

*¿Estamos asistiendo a un repunte de las enfermedades
de transmisión sexual?
Criterios diagnósticos de EIP*

Cristina Martínez Leocadio

Laura Pineda Domínguez

H. U. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ



**Cuidamos
de la mujer**

Departamento de Ginecología y Obstetricia



Índice

¿ Qué es la EIP?

Flora vaginal normal y alteraciones

Cuadros clínicos

Recomendaciones SEGO

Tratamiento

¿QUÉ ES LA EIP?

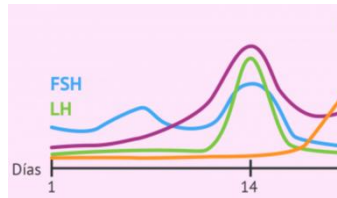
INTRODUCCIÓN Y EPIDEMIOLOGIA

- Centro de Control y Prevención de Enfermedades: > 1.000.000 muje
- 100.00 mujeres infértiles/año por EIP
- Cada EIP x2 Riesgo infertilidad por factor tubárico
- ↑ x 7-10 riesgo ectópico
- Causa de Dolor Pélvico Crónico en 25-75%
- † por ruptura absceso tuboovárico

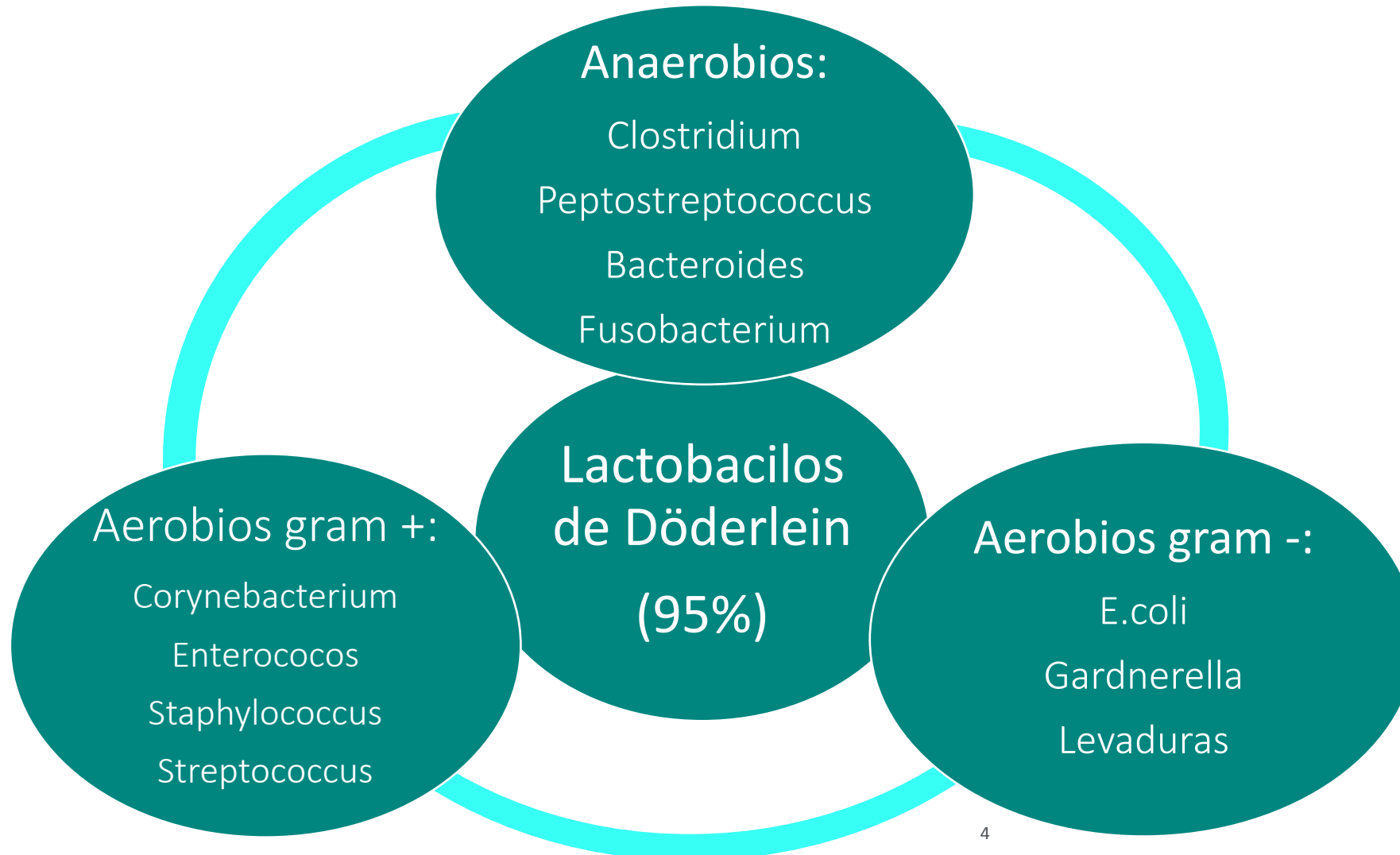


■ Factores de riesgo

- Endógenos
- Estilo de Vida
- Iatrogenia
- Infecciosos



FLORA VAGINAL NORMAL

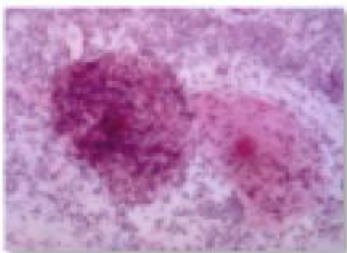


MICROORGANISMOS
SAPROFITOS, **NO**
SUBSIDIARIOS DE
TRATAMIENTO
(**UREAPLASMA
PARVUM,
ACTINOMYCES**)

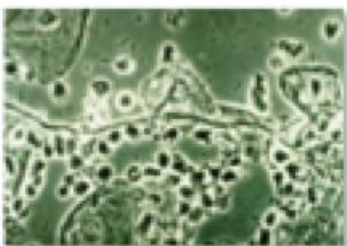
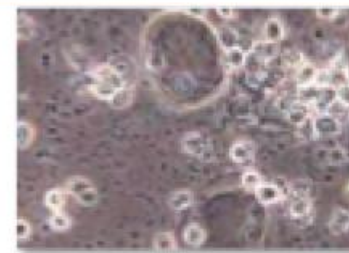


INFECCIONES VAGINALES

VAGINOSIS BACTERIANA (VB)
30 – 40 %



VAGINITIS AERÓBICA (VA),
INFECCIONES MIXTAS (IM) 20 – 30 %



CANDIDIASIS VULVOVAGINAL (CVV)
20 – 30 %



VAGINITIS POR TRICOMONAS
(VT)
5 – 10 %

C. TRACHOMATIS 45-60%
N. GONORRHOEAE 12-20%

VAGINOSIS BACTERIANA

1ª CAUSA DE INFECCION VAGINAL (30% POBLACION FEMENINA)

- FLUJO LIQUIDO, BLANQUECINO, GRISACEO, AMARILLENTO
- MAL OLOR (AMINAS DE PESCADO)
- NO se observan procesos inflamatorios.

- El **50%** de las pacientes son **asintomáticas**
- **No** se recomienda la realización de cultivo vaginal ni tratamiento de pacientes asintomáticas
- Gardnerella vaginalis - Atopobium vaginae



CANDIDIASIS VAGINAL

2ª CAUSA MAS FRECUENTE DE INFECCIONES VAGINALES



- **PRURITO**
- **LEUCORREA ESPESA, BLANQUECINA, GRUMOSA**, adherida a paredes vaginales y exocérnix
- **INODORA**
- Ardor, eritema y edema vulvar , dolor y dispareunia
- Especies: C. Albicans (+ frecuente), C. Glabrata, C. Parapsilosis.
- Presente en la flora habitual del 25% de la población femenina.
- **No** realizar exudado ni tratamiento de las pacientes asintomáticas

¿Cuándo hacer cultivo vaginal?

- **Persistencia de sintomatología tras tratamiento empírico**
- **Recurrencias posttratamiento**
- **Vulvovaginitis de repetición (>3-4/año)**
- **No debemos realizar exudados vaginales de forma sistemática!**



TRICHOMONIASIS

- Enfermedad de Transmisión Sexual no viral más frecuente.
 - Coexistencia con Vaginosis Bacteriana en 60-80%.
-
- **Leucorrea MALOLIENTE Y PURULENTA**
 - Asociado a prurito, eritema y edema vulvar, disuria, dispareunia y dolor abdominal hipogástrico
 - Incremento **durante** la menstruación
 - **Sangrado postcoital** asociado a punteado hemorrágico vaginal y cervical (*cérvix en fresa*)
 - Exudado vaginal “gold standard” (S >95% y E >95%)





CUADROS CLINICOS

DIU E INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL

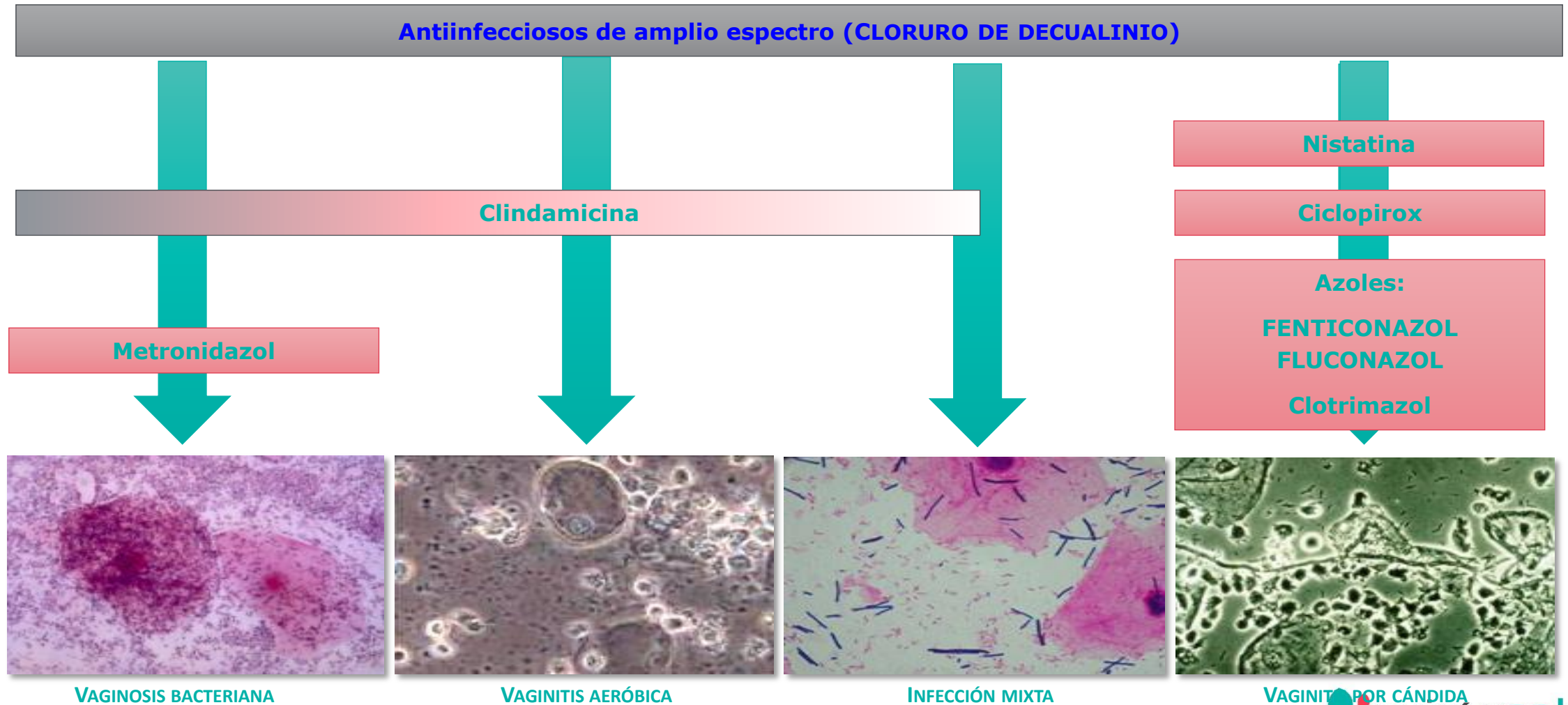
- El empleo de DIUs no incrementan el riesgo de infecciones ni EIP
- El diagnóstico de EIP sintomática en mujeres portadoras de DIU no requiere su retirada previa al tratamiento antibiótico
- La detección de ACTINOMYCES en mujeres asintomáticas portadoras de DIU, no requiere

NI TRATAMIENTO NI RETIRADA DEL DIU: VIGILANCIA



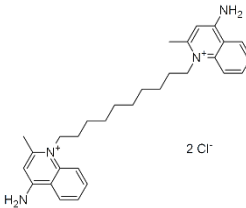
Síntomas de EIP: RETIRAR Y TRATAR

OPCIONES DE TRATAMIENTO



FLUOMIZIN - CLORURO DE DECUALINIO

**TRATAMIENTO LOCAL NO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO
DE INFECCIONES VAGINALES DE ORIGEN
BACTERIANO Y MICOTICO**



- Cloruro de Decualinio 10 mg
- 6 comprimidos vaginales
- Fármaco antiséptico y antimicrobiano



**FINANCIADO
POR LA SS**

FLUOMIZIN: AMPLIO ESPECTO ANTIMICROBIANO

			ANTIBIÓTICOS			ANTISÉPTICOS		ANTIFÚNGICOS	
PATÓGENOS			CLORURO DE DECUALINIO	CLINDAMICINA	METRONIDAZOL	HEXETIDINA	POVIDONA IODADA	CLOTRIMAZOL	FLUCONAZOL
BACTERIAS	ANAEROBIOS	Gardnerella, Bacteroides, Prevotella							
		Atopobium vaginae							
	AEROBIOS	Gram-positivos (S. aureus, estreptococos, enterococos)							
		Gram-negativos (E. coli, Klebsiella)							
HONGOS	Candida albicans								
	Candida glabrata Candida krusei								

SENSIBLE

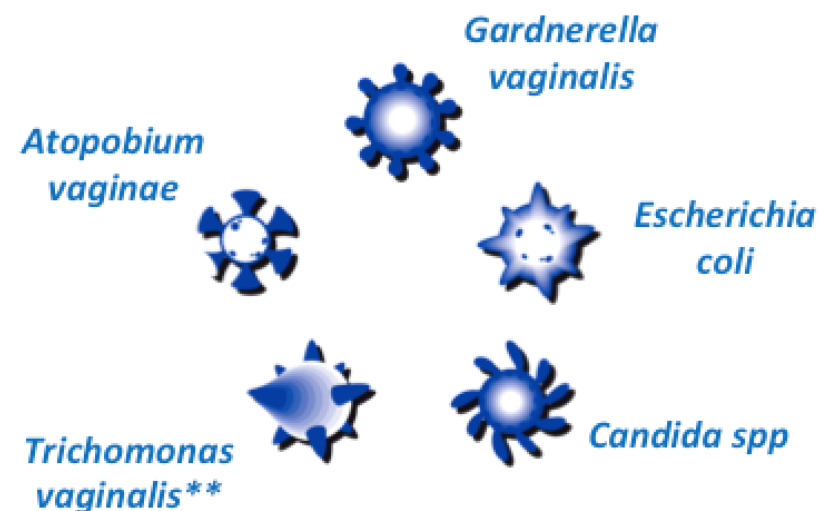
PARCIALMENTE SENSIBLE

RESISTENTE

SIN DATOS

VENTAJAS SOBRE TRATAMIENTOS CLASICOS

- **AUSENCIA DE RESISTENCIAS** adquiridas
- **MEJOR** recuperación del pH y Flora vaginal
- Reducción de sintomatología a las **24-72 h**
- **AMPLIO ESPECTRO** antimicrobiano



¡Tratamiento de elección durante el embarazo y la lactancia!



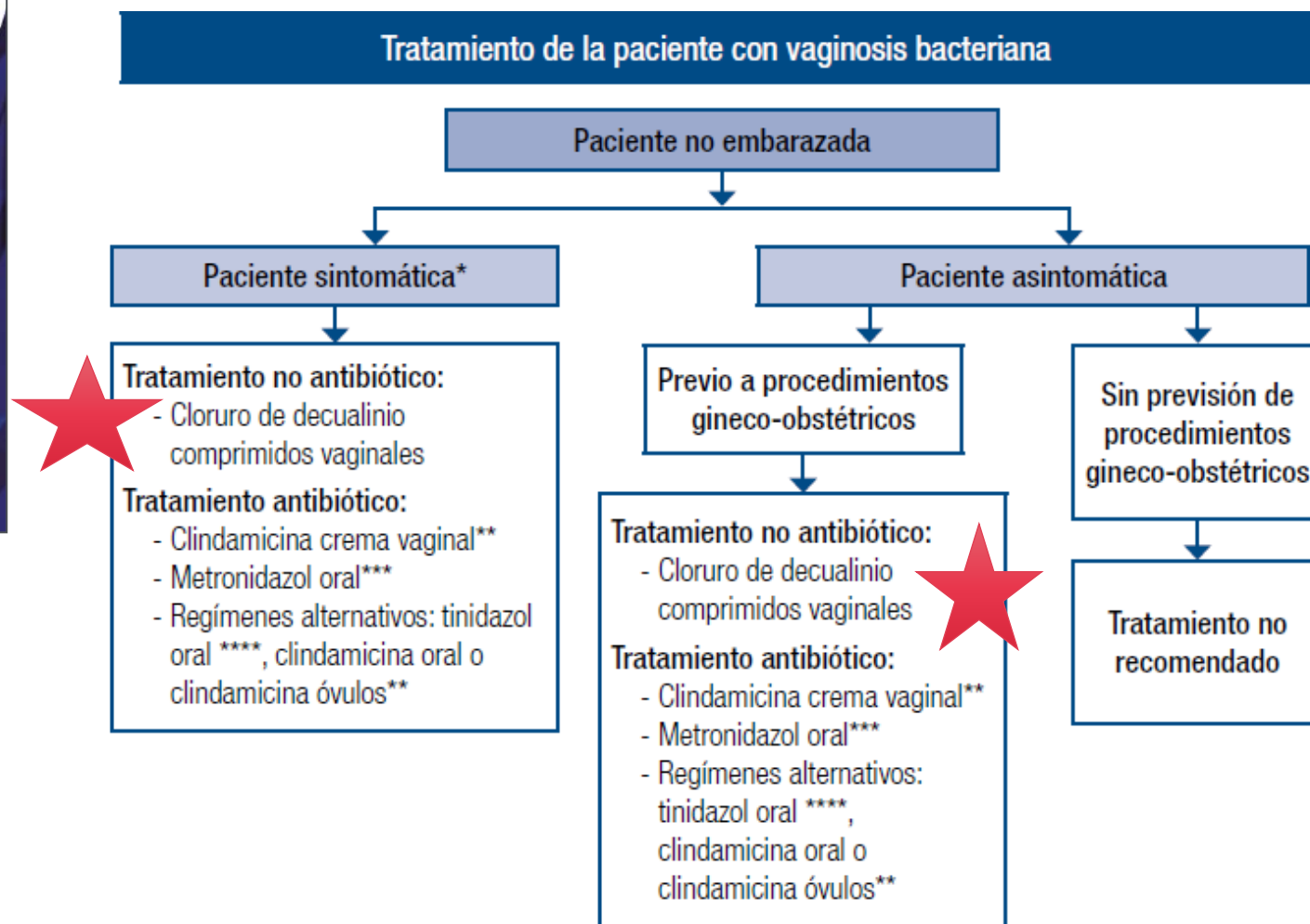
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES VULVOVAGINALES.

ACTUALIZADO 2018

Guía Práctica de Asistencia
SEGO



RECOMENDACIONES SEGO



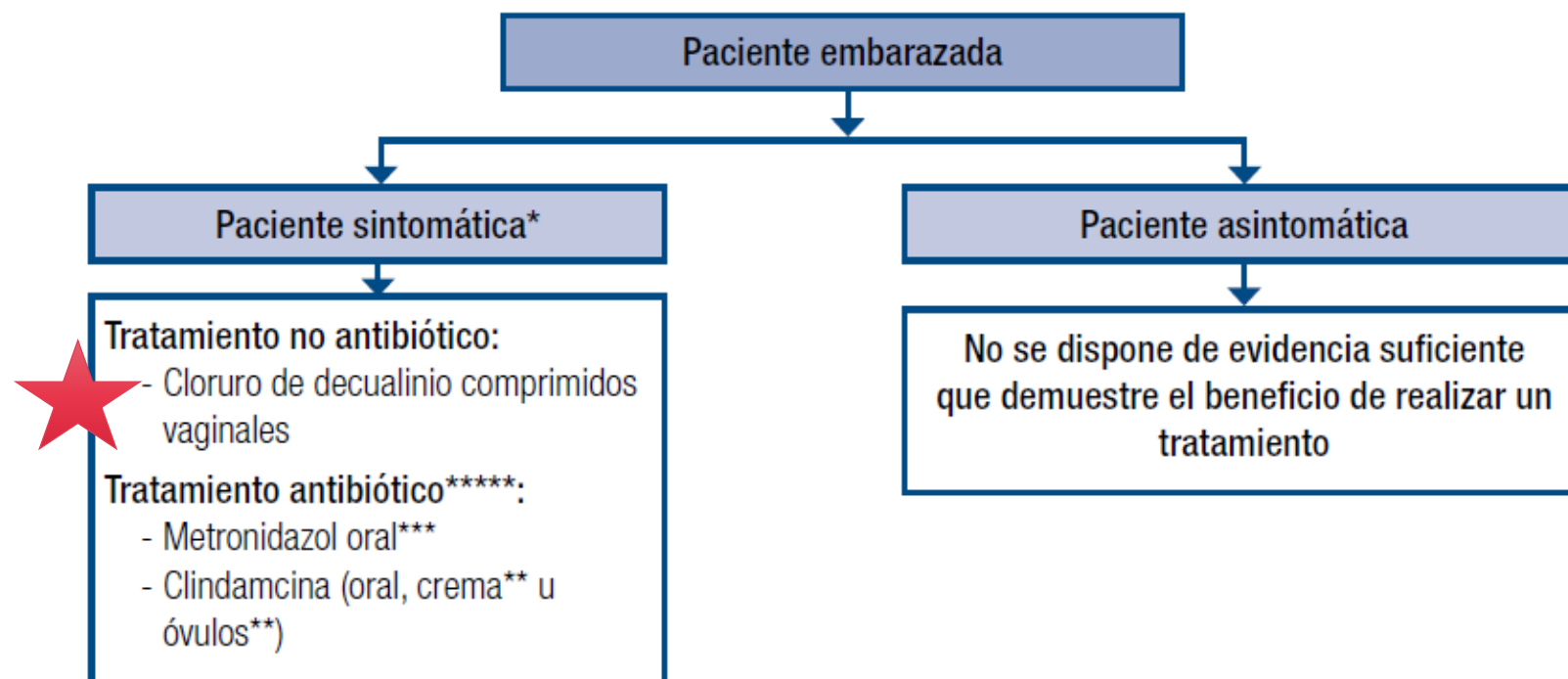
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES VULVOVAGINALES.

ACTUALIZADO 2018

Guía Práctica de Asistencia
SEGO

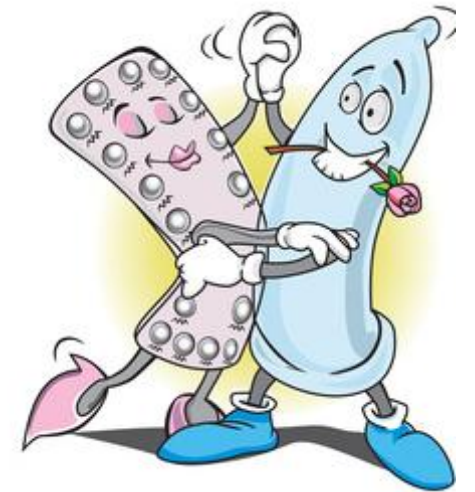


RECOMENDACIONES SEGO



ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP)

- Infección aguda del Tracto Genital Superior
- FR: Edad joven, múltiples parejas sexuales, infecciones previas o EIP previa, métodos anticonceptivos empleados (preservativo reduce 50%)
- Patógenos de transmisión sexual:
 - ✓ *Neisseria gonorrhoeae*
 - ✓ *Chlamydia trachomatis*
 - ✓ *Mycoplasma genitalium*
 - ✓ Desconocido





ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP)

PRESENTACIÓN CLÍNICA: amplio espectro

- 
- Asintomática
 - Dolor abdominal bajo bilateral de aparición aguda, fiebre, leucorrea maloliente +/- síntomas urinarios
 - Dolor pélvico crónico y/o infertilidad secundaria a factor tubárico
 - Abscesos tuboováricos y /o sepsis, peritonitis, perihepatitis (Fitz-Hugh Curtis syndrome)



ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP)

DIAGNÓSTICO

- **Historia:** múltiples parejas sexuales o nuevas parejas
- **Clínica:** dolor abdominal +/- fiebre
- **Analítica:** leucocitosis + neutrofilia + elevación de PCR
- **Exploración física:** dolor a la movilización cervical o a la palpación bimanual de ambas regiones anexiales +/- leucorrea purulenta maloliente

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA

FORMAS LEVES

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

RÉGIMEN A	RÉGIMEN B
OFLOXACINO 400 mg/12 horas/14 días o LEVOFLOXACINO 500 mg oral/24 horas/14 días CON O SIN METRONIDAZOL 500 mg/oral/12 horas/14 días	CEFTRIAXONA 250 mg IM dosis inicial o CEFOXITINA 2 g IM dosis inicial + Ig PROBENECID oral + DOXICICLINA 100 mg/oral/12 horas/14 días CON O SIN METRONIDAZOL 500 mg oral/12 horas/14 días
NIVEL DE EVIDENCIA Ib	

RECUERDA!
TRATAMIENTO
PARA LA PAREJA

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA

FORMAS SEVERAS

■ Criterios para hospitalización

- Diagnóstico incierto
- Sospecha de absceso pélvico o signos de irritación peritoneal
- Imposibilidad de descartar otros cuadros quirúrgicos
- Embarazo
- Paciente adolescente
- Concomitancia con enfermedades graves que impiden el tratamiento ambulatorio
- Seropositividad frente al VIH
- Mala tolerancia o incumplimiento del régimen ambulatorio
- Fracaso del tratamiento oral

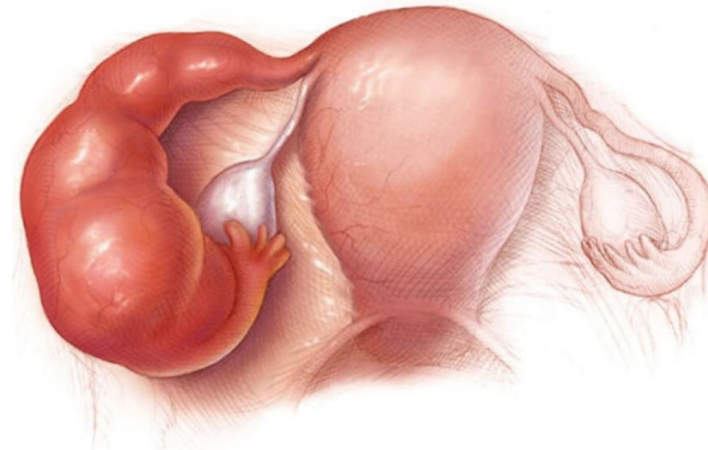
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP)

1ª ELECCIÓN	2ª ELECCIÓN
CEFOXITINA (2gr/6h IV) + DOXICICLINA (100mg/12 h VO o IV) +/- METRONIDAZOL (500mg /12h IV)	CLINDAMICINA (900mg/8h IV) + GENTAMICINA (80mg/8h o 240 mg/24h IV) (Si no mejoría, AMPICILINA 2gr/6h IV)
Hasta 24-48 h afebril/mejoría	Hasta 24-48 h afebril/mejoría
DOXICICLINA 100mg/12 h VO +/- METRONIDAZOL 100mg/12h VO 14 días	CLINDAMICINA (450mg/8h VO) 14 días

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA

TRATAMIENTO QUIRURGICO

- Fracaso de tratamiento medico o empeoramiento clínico de la paciente
- Resolución de secuelas (adherencias pélvicas, dolor pélvico crónico, esterilidad...)



VAGINOSIS: Leucorrea amarillenta, mal olor, no proceso inflamatorio

CANDIDIASIS: Leucorrea blanquecina grumosa, prurito genital inodora

TRICHOMONA: Leucorrea maloliente, dolor, sangrado, inflamación

EPI: Malestar general, dolor en hipogastrio, leucorrea purulenta, fiebre...

No cultivos sistemáticos

No tratamiento de gérmenes saprofitos

Tratar a la **pareja sexual** en caso de EPI

TRATAMIENTO

- Amplio espectro (Fluomizin®)
- Tto específico



La salud persona a persona

GRACIAS