	Con furosemida y aminoglucósidos, aumenta el riesgo de lesión renal. Se incrementa su concentración plasmática con probenecid	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco
1937	Ceftriaxona sódica equivalente a 1 g de ceftriaxona.	intravenosa. Adultos: 1 a 2 g cada 12 horas, sin exceder de 4 g/día.	Envase con un frasco ampola y 10 ml de diluyente.	Angioedema, broncoespasmo, rash, urticaria, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, neutropenia, en ocasiones agranulocitosis, flebitis.	Con furosemida y aminoglucósidos, aumenta el riesgo de lesión renal. Se incrementa su concentración plasmática con probenecid.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia renal.
4249 4299 4300	Levofloxacin hemihidratado equivalente a 500 MG de levofloxacin. Levofloxacin hemihidratado equivalente a 500 MG de levofloxacin. TABLETA Cada tableta contiene: Levofloxacin hemihidratado equivalente a 750 MG de levofloxacin.	Adultos: 500 MG cada 24 horas, durante 7 a 14 días, de acuerdo al tipo de infección. Oral. Adultos: 500 a 750 MG cada 24 horas	Envase con 100 ml. Intravenosa. Envase con 7 tabletas. Envase con 7 tabletas	Diarrea, náusea, flatulencia, dolor abdominal, prurito, rash, dispepsia, mareo, insomnio.	Puede prolongar la vida media de teofilina, puede aumentar los efectos de warfarina ó sus derivados, su administración concomitante con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos puede incrementar el riesgo de estimulación del sistema nervioso central y de crisis convulsivas	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a las quinolonas. Precauciones: No administrar conjuntamente con soluciones que contengan magnesio.
1309 1311	Metronidazol 200 MG ampola con 10 ml. Cada 100 ml contienen: Metronidazol 500 MG	Infusión intravenosa. Adultos y niños mayores de 12 años 500 MG cada 8 horas por 7 a 10 días. Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en	Envase con 2 ampolletas o frascos Envase con 100 ml.	Con la ingestión de alcohol se produce el efecto antabuse, con la ciclosporina puede aumentar el riesgo de neurotoxicidad	Vértigo, cefalea, náusea, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: No ingerir alcohol durante el tratamiento, insuficiencia hepática y renal.

		frascos de vidrio.				
--	--	--------------------	--	--	--	--

7. Bibliografía

Acosta-Cazares B, Ruiz-Maya L, De la Peña JE. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in low-income rural and suburban populations of Mexico. Am Sex Transm Dis Assoc 1996; 23:283-288.

Bevan CD, Ridgway GL, Rothermel CD. Efficacy and safety of azithromycin as monotherapy or combined with metronidazole compared with two standard multidrug regimens for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. J Int Med Res 2003; 31:45-54.

Bukusi EA, Cohen CR, Stevens CE, et al. Effects of human immunodeficiency virus 1 infection on microbial origins of pelvic inflammatory disease and on efficacy of ambulatory oral therapy. Am J Obstet Gynecol 1999; 181:1374-1381

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/toc.htm>

Centers for Disease Control and Prevention, CDC. Sexually transmitted disease surveillance 2005 supplement: Gonococcal Isolate Surveillance Project (GISP) annual report, 2005. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2007. Available at: <http://www.cdc.gov/std/GISP2005/default.htm>

Cravioto MC, Matamoros O, Villalobos-Zapata Y, et al. Prevalencia de anticuerpos anti Chlamydia trachomatis y anti-*Neisseria gonorrhoeae* en grupos de individuos de la población mexicana. Salud Pública Mex 2003; 45(supl. 5):5681-5689

Crossman SH. The challenge of pelvic inflammatory disease. Am Fam Physician 2006; 73:859- 64

Eschenbach DA, Wolner Hanssen P, Hawes SE, Pavletic A. Acute Pelvic Inflammatory Disease: Associations of Clinical and Laboratory Findings with Laparoscopic Findings. Obstet Gynecol 1997; 89:184-192.

Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:24202-425

Francalacci-SR, Montana-TL, Garcia-Torres T, Albano-Edelweiss MI, Monaca J, Schechter J. Comparing Ceftriaxone plus Azitromycin or Doxycycline for pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol 2007; 110:53-60.

Frates MC, Laing MC. Sonographic evaluation of ectopic pregnancy: An update. AJR 1995; 165-251

Gaitán H, Angel E, Diaz R, Parada A, Sanchez L, Vargas C. Accuracy of five different diagnostic techniques in mild-to-moderate-pelvic inflammatory disease. Infect Dis Obstet Gynecol 2002; 10:171-180.

Golden MR, Whittington WLH, Handsfield HH, et al. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or Chlamydia infection. N Engl J Med 2005; 352:676-685.

Gonococcal Resistance to Antimicrobials Surveillance Programme (GRASP) Steering Group. GRASP year 2005 report. London, England: Health Protection Agency; 2006. Available at: http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/sti-gonorrhoea/publications/grasp_2005_annual_report.pdf.

Grimes DA, Schulz KF. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a metanalysis of the randomized controlled trials. Contraception 1999; 60:57-63.

Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. Lancet 2000; 356:1013-1019.

Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996; 107:377-382.

Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993; 270 (17); 20962-097

Hager WD, Eschembach DA, Spence MR, et al. Criteria for diagnosis and grading of salpingitis. Obstet Gynecol 1983; 61:113-114.

Haggerty CL, Ness RB. Newest approaches to treatment of pelvic inflammatory disease: a review of recent randomized clinical trials. Clin Infect Dis 2007; 44:953-960

Hall MN, Leach L. Which blood tests are most helpful in evaluating pelvic inflammatory disease? J Fam Practice 2004; 53:326-331

Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [Acceso 26 de junio de 2006]
Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.

Irwin KL, Moorman AC, O'Sullivan M, et al. Influence of human immunodeficiency virus infection on pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol 2000; 95:525-534

Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995; 105:740-743

Koji M, Masanori G, Mikio H. Clinical prediction rule to distinguish pelvis inflammatory disease from acute appendicitis in women of childbearing age. American Journal of Emergency Medicine 2007; 25:152-7

Monif G. Clinical Staging of acute bacterial salpingitis and its therapeutic ramifications Am J Obstet Gynecol 1982; 143:489-495

Molander P, Solberg J, Paavonen J, Cacciatore B. Transvaginal power Doppler findings in laparoscopically proven acute pelvic inflammatory disease. Ultrasound Obstet Gynecol 2001; 17:233-238.

Morcos R, Frost N, Hnat M, Petrunak A, Caldito G. Laparoscopic versus clinical diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. J Reprod Med 1993; 38:53-56.

Morino M, Pellegrino L, Castanga E, Farinella E, Mao P. Acute nonspecific abdominal pain a randomized, controlled trial comparing early laparoscopy versus clinical observation. Ann Surg 2006; 244: 881-888.

Narcio MLE, Arredondo JL, Saldivar A, et al. Etiología microbiana de la enfermedad pélvica inflamatoria leve y moderada. (EIP). Ginecol Obst Mex 1998; 66:309-315.

Ness RB, Trautmann G, Richter HE, et al. Effectiveness of treatment strategies of some women with pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol 2005; 106:573-580.

Norma oficial mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Viernes 19 de septiembre de 2003 diario oficial

Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica. 2005 (Clasificación NLM: WC 140). <http://www.who.int/std>

Pasrorek II JG. Pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess. Obstet Gynecol Clin North Am 1989; 16:347-361

Peipert JF, Ness RB, Blume J, et al. Clinical predictor of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 2001; 184:856-864.

Peipert JF, Sweet RL, Walker CL, Kahn J, Rielly-Gauvin K. Evaluation of ofloxacin in the treatment of laparoscopically documented acute pelvic inflammatory disease (salpingitis). Infect Dis Obstet Gynecol 1999; 7:138-144.

Reich H, McGlynn F. Laparoscopic treatment of tuboovarian and pelvic abscess. J Reprod Med 1987; 32:747-752.

Ross JDC, Cronjé HS, Paszkowski T, Racoczi I, Vildaite D, Kureishi A. Moxifloxacin versus ofloxacin plus metronidazole in uncomplicated pelvic inflammatory disease: results of a multicentric, double blind, randomized trial. *Sex Transm Inf* 2006; 82:446-451

Ross J, Judlin P, Nilas L. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *international journal of STD & AIDS* 2007 (18):662-666

Royal College of Obstetricians Gynecologists. Guideline No. 32. Management of Acute Inflammatory Disease 2003

Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996; 312:71-72.

Saini S, Gupta N; Aparna Batra G, Arora DR de anaerobios aguda en la enfermedad inflamatoria pélvica India *J Med Microbiol.* 2003 Jul-Sep; 21 (3):189-92

Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grinshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. *BMJ* 1999; 318:593-595.

Singh RH, Erbeling E J, Zenilman JM, Ghanem KG. The role of speculum and bimanual examinations when evaluating attendees at a sexually transmitted diseases clinic. *Sex Transm Infect* 2007; 83:206-210

Schillinger JA, Kissinger P, Calvet H, et al. Patient-delivered partner treatment with azithromycin to prevent repeated *Chlamydia trachomatis* infection among women: a randomized, controlled trial. *Sex Transmit Dis* 2003; 30:49–56

Society of Critical Care Medicine y el American College of Chest Physicians (ACCP) de 1992.

Soper DE, Despres B. A comparison of two antibiotic regimens for treatment of pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol.* 1988 Jul; 72 (1):7-12

Soper DE, Brockwell NI, Dalton HP, Jonson D. Observations concerning the microbial etiology of acute salpingitis. *Am j Obstet Gynecol* 1994 175 435-41

Taipale P, Tarjanne H, Ylostalo P. Transvaginal sonography in suspected pelvic inflammatory disease. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995; 17:430-434

Tukeva TA, Aronen HJ, Karjalainen PT, Molander P, Paavonen T, Paavonen J. MR image in pelvic inflammatory disease: comparison with laparoscopic and US. *Radiology* 1999; 210:209-216.

Walker CK, Workowski KA, Washington AE, Soper D, Sweet RL. Anaerobes in pelvic inflammatory disease: implications for the Centers for Disease Control and Prevention's guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *Clin Infect Dis* 1999; 28(Supp 1):S29–S36.

Walker CK, Wiesenfeld HC. Antibiotic Therapy for acute pelvic inflammatory disease: the 2006 centers for disease control and prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. *PID Treatment guidelines Clinical Infectious Diseases* 2007; 44; S111-22

Ward K, Theiler RN. Once-daily dosing of gentamicin in obstetrics and gynecology. *Clin Obstet Gynecol* 2008; 51(3): 498-506.

Webster DL, Mosure DJ, Steece R, Stone KM. Testing for sexually transmitted diseases in U.S. public health laboratories in 2004. *Sex Trans Dis* 2007; 34:41-46

Yudin MH, Hillier SL, Wiesenfeld HC, Krohn MA, Amortegui AA, Sweet RL. Vaginal polymorph nuclear leukocytes and bacterial vaginosis as markers for histologic endometritis among women without symptoms of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:318-323?

8. Agradecimientos

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Dr. Moisés Andrade Quezada	Delegado de Prestaciones Médica. León, Guanajuato
Dr. Arturo Estrada Escalante	Director de la UMAE Hospital de Gineco Pediatría No. 48, León, Guanajuato.
Lic. Francisco García	Licenciado e Bibliotecología adscrito al CENAIIDS. Instituto Mexicano del Seguro Social
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Analista UMAE HE CMNR
Lic. Uri Iván Chaparro González	Analista UMAE HO CMN SIGLO XXI

9. Comité académico

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE
División de Excelencia Clínica
Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Jefe de Área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador