

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico, Tratamiento y
Diagnóstico Diferencial de los
ABSCESOS TUBO-OVÁRICOS
en el primero y segundo
Nivel de atención

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **SS-503-11**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

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 que la información aquí contenida sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones, y declaran que no tienen conflicto de intereses.

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.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico, Tratamiento y Diagnóstico Diferencial de los Abscesos Tubo-Ováricos en el Primero y Segundo Niveles de Atención**, México: Secretaría de Salud, <Año de asignación de la GPC>.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: N70 Salpingitis y Ooforitis. N71 Enfermedad inflamatoria. N73
Otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas. N74 Trastornos
inflamatorios de la pelvis femenina.

GPC: Diagnóstico, Tratamiento y Diagnóstico Diferencial de los Abscesos
Tubo-Ováricos en el primero y segundo niveles de atención.

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra	Médico General	SSA	Responsable Estatal de Guías de Práctica Clínica del Instituto de Salud del Estado de Chiapas	Colegio de Médicos Generales del Estado de Chiapas
-------------------------------------	----------------	-----	---	--

Autores :

Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra	Médico General	SSA Chiapas	Responsable Estatal de Guías de Práctica Clínica	Colegio de Médicos Generales del Estado de Chiapas
-------------------------------------	----------------	-------------	--	--

Dr. Jorge Adalberto Luna Espinosa	Médico General	SSA Chiapas	Jefe del Departamento de Calidad
-----------------------------------	----------------	-------------	----------------------------------

Dr. Luis Ángel Terán Ortiz	Médico inmunólogo	SSA Chiapas	Jefe del Departamento de Enlace Científico y Académico
----------------------------	-------------------	-------------	--

Dr. Fernando Javier López Molina	Maestro en Gerencia y Dirección en Salud	SSA Chiapas	Adjunto a la Subdirección de Salud de la Mujer
----------------------------------	--	-------------	--

Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	Médico Gineco-Obstetra	SSA	Asesora/CENETEC
----------------------------------	------------------------	-----	-----------------

Validación interna:

Dr. Amílcar Brindis Rodríguez	Médico gineco-obstetra	Iniciativa privada
-------------------------------	------------------------	--------------------

Validación externa:

Índice

1. CLASIFICACIÓN	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	7
3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA.....	8
3.3 DEFINICIÓN.....	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	12
4.1 DIAGNÓSTICO.....	13
4.1.1 <i>Etiología</i>	13
4.1.2 <i>Cuadro clínico y examen físico</i>	20
4.1.3 <i>Dolor pélvico</i>	21
4.1.4 <i>Masa Anexial</i>	24
4.2 TRATAMIENTO.....	28
4.2.1 <i>Antibioticoterapia</i>	28
4.2.2 <i>Embarazo y Lactancia</i>	36
4.2.3 <i>Manejo quirúrgico</i>	37
4.2.4 <i>Contactos sexuales</i>	42
4.2.5 <i>Seguimiento</i>	44
4.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	45
4.4 COMPLICACIONES	48
5. ANEXOS	50
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	50
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN.....	52
5.3 DIAGRAMAS DE FLUJO	57
5.4 TABLA DE MEDICAMENTOS	58
5.5 CUADROS	79
6. GLOSARIO	80
7. BIBLIOGRAFÍA	82
8. AGRADECIMIENTOS	84
9. COMITÉ ACADÉMICO	85
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR	86
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	87

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: SS-503-11	
Profesionales de la salud	1.15 Enfermería 1.2 Anestesiólogo 1.23 Médico Familiar 1.35 Médico Gineco-obstetra 1.5 Cirujano general
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: N70 Salpingitis y ooforitis, N71 Enfermedad inflamatoria, N73 Otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas, N74 Trastornos inflamatorios de la pelvis femenina.
Categoría de GPC	Primero y segundo niveles de atención.
Usuarios potenciales	4.7 Estudiantes 4.9 Hospitales 4.12 Médicos especialistas 4.13 Médicos generales
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal Instituto de Salud del Estado de Chiapas Instituto de Salud del Estado de Nayarit
Población blanco	7.10 Mujer
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Gobierno Federal Secretaría de Salud Institutos Estatales de Salud
Intervenciones y actividades consideradas	Educación para el paciente (CIE9: 8901-8909) Diagnóstico y tratamiento Seguimiento y control (Periodicidad de examen clínico, de laboratorio y gabinete)
Impacto esperado en salud	Dotar a los prestadores de servicios de una herramienta que sustente información actualizada, sobre el diagnóstico, tratamiento y diagnóstico diferencial de los abscesos tubo-ováricos.
Metodología¹	<Adopción de Guías de Práctica Clínica o elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada>
Método de validación y adecuación	Enfoque de la GPC: <enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación> Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda (Especificar cuáles se utilizaron de las siguientes): Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales revisadas: <número total de fuentes revisadas> Guías seleccionadas: <número de guías seleccionadas> Revisiones sistemáticas: <número de revisiones sistemáticas seleccionadas> Ensayos controlados aleatorizados: <número de ensayos clínicos aleatorizados seleccionados> Reporte de casos: <número de reportes de casos seleccionados> Otras fuentes seleccionadas: <número de otras fuentes seleccionadas>
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda Iniciativa Privada Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Iniciativa Privada Revisión institucional: <Institución que realizó la revisión> Validación externa: <institución que realizó la validación externa> Verificación final: <institución que realizó la verificación>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo Maestro SS-503-11 / Fecha de Actualización: <dd/mm/aaaa/>

¹ PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA

1. ¿Cómo se clasifican los abscesos tubo-ováricos?
2. ¿Cuál es la etiología del absceso tubo-ovárico?
3. ¿Qué relación existe entre el dolor pélvico y la presencia de abscesos tubo-ováricos?
4. ¿Cuáles son los signos y síntomas del absceso tubo-ovárico?
5. ¿Cómo se realiza el diagnóstico de un cuadro de absceso tubo-ovárico?
6. ¿Cuáles son los métodos diagnósticos de mayor utilidad en casos de absceso tubo-ovárico?
7. ¿Cuál es el manejo del absceso tubo-ovárico?
8. ¿Cuál es el tratamiento de primera elección de los abscesos tubo-ováricos?
9. ¿Cuál es el tratamiento en pacientes resistente a la primera elección, en el absceso tubo-ovárico?
10. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de los abscesos tubo-ováricos?
11. ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico de los abscesos tubo-ováricos?
12. ¿Cuáles son las ventajas de los diferentes tipos de cirugía para el tratamiento del absceso tubo-ovárico?
13. ¿Cuáles son las desventajas de los diferentes tipos de cirugía para el tratamiento del absceso tubo-ovárico?
14. ¿Qué recurrencia se presenta posterior a un tratamiento del absceso tubo-ovárico?
15. ¿Qué secuelas puede presentar el absceso tubo-ovárico?
16. ¿Cuál es el seguimiento a una paciente con absceso tubo-ovárico?
17. ¿Cuáles son los criterios de referencia al 2do Nivel de una paciente con diagnóstico de absceso tubo-ovárico?
18. ¿Con qué patologías se realiza diagnóstico diferencial de los abscesos tubo-ováricos?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

En México, una de las causas más frecuentes de consulta y de urgencia en ginecología es el dolor pélvico; debido a los múltiples órganos pélvicos aledaños, es importante diferenciar –según su tipo de aparición e irradiación- el origen del algia para su tratamiento, ya sea médico o quirúrgico. Distinguir entre el dolor agudo súbito y severo del crónico de meses o más de evolución, es el punto de partida para la semiología del mismo y para establecer con prontitud la terapéutica. El diagnóstico no es fácil, por lo que se debe recurrir a la clínica, que incluye exámenes de laboratorio y gabinete. Así, el dolor pélvico en ginecología representa una entidad que requiere del trabajo multidisciplinario de ginecólogos y cirujanos y, quizás, del urólogo. (Guerrero B, Anda A)

Según lo indica la literatura americana, el diagnóstico varía dependiendo del cuadro clínico que presenta la paciente. El dolor pélvico es el signo más frecuente en quienes les ha sido practicada una celioscopia. Entre 15 y 35 por ciento de los casos de dolor pélvico, se debe a afecciones ginecológicas, como el embarazo extrauterino y las infecciones genitales en diferentes niveles anatómicos. A estas entidades le sigue la endometriosis, que se caracteriza por dolor, inflamación, sangrado y problemas reproductivos. No obstante, al estimar el diagnóstico mediante el cuadro clínico y los antecedentes personales, se observa que el dolor pélvico se presenta por: a) infección pélvica aguda, b) embarazo extrauterino y c) algunos tipos de patologías agudas como la apendicitis, la infección urinaria y el cólico nefrítico. (Guerrero B, Anda A)

Dado que el dolor pélvico crónico es el motivo más común de consulta ginecológica, en mujeres de 18 a 50 años de edad, el tratamiento debe considerar probables secuelas de un padecimiento crónico; tal es el caso de la endometriosis, el trastorno más frecuente que en la mayoría de los casos no tiene una causa anatómica, sino una patología funcional o secuelas de un proceso agudo como la enfermedad pélvica o la presencia de fibromas o quistes ováricos, que en su inicio fueron asintomáticos. (Guerrero B, Anda A)

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico, Tratamiento y Diagnóstico Diferencial de los Abscesos Tubo-Ováricos en el primero y segundo niveles de atención**, 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: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional 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 nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Conocer los métodos diagnósticos disponibles para pacientes mujeres con dolor pélvico.
- Proporcionar a los médicos de primer y segundo nivel de las opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento de los abscesos tubo-ováricos.
- Brindar al personal de salud de los parámetros necesarios para realizar el diagnóstico diferencial de las enfermedades pélvicas.

Lo anterior, 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.

3.3 DEFINICIÓN

El absceso tubo-ovárico se define como la presencia de una masa anexial de más de 4cm sin tejido ovárico. (Rosen et al, 2009) Un absceso, es el resultado del intento del cuerpo por aislar un proceso infeccioso. Formado mediante encapsulación, un absceso es una colección de fluido que contiene un amplio número de bacterias aeróbicas y anaeróbicas con células inflamatorias y restos de tejido necrótico. El absceso intra-abdominal, más común, en las mujeres en edad reproductiva son los abscesos pélvicos.

Los abscesos tubo-ováricos son entidades distintas, aunque con frecuencia se agrupan con otros abscesos pélvicos en la literatura. Los abscesos tubo-ováricos implican y extienden un proceso inflamatorio de las trompas de Falopio hacia el parénquima ovárico, con supuración resultante. Los abscesos tubo-ováricos, por lo general, son complicaciones de enfermedades de transmisión sexual, lo que también es frecuente en otros casos de abscesos pélvicos comunes.

Los abscesos tubo-ováricos (ATOs) son complicaciones graves de las infecciones femeninas del tracto genital superior, más comúnmente, luego de la exposición a enfermedades de transmisión sexual. Un absceso tubo-ovárico frecuentemente da por resultado daño ovárico y tubárico irreversibles, por lo que pone seriamente en peligro la fertilidad. Ocasionalmente van acompañados por otras complicaciones, tales como dolor pélvico incapacitante, embarazo ectópico, ruptura del absceso y obstrucción intestinal.

En la gran mayoría de los casos, los ATOs son secuelas de salpingitis. Tal como en la salpingitis, los abscesos se encuentran predominantemente en mujeres sexualmente activas, con paridad baja y que han sido expuestas a infecciones de transmisión sexual, parejas múltiples o pareja con múltiples parejas sexuales, independientemente de la raza, estado civil o anticonceptivo de elección. (Osborne, 1986)

El absceso tubo-ovárico es una formación inflamatoria que compromete el ovario y la trompa, y puede ser unio o bilateral. En este absceso, las estructuras comprometidas están infectadas y contienen pus. Este proceso inflamatorio es secundario a un proceso infeccioso de la pelvis, habitualmente producido por gérmenes muy patógenos, que llegan al tracto genital a través de una relación sexual; es decir, corresponde a una complicación severa de una enfermedad de transmisión sexual.

Se caracteriza por aumento de volumen del ovario y trompa, los que se encuentran adheridos entre sí, producto de esta infección, además el proceso infeccioso se extiende habitualmente a otras estructuras y órganos pelvianos, los que están muy inflamados y adheridos, formando lo que se denomina plastrón.

El tratamiento se inicia médicamente con antibióticos de amplio espectro, para cubrir tanto gérmenes aeróbicos como anaeróbicos; generalmente se requiere de hospitalización para iniciar una terapia agresiva endovenosa con los antibióticos y para monitorizar adecuadamente a la paciente,

pues la infección produce compromiso del estado general, pudiendo llegar hasta la sepsis generalizada.

Factores de Riesgo

Los datos gineco-obstétricos de la paciente son de gran importancia, entre ellos los antecedentes quirúrgicos, el inicio de la vida sexual, el número de parejas sexuales, si ha padecido enfermedades de transmisión sexual, el tipo menstrual, el ritmo de eliminación, presencia o no de dismenorrea, métodos de planificación familiar (por ejemplo, el dispositivo intrauterino), infertilidad, medicación actual o uso de medicamentos para hiperestimulación ovárica y fecha de la última menstruación. De ser necesario se debe indicar una prueba inmunológica de embarazo. (Guerreo B, Anda A)

El principal factor de riesgo en la patogénesis de los abscesos tubo-ováricos es la actividad sexual con una pareja infectada. También:

- Múltiples parejas sexuales
- Piuria
- Vaginitis/vaginosis (la identificación de un organismo de transmisión sexual aumenta la probabilidad de recuperación de otros patógenos de transmisión sexual, incluyendo aquellos asociados con salpingitis y ATOs, tales como *Chlamydia trachomatis*, Mollicutes o gonococos).
- Cervicitis
- Endometritis
- Salpingitis
- Dispositivo intrauterino, edad, factores socioeconómicos y raciales

Diagnóstico

El cuadro clínico, se sospecha cuando una paciente consulta por dolor abdominal intenso, progresivo, fiebre y compromiso de su estado general, habitualmente en el examen se encuentra distensión abdominal y a la palpación del abdomen hay dolor, y signo de blumberg positivo o irritación peritoneal. El Tacto vaginal demuestra fondos de saco vaginales abombados y dolorosos, y habitualmente el cuello del útero lateralizado y doloroso a la movilización si el compromiso es unilateral, además de palpar una masa para-uterina irregular y sensible.

Ecotomografía pelviana

Es un examen complementario que ayuda en el diagnóstico, pues es característico al encontrar una masa para-uterina, con contenido líquido denso y trompa dilatada, en ocasiones también existe líquido libre en el fondo de saco de Douglas o porción baja del peritoneo. El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con otros procesos infecciosos de la pelvis, como lo es la apendicitis aguda, la salpingitis, la perforación intestinal y la diverticulitis.

Tratamiento

El tratamiento definitivo es quirúrgico y consiste en la extirpación o remoción de los órganos comprometidos, habitualmente hay que extraer el ovario y la trompa, y realizar el lavado prolijo con suero de toda la cavidad abdominal y pélvica para extraer el pus y las toxinas generadas por la infección. La cirugía, tradicionalmente, se ha realizado por laparotomía o cirugía abierta, sin embargo la laparoscopia ha ganado terreno en los últimos años, debido a que este tipo de intervención es menos invasiva y generará mucho menos dolor post-operatorio. (Unidad de Cirugía laparoscópica e histeroscopia ginecológica, Instituto de medicina Reproductiva www.imr.cl)
<http://laparoscopiaginecologica.cl>

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas, mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencia y Recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados, 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.

El nivel de las evidencias y la gradación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada. El nivel de las evidencias y la gradación de las recomendaciones se mantienen respetando la escala seleccionada para ello, y en los casos de documentos sin gradación, se utilizó el sistema GRADE para gradar los mismos. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo con su fortaleza. Por tanto, el **Sistema de Gradación** utilizado en la presente guía, es variado de acuerdo a las fuentes originales consultadas y se puede observar en los anexos.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 DIAGNÓSTICO

4.1.1 ETIOLOGÍA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>El contenido microbiano de los abscesos tubo-ováricos es predominantemente una mezcla de microorganismos anaerobios, aerobios y facultativos. Las bacterias anaeróbicas son especialmente frecuentes en abscesos tubo-ováricos y están aisladas en más de la mitad de las infecciones. Algunos microorganismos frecuentemente cultivadas, de acuerdo con un estudio realizado por Landers y Sweet, son <i>Escherichia coli</i> (37%), <i>Bacteroides fragilis</i> (22%), varias especies de <i>Bacteroides</i> (26%), <i>peptoestreptococos</i> (18%) y <i>peptococos</i> (11%).</p>	<p>2+</p> <p><i>Granberg S et al 2009</i> <i>Rosen et al, 2009</i></p>
<p>E</p> <p>Los abscesos tubo-ováricos son una causa común de masas pélvicas inflamatorias en mujeres en edad reproductiva. Hasta el 50% de los abscesos tubo-ováricos se asocian con la enfermedad pélvica inflamatoria. Muchos casos de abscesos tubo-ováricos, se cree que son iniciados por las bacterias que forman parte de la flora vaginal normal de la paciente. Los abscesos tubo-ováricos también puede ser la consecuencia de una apendicitis, diverticulitis, enfermedad inflamatoria del intestino o cirugía. El contenido microbiológico de los abscesos tubo-ováricos, por lo general, es una mezcla de bacterias anaerobias, aerobias y facultativas. La historia clínica, el examen clínico y de laboratorio suelen ser inespecíficos.</p>	<p>2+</p> <p><i>Granberg S et al 2009</i> <i>Rosen et al, 2009</i></p>
<p>E</p> <p>Aunque no son un requisito indispensable para justificar las decisiones iniciales del tratamiento, las pruebas para la gonorrea y la clamidia en el tracto genital inferior están recomendadas. Un resultado positivo da soporte al diagnóstico clínico de EPI y refuerza la necesidad de tratar a las parejas sexuales. La ausencia de infección confirmada en el tracto genital inferior no excluye EPI.</p>	<p>2+</p> <p><i>Ross J, Stewart P, 2008</i></p>



Las pruebas para la gonorrea deben realizarse con una muestra endocervical y comprobarse mediante cultivo (inoculación directa en un medio de cultivo o transportado en hisopo de algodón para su envío al laboratorio en 24 horas) o utilizar una prueba de amplificación de ácido nucleico (NAAT por sus siglas en inglés). Si la gonorrea se detecta mediante una NAAT, deberá tomarse un hisopo endocervical, adicional para la cultivo gonocócico a fin de revisar la sensibilidad de los antibióticos y si se requiere, evaluar la terapia (a las mujeres con alto riesgo de contraer gonorrea se les debe tomar un hisopo endocervical para cultivo en su primera exploración; por ejemplo, cuando la pareja de la paciente tiene gonorrea, cuando presenta una enfermedad clínica severa o cuando tuvo contacto sexual en el extranjero).

2+

Ross J, Stewart P, 2008



Las pruebas para detectar clamidia también deben ser tomadas del endocervix, preferiblemente utilizando una NAAT (por ejemplo, reacción de polimerasa en cadena, la amplificación de desplazamiento de cadena).

2+

Ross J, Stewart P, 2008



Tomar una muestra adicional de la uretra puede aumentar la eficacia diagnóstica de la gonorrea y la clamidia, pero sólo se recomienda si la NAAT más sensible no está disponible. Una muestra de la primera orina del día o la auto-toma de muestra con un hisopo vulvovaginal, proporciona medios de muestreo alternativos para algunas NAATs

2+

Ross J, Stewart P, 2008



La ausencia de células endocervicales o vaginales purulentas, en una prueba de humedad de montaje, tiene un buen valor predictivo negativo (95%) para un diagnóstico de EPI, pero su presencia no es específica (valores predictivos positivos pobres (17%).

2+

Ross J, Stewart P, 2008



Otros organismos, incluyendo *M. genitalium*, 4,33-35 se han asociado con EPI, pero aún no se justifica realizar estos exámenes de rutina, debido a la limitada información sobre la prevalencia, historia natural, el tratamiento y el costo eficacia.

2+

Ross J, Stewart P, 2008



La actinomicosis pélvica puede ser una enfermedad potencialmente grave y mortal. Esta enfermedad causa abscesos pélvicos actinomicóticos. La edad promedio de las pacientes con este problema en un estudio fue de 37 años, y el DIU había estado insertado durante un promedio de 8 años. Las quejas más comunes fueron dolor abdominal y pérdida de peso. El examen físico generalmente no arrojó suficiente información. En el 90% de los casos, se presentaron abscesos tubo-ováricos, con la presencia de otros órganos frecuentemente involucrados en el proceso inflamatorio.

3

Anteby et al, 1996



La enfermedad inflamatoria pélvica, usualmente se produce debido a una infección ascendente que afecta al útero, las trompas de Falopio y las estructuras circundantes. Se ha estimado que una de cada diez mujeres, sufre de enfermedad inflamatoria pélvica durante su vida reproductiva. Si la enfermedad inflamatoria pélvica es inadecuadamente tratada, la consecuencia será un absceso pélvico, por lo general un absceso tubo-ovárico. Los abscesos tubo-ováricos son reportados normalmente como una complicación del 10-15% de los casos hospitalizados por enfermedad inflamatoria pélvica.

2+

Granberg S et al, 2009



Los factores de riesgo de los abscesos tubo-ováricos son similares a los de la enfermedad inflamatoria pélvica e incluyen una historia de enfermedad pélvica inflamatoria, múltiples parejas sexuales, el dispositivo intrauterino e inmunosupresión. Se cree que muchos casos de abscesos tubo-ováricos son iniciados por las bacterias que forman parte de la flora vaginal normal de la paciente. Casi el 70% de los abscesos tubo-ováricos son unilaterales. Los abscesos tubo-ováricos son más comunes en la tercera y cuarta décadas de la vida. Los abscesos pélvicos, también pueden deberse a otras causas, tales como diverticulitis, apendicitis, enfermedad inflamatoria del intestino y cirugía ginecológica u obstétrica.

2+

Granberg S et al, 2009



Los abscesos tubo-ováricos son complicaciones graves de las infecciones del tracto genital superior, que comúnmente se presentan luego de la exposición a enfermedades de transmisión sexual. Los abscesos tubo-ováricos, frecuentemente, traen como consecuencia daño tubárico y ovárico irreversible, y por lo tanto, representan una amenaza seria a la fertilidad. También pueden estar acompañados por otras complicaciones, como dolor pélvico incapacitante, embarazo ectópico, ruptura del absceso y obstrucción intestinal.

3

Osborne, 1986



La vaginosis bacteriana se ha asociado con una mayor incidencia de celulitis del introito vaginal y de la formación de abscesos después de una histerectomía transvaginal

III

Hay, 2006



La vaginosis bacteriana (VB) es la causa más común de secreción anormal en mujeres en edad fértil. La prevalencia reportada ha variado entre el 5% en un grupo de estudiantes universitarias asintomáticas, hasta el 50% en las mujeres en zonas rurales de Uganda. Se encontró una prevalencia del 12% en mujeres embarazadas, que acuden a una clínica prenatal en el Reino Unido, y del 30% en mujeres sometidas a la interrupción del embarazo.

Ila

Hay, 2006

La vaginosis bacteriana se caracteriza por un crecimiento excesivo de organismos, predominantemente, anaerobios (*Gardnerella vaginalis*, especies de *Prevotella*, *Mycoplasma hominis*, especies de *Mobiluncus*) en la vagina, lo que lleva a la sustitución de los lactobacilos y a un incremento en el pH de menos de 4,5 hasta un máximo de 7,0. Pueden ocurrir un inicio y remisión espontáneos de la vaginosis bacteriana. A pesar de que la vaginosis bacteriana no se considera como una enfermedad de transmisión sexual, la prevalencia es más alta entre las sexualmente activas, que en las mujeres que no son sexualmente activas. Es más común en las mujeres negras que blancas, en aquellas con un dispositivo intrauterino y en aquellas que fuman.



Se encuentran disponibles dos métodos diagnósticos para la vaginosis bacteriana:

Ila

Hay, 2006

- Los criterios de Amsel. Por lo menos tres de los cuatro criterios están presentes para el diagnóstico de confirmación.

- (1) Flujo delgado, blanco, homogéneo
- (2) Células clave en la microscopía de montaje húmedo
- (3) pH del líquido vaginal >4,5
- (4) La liberación de un olor a pescado en la adición de álcali (KOH al 10%).

- Una tinción de Gram del frotis vaginal, evaluada con los criterios de Hay/Ison o los criterios de Nugent.

Los criterios de Hay/Ison se definen como sigue:

Grado 1 (Normal): Lactobacillus morfotipos predominantes

Grado 2 (intermedio): Flora mixta con algunos lactobacilos presentes, pero con morfotipos de *Gardnerella* o *Mobiluncus* también presentes.

Grado 3 (Vaginosis Bacteriana): Predominan los morfotipos de *Gardnerella* y/o *Mobiluncus*. Los lactobacilos son pocos o inexistentes.



El Grupo de Interés Especial en Bacterias de BASHH, recomiendan el uso de los criterios de Hay/Ison en las clínicas de medicina genitourinaria.

C

Hay, 2006



El aislamiento de *Gardnerella vaginalis* no puede ser utilizado para diagnosticar vaginosis bacteriana, ya que puede cultivarse a partir de la vagina de más del 50% de mujeres normales. En los estudios de investigación, una alta concentración de *Gardnerella vaginalis* se asocia con la presencia de la vaginosis bacteriana.

Ila

Hay, 2006

R

En ausencia de datos para apoyar una tasa de complicaciones del 10% o más en mujeres con infección por clamidia no tratada, no hay evidencia de que un programa de detección de la clamidia sea rentable con respecto a la reducción de la morbilidad.

Los recursos para las pruebas de clamidia en las mujeres, deberían dirigirse hacia los lugares donde la prevalencia sea conocida por ser más alta, es decir, primero en aquellas paciente entre los 15-19 años y posteriormente en el grupo de los 20-24 años.

D

SIGN/NHS, 2009

Salpingitis por *Clamidia*

E

No se han identificado estudios que hablen solamente de salingitis por *Clamidia*. La Enfermedad Inflamatoria Pélvica es a menudo multifactorial y su diagnóstico y tratamiento fuera del ámbito de esta guía.

4

SIGN/NHS, 2009

E

Las complicaciones de la infección por clamidia incluyen la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), embarazo ectópico e infertilidad tubaria en mujeres, epididimoorquitis en los hombres, y artritis reactiva. Las mujeres diagnosticadas con la infección por clamidia, pueden sufrir ansiedad y distrés psicológicos.

Los primeros estudios sugirieron que estas complicaciones de la infección por clamidia son comunes, especialmente en las mujeres, aunque puede haber habido un sesgo de selección con la sobre-representación de mujeres admitidas al hospital.

3

SIGN/NHS, 2009

E

Una de las principales causas de abscesos tubo-ováricos es la enfermedad pélvica inflamatoria. La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), es generalmente el resultado de una infección ascendente del endocérvix, que causa endometritis, salpingitis, parametritis, ooforitis, abscesos tubo-ováricos y/o peritonitis pélvica. La *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* han sido identificados como agentes causales, mientras que el *Mycoplasma genitalium* también

1+

European guideline on
management of PID

Ross et al 2007

puede estar implicado. Los microorganismos de la flora vaginal incluyendo anaerobios, estreptococos, estafilococos, *Escherichia coli* y *Haemophilus influenzae* son también asociados con la inflamación del tracto genital superior.



La demora en la instauración del tratamiento aumenta la incidencia de infertilidad, dolor pélvico crónico, embarazo ectópico, absceso tubo-ovárico e infecciones recurrentes, mientras que la EPI que recibe tratamiento rápido y adecuado, tiene buen pronóstico. Cada episodio de EPI dobla la posibilidad de infertilidad (CDC, 2006; BASHH, 2011).

3

Costa Ribas C et al 2011
EIP



En las usuarias de DIU, por tiempo prolongado, los abscesos tubo-ováricos pueden ser causados por *Actinomyces israelii*, una bacteria anaeróbica gran positiva. El porcentaje de usuarias de DIU diagnosticadas con abscesos tubo-ováricos, tienen un rango del 20 al 54%.

2-

Granberg S et al 2009



Los mecanismos por los cuales se forman los abscesos tubo-ováricos han sido difíciles de establecer, debido a las distintas presentaciones y grados de daño tubo-ovárico presentes cuando se diagnostica la infección. Parece claro que los abscesos tubo-ováricos a menudo son consecuencia de la enfermedad pélvica inflamatoria. Sin embargo, en muchas mujeres con absceso tubo-ovárico no se presentan síntomas o signos de enfermedad de transmisión sexual que pueda ser rastreada. Es evidente que muchos abscesos tubo-ováricos no están asociados con enfermedades de transmisión sexual.

2-

Granberg S et al 2009



Se ha sugerido que el paso inicial en la formación de un absceso tubo-ovárico es el daño y necrosis del epitelio de las trompas de Falopio, ocasionados por un patógeno, estableciendo así, un entorno favorable para la invasión y el crecimiento anaeróbico. La destrucción de las trompas de Falopio da por resultado la producción de un exudado purulento. Después de un tiempo el

2+

Granberg S et al 2009

ovario se ve involucrado en la inflamación. El absceso también puede involucrar a las estructuras vecinas, como el intestino, la vejiga, la trompa de Falopio y el ovario contralateral. Si la inflamación no se detiene, los planos tisulares se pierden y la identificación de las estructuras de la pelvis y los órganos se dificulta. En esta etapa puede ocurrir la ruptura del absceso, lo que causa una peritonitis que amenaza la vida.

4.1 DIAGNÓSTICO

4.1.2 CUADRO CLÍNICO Y EXAMEN FÍSICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>En el examen, las pacientes con EPI pueden presentar resistencia muscular, dolor a la movilización del cérvix y sensibilidad de rebote ocasional. Generalmente no se visualiza flujo cervical purulento. Los anexos frecuentemente presentan sensibilidad de moderada a severa, con una masa palpable o sensación de plenitud.</p>	<p>2+ <i>Rosen et al, 2009</i></p>
 <p>Los médicos deben sospechar de enfermedad Inflamatoria Pélvica (PID) y tener un bajo umbral para el tratamiento en mujeres que están en riesgo de EPI y tienen sensibilidad al movimiento del útero, anexos o de cuello uterino en el examen bimanual, sin otra causa aparente.</p>	<p>C <i>Crossman SH, 2006</i></p>
 <p>Las pacientes con un absceso tubo-ovárico, clásicamente se presentan con fiebre, dolor pélvico y una masa pélvica. Un total de 19 a 76% tendrá fiebre superior a 38,5 ° C y todas se presentan con dolor abdominal o pélvico.</p>	<p>2+ <i>Rosen et al, 2009</i></p>



En el examen físico, las pacientes pueden tener dolor abdominal y signos peritoneales, tales como dolor de rebote y resistencia. Pueden observarse secreciones cérvico-vaginales en el examen. Las pacientes con abscesos tubo-ováricos tienen datos de laboratorio inespecíficos.

Z+
Rosen et al, 2009



El uso de la laparoscopia para el diagnóstico de EPI, es el estándar de oro.

Z++
Rosen et al, 2009

4.1 DIAGNÓSTICO

4.1.3 DOLOR PÉLVICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>El dolor pélvico crónico, es un trastorno común de las mujeres que a menudo presenta un dilema diagnóstico. Con frecuencia es difícil de curar o controlar de manera adecuada. Muchos trastornos ginecológicos y no ginecológicos parecen causar o estar asociados con dolor pélvico crónico. Generalmente, el tratamiento se dirige a determinadas enfermedades que causan dolor pélvico crónico, pero a veces no hay una etiología clara para el dolor y el tratamiento debe ser dirigido a aliviar los síntomas.</p>	<p>II-1 ACOG Practice Bulletin No. 51 <i>ACOG, 2004</i></p>
	<p>Una historia detallada y un examen físico, son la base para el diagnóstico diferencial. En una mujer con dolor pélvico crónico, la historia y el examen clínico debe tener en cuenta los factores de riesgo, así como las diversas condiciones asociadas con el dolor pélvico crónico.</p>	<p>II-2,II-3 ACOG Practice Bulletin No. 51 <i>ACOG, 2004</i></p>



La historia y examen físico también deben tratar de identificar la localización, severidad, calidad y tiempo del dolor de la mujer. Debido a las condiciones no ginecológicas, asociadas con el dolor pélvico crónico, la evaluación y el manejo interdisciplinarios pueden ser necesarios.

II-2,II-3

ACOG Practice Bulletin
No. 51

ACOG, 2004



Hasta dos tercios de las mujeres con dolor pélvico crónico no se someten a pruebas de diagnóstico, nunca reciben un diagnóstico y nunca son referidas a un especialista, para su evaluación o tratamiento. Los estudios diagnósticos se deben basar en la historia y examen físico.

II-2,II-3

ACOG Practice Bulletin
No. 51

ACOG, 2004



Una historia detallada y un examen físico son la base para el diagnóstico diferencial del dolor pélvico crónico y deben ser usados para determinar los estudios diagnósticos apropiados.

C

ACOG Practice Bulletin
No. 51

ACOG, 2004



Dentro de las fuentes viscerales potenciales de dolor pélvico crónico, se encuentran los sistemas reproductivo, genitourinario y tracto gastrointestinal. Es útil clasificar la etiología del dolor pélvico crónico en ginecológicas y no ginecológicas, pero está claro que un obstetra-ginecólogo puede diagnosticar y tratar muchas enfermedades no ginecológicas.

II-2

ACOG Practice Bulletin
No. 51

ACOG, 2004



Algunos problemas ginecológicos que pueden causar o agravar el dolor pélvico crónico por nivel de evidencia son:

A,C

ACOG Practice Bulletin
No. 51

ACOG, 2004

- Endometriosis (A)
- Síndrome de congestión pélvica (A)
- Enfermedad inflamatoria pélvica (A)
- Salpingitis tuberculosa (A)

- Quistes anexiales (no endometriósicos) (C)
- Pólipos endometriales o del cérvix (C)
- Endosalpingiosis (C)

E

Aproximadamente el 18-35% de todas las mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica aguda (EPI), desarrollan dolor pélvico crónico. Los mecanismos reales por los cuales el dolor pélvico crónico es ocasionado por la EPI, no se conocen y no todas las mujeres con daño en los órganos reproductivos secundario a enfermedad inflamatoria pélvica aguda presentan dolor pélvico crónico.

I,II-2

ACOG Practice Bulletin
No. 51

ACOG, 2004

E

El dolor pélvico crónico es la indicación de por lo menos 40% de todas las laparoscopias ginecológicas.

III

ACOG Practice Bulletin
No. 51

ACOG, 2004

E

Las pacientes típicamente se presentan con dolor abdominal con o sin fiebre y escalofríos. Casi el 50% de los casos presentaban historia previa de EPI. La exploración física suele mostrar dolor abdominal con signos peritoneales de sensibilidad al rebote y resistencia muscular. El examen vaginal, con frecuencia muestra un flujo cervicovaginal mucopurulento, mientras que el examen bimanual puede dar la sospecha de una masa anexial blanda. Las masas anexiales son a veces difíciles de identificar mediante el examen físico, sobre todo cuando el dolor impide una exploración adecuada.

2+

Granberg S et al, 2009

4.1 DIAGNÓSTICO

4.1.4 MASA ANEXIAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>La ecografía transvaginal es particularmente útil para la evaluación de la pelvis. En los pacientes con una masa pélvica, la ecografía puede ayudar a identificar el origen de la masa, que puede ser uterina, anexial, gastrointestinal o de la vejiga. La resonancia magnética o la tomografía computarizada pueden ser útiles en casos excepcionales cuando los hallazgos ecográficos son anormales.</p>	<p>II-1 ACOG Practice Bulletin No. 51 ACOG, 2004</p>
<p>R</p>	<p>En mujeres asintomáticas con masas pélvicas, ya sean premenopáusicas o posmenopáusicas, la ecografía transvaginal es la técnica de imagen de elección. Ninguna otra modalidad de imagen alternativa ha demostrado la superioridad suficiente contra una ecografía transvaginal para justificar su uso rutinario.</p>	<p>B ACOG Practice Bulletin No. 83 ACOG, 2007</p>
<p>E</p>	<p>La ecografía, como parte del examen ginecológico, se realiza normalmente en todas las mujeres que ingresan al hospital con dolor abdominal bajo, ya que proporciona información de alta precisión diagnóstica. Los marcadores ecográficos de un absceso tubo-ovárico incluyen la pérdida de la arquitectura normal del ovario y trompas, en el que ni los ovarios ni las trompas, pueden ser reconocidos por separado. Generalmente, el diagnóstico ecográfico de absceso tubo-ovárico se basa en la demostración de una compleja masa quística con espesas paredes irregulares, las particiones y ecos internos, y ausencia de peristaltismo.</p>	<p>2+ <i>Granberg S et al 2009</i></p>
<p>R</p>	<p>Dado que los hallazgos clínicos y de laboratorio no son específicos, los estudios de imagen son esenciales para el diagnóstico de un absceso tubo-ovárico.</p>	<p>B <i>Granberg S et al 2009</i></p>



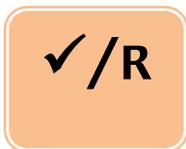
Por lo general, un absceso tubo-ovárico es visto como una masa anexial quística compleja o una masa *cul-de-sac* (*bolsa o saco*) con paredes gruesas e irregulares, tabiques y ecos internos. A menudo se pueden visualizar tabiques hiperecogénicos que se originan como salientes triangulares de las paredes del absceso, pero que no llegan a la pared de enfrente. Además, con frecuencia se pueden observar en las secciones transversales de la trompa, gruesas paredes de más de 5mm y estructuras en forma de *sonolucent cogwheel-shaped* (signo de rueda dentada), con frecuencia se puede ver en las secciones transversales del tubo.

2+
Granberg S et al 2009



La tomografía computarizada y la resonancia magnética son otros exámenes por imágenes de gran importancia para el diagnóstico de absceso tubo-ovárico. Si los síntomas son más generales o inespecíficos, a menudo se realiza en la admisión hospitalaria, una resonancia magnética o una tomografía. Un hallazgo típico de la tomografía computarizada y la resonancia magnética de un absceso tubo-ovárico, son las masas anexiales quísticas de paredes, con septos internos y cambios inflamatorios alrededor. Un hallazgo frecuente es el desplazamiento anterior de un mesosalpinx engrosado, lo que indica que la masa es de origen anexial. Utilizando la resonancia magnética, la imagen de un absceso tubo-ovárico, por lo general aparece como una masa pélvica con señal de baja intensidad en T1 y de alta intensidad de señal heterogénea en T2. Un hallazgo asociado suele ser la presencia de un hidroureter o hidronefrosis, presumiblemente a causa de inflamación en la que participan los tejidos periureterales, que impide la actividad peristáltica de los uréteres.

2+
Granberg S et al 2009



En nuestra opinión, la mayoría de los abscesos tubo-ováricos pueden ser diagnosticados con base en: a) la historia clínica, b) el examen ginecológico, c) la ecografía transvaginal y d) las pruebas de laboratorio pertinentes. La tomografía computarizada o la resonancia magnética deben realizarse si la investigación no es concluyente. El uso de esta estrategia es ventajosa ya que en

Punto de buena práctica
Granberg S et al 2009

muchos casos, la cirugía exploratoria se pueden evitar, con base en la información obtenida por tomografía computarizada o resonancia magnética.



Los estudios de imagen, por lo general, la ecografía o la tomografía computarizada, son cruciales para el diagnóstico de un absceso tubo-ovárico.

2++
Granberg S et al 2009



La presencia de abscesos tubo-ováricos en las mujeres posmenopáusicas constituye una entidad poco frecuente. En el estudio de Gjelland y colaboradores, 16 de 302 mujeres (5,3%) con absceso tubo-ovárico, eran posmenopáusicas. En este grupo de pacientes, típicamente suele estar ausente la historia de enfermedad inflamatoria pélvica aguda, y la mayoría, solamente presenta síntomas vagos y no específicos. Los abscesos tubo-ováricos en las mujeres posmenopáusicas parecen estar asociados con una alta frecuencia de patología grave, incluyendo la co-existencia de tumores malignos. Es claro que debe realizarse una investigación exhaustiva para descartar una enfermedad maligna intra-abdominal concomitante siempre que sea diagnosticado un absceso tubo-ovárico en mujeres posmenopáusicas.

2+
Granberg S et al 2009



Cuando se diagnostica un absceso tubo-ovárico en mujeres posmenopáusicas, se debe realizar una investigación minuciosa para excluir una enfermedad maligna concomitante.

Punto de buena práctica
Granberg S et al 2009



Las técnicas de imagen disponibles para el diagnóstico de ATO son la ecografía, los análisis radionucleótidos, la tomografía computarizada (TC), y la laparoscopia. Entre estas opciones, la laparoscopia se considera el estándar de oro para el diagnóstico de ATO. La laparoscopia proporciona una visualización directa de los órganos pélvicos y abdominales, así como el acceso para posibles intervenciones terapéuticas, tales como el drenaje.

2+
Rosen et al, 2009

E

La tomografía computarizada puede proporcionar más ayuda en el diagnóstico de pacientes con ATO, si una historia completa, examen físico, pruebas de laboratorio, ecografía y ha dado lugar a un diagnóstico incierto. En la TC, los abscesos tubo-ováricos se presentan como masas septadas tubulares de baja atenuación con un espesor de paredes uniforme. La tomografía, también puede ser utilizada durante el drenaje percutáneo del absceso. La sensibilidad y especificidad de la TC en el diagnóstico de abscesos intra-abdominales son reportadas como del 100% en ambos.

2-
Rosen et al, 2009

E

La laparoscopia permite la toma de muestras de las trompas de Falopio y del fondo de saco de Douglas y puede proporcionar información sobre la gravedad de la patología. Aunque se ha considerado el estándar de oro de los regímenes de tratamiento por muchos estudios, el 15-30% de los casos sospechosos, pueden no tener evidencia laparoscópica de infección aguda, a pesar de los organismos que se identifican a partir de la trompa de Falopio. Cuando hay dudas diagnósticas, la laparoscopia puede, sin embargo, ser útil para excluir otras patologías alternativas.

3
Ross J, Stewart P, 2008

E

El ultrasonido transvaginal puede ser útil, cuando existe dificultad diagnóstica. Cuando es apoyado por un Doppler, puede identificar trompas inflamadas y dilatadas, además de masas tubo-ováricas.

3
Ross J, Stewart P, 2008

Mediante esta técnica se puede diferenciar la EPI de la apendicitis aguda en una minoría de casos, pero esto no es suficiente para apoyar su uso de rutina.

La tomografía computarizada y la resonancia magnética pueden ayudar a hacer un diagnóstico, pero la evidencia es limitada.

Una leucocitosis de sangre periférica, elevada tasa de sedimentación globular o proteína C reactiva, también apoyan el diagnóstico y pueden proporcionar una medida útil de severidad de la enfermedad, pero estos hallazgos son inespecíficos. Actualmente, no existen pruebas suficientes para apoyar la biopsia endometrial como una prueba de diagnóstica de rutina.

4.2 TRATAMIENTO

4.2.1 ANTIBIOTICOTERAPIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>El manejo exitoso de los abscesos tubo-ováricos requiere de un diagnóstico preciso y oportuno.</p> <p style="text-align: right;">3 <i>Rosen et al, 2009</i></p>
	<p>Se recomienda utilizar un umbral bajo para el tratamiento empírico de la EPI, debido a la falta de criterios de diagnóstico clínico definitivos y porque las posibles consecuencias de no tratar la EPI son importantes. En casos de gravedad clínica, la referencia a un hospital de segundo nivel para el tratamiento y la investigación subsecuente es aconsejable.</p> <p style="text-align: right;">B <i>Ross J, Stewart P, 2008</i> <i>Ross J, 2005</i></p>
	<p>Los siguientes regímenes de antibióticos están basados en la mejor evidencia disponible. La terapia intravenosa debe continuar hasta 24 horas después de la mejoría clínica y luego cambiar a vía oral.</p> <p style="text-align: right;">Grade 2++ <i>Ross J, 2005</i></p>
	<p>El tratamiento hospitalario con antibióticos debe basarse en la terapia intravenosa, debe continuarse hasta 24 horas después de la mejoría clínica e ir seguido de tratamiento oral. Los regímenes recomendados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 2g al día por infusión intravenosa, más doxiciclina 100mg por vía intravenosa dos veces al día,* seguido por doxiciclina 100mg vía oral dos veces al día, más metronidazol por vía oral 400mg dos veces al día para un total de 14 días. <p>* Doxiciclina oral puede ser utilizado si se tolera.</p> <p style="text-align: right;">B <i>Ross J, Stewart P, 2008</i> Grade A (Ib) <i>Ross J, 2005</i></p>

- Clindamicina por vía intravenosa 900mg tres veces al día, más gentamicina* por vía intravenosa, seguida de:

Clindamicina oral 450mg cuatro veces al día hasta completar 14 días

O

Doxiciclina oral 100mg dos veces al día, más metronidazol por vía oral 400mg dos veces al día hasta completar 14 días.

* La gentamicina debe ser administrada como una dosis de carga de 2mg/kg seguida de 1,5mg/kg tres veces al día [o puede ser sustituida por una dosis única diaria de 7mg/kg].

Si se utiliza éste régimen, los niveles de gentamicina deben ser monitoreados.

R

Regímenes alternativos:

- Ofloxacina por vía intravenosa 400mg dos veces al día, más 500mg de metronidazol por vía intravenosa tres veces al día por 14 días.

- Ciprofloxacina IV 200mg dos veces al día, además de doxiciclina IV u oral 100mg dos veces al día, más metronidazol 500mg IV tres veces al día durante 14 días.

Grade B (III)

Ross J, 2005

✓/R

La literatura tiende a apoyar el manejo activo. Si no se realiza el manejo activo, hay un riesgo de ruptura y de peritonitis que pone en peligro la vida. Con el tratamiento médico sólo, el riesgo es del 3 al 4%. Además, la respuesta inicial es de 20 a 87% con el tratamiento médico en comparación con el 90 al 100% con el uso de la laparoscopia inmediata. En nuestra opinión, la laparoscopia se debe ofrecer a todos los pacientes con TOA. Las complicaciones son mínimas, en ausencia de tratamiento ablativo, debido a la ampliación durante la laparoscopia y la disección roma.

Punto de buena práctica

Rosen et al, 2009

E

Con el desarrollo de los antibióticos de amplio espectro, el manejo de los abscesos tubo-ováricos ha cambiado, de una histerectomía total abdominal con salpingo-ooforectomía bilateral a un enfoque médico. Actualmente, existen tres indicaciones principales para la intervención quirúrgica en pacientes en las que se sospecha la presencia de un absceso tubo-ovárico (ATO): rotura intra-abdominal del absceso tubo-ovárico, sospecha de otras urgencias quirúrgicas (tales como apendicitis), y falta de respuesta a la terapia antibiótica adecuada, dentro de las 48 a las 72 horas. La rotura del ATO es una condición potencialmente mortal que requiere tratamiento quirúrgico urgente.

Nivel I

SOGC

Lefebvre G et al, 2002.

E

La mayoría de los abscesos pélvicos, responde a los antibióticos intravenosos de amplio espectro seguidos de antibióticos orales durante un período prolongado de tiempo. Es importante que el régimen de antibióticos elegido, tenga una cobertura adecuada frente a los organismos comunes de abscesos tubo-ováricos, incluyendo *Bacteroides fragilis*, *peptoestreptococos*, aerobios gram-negativos, *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. El tratamiento de elección parece ser la triple terapia con antibióticos. Se reportó una tasa de éxito del 87,5%, tras el tratamiento con clindamicina más gentamicina y ampicilina en mujeres con absceso tubo-ovárico (McNeeley y colaboradores). Otra terapia común de triple agente es la combinación de gentamicina y cefalosporinas con metronidazol. La combinación de cefalosporina y metronidazol, es también utilizada inicialmente para el tratamiento de abscesos tubo-ováricos.

Grade2+

Granberg S et al 2009

E

Si la EPI aguda se trata ambulatoriamente o con regímenes intrahospitalarios no parecen alterarse, significativamente, las probabilidades de desarrollar dolor pélvico crónico posterior (34% con tratamiento ambulatorio frente al 30% con la terapia del paciente).

I

ACOG Practice Bulletin
No. 51

ACOG, 2004

R

La terapia ambulatoria es tan efectiva como el tratamiento hospitalario en las pacientes con EPI de leve a moderada, evaluada clínicamente. La admisión para la terapia parenteral, la observación, la investigación adicional y/o intervención quirúrgica posible deben ser consideradas en las siguientes situaciones:

- Cuando no se puede excluir una cirugía de emergencia
- Falta de respuesta a la terapia oral
- La enfermedad es clínicamente severa
- Presencia de un absceso tubo-ovárico
- Intolerancia a la terapia oral
- Embarazo

B

Ross J, 2005

R

Las mujeres con EPI leve a moderada, pueden recibir tratamiento médico ambulatorio sin aumentar el riesgo de secuelas a largo plazo

B

Crossman SH, 2006

R

Como tratamiento preventivo de vaginosis bacteriana, se les debe recomendar a las pacientes que eviten el uso de duchas vaginales, geles de baño y el uso de agentes o champús antisépticos.

C

Hay P, 2006

R

En los casos de vaginosis bacteriana el tratamiento está indicado para:

A

- Las mujeres sintomáticas (A)
- Las mujeres sometidas a algún procedimiento quirúrgico (A)
- Las mujeres que no presenten los síntomas pueden optar por tomar el tratamiento si se les

Hay P, 2006

ofrece. Ellas pueden reportar un cambio benéfico en las secreciones vaginales después del tratamiento.

R

Los regímenes recomendados para el tratamiento de la vaginosis bacteriana son:

A

Hay P, 2006

Metronidazol 400-500mg dos veces al día durante 5-7 días (A)

o

Metronidazol 2g dosis única (A).

Regímenes alternativos:

Metronidazol intravaginal en gel (0,75%), una vez al día durante 5 días (A)

o

Crema de clindamicina intravaginal (2%), una vez al día durante 7 días (A)

o

Clindamicina 300mg dos veces al día durante 7 días (A)

o

Tinidazol 2g dosis única (A)

R

En los casos de vaginosis bacteriana, el tratamiento oral de metronidazol se ha establecido, por lo general por ser bien tolerado y de bajo costo.

la

Hay P, 2006

R

La dosis y duración del metronidazol, utilizadas en los ensayos han variado de 400mg dos veces al día durante 5 días a 500mg dos veces al día durante 7 días. La dosis de 2g de inmediato puede ser un poco menos eficaz a las 4 semanas de seguimiento.

Ib

Hay P, 2006

R

El gel intravaginal de metronidazol y la crema de clindamicina tienen una eficacia similar, pero esta última, es más cara.

Ib

Hay P, 2006

R

En teoría, el metronidazol tiene una ventaja, ya que es menos activo contra los lactobacilos que la clindamicina. Por el contrario, la clindamicina es más activo que el metronidazol contra la mayoría de las bacterias asociadas a la vaginosis bacteriana. La clindamicina oral sólo se ha evaluado en un estudio con seguimiento a corto plazo, y en mujeres embarazadas. Es más cara que el metronidazol. El tinidazol tiene una actividad similar al metronidazol, pero también es más caro.

Ib,Ila

Hay P, 2006

R

En nuestras clínicas, los antibióticos por vía intravenosa se administran tan pronto como se realiza el diagnóstico. Inicialmente se administra una combinación de cefuroxima y metronidazol. Debido a que el enfoque diagnóstico no es lo suficientemente preciso como para identificar a aquellas pacientes que necesitan drenaje y aquellas que serán curadas solamente por la terapia con antibiótico; la aspiración transvaginal del material del absceso se realiza normalmente en 24 horas. Por lo tanto, este procedimiento no está reservado sólo para aquellos que no responden a los antibióticos dentro de las 48 horas. La aspiración de material purulento de forma temprana, luego de haber ingresado al hospital, es más eficiente que el tratamiento médico sólo, en relación con el éxito del tratamiento y la media de estancia intrahospitalaria. Además, la mayoría de las pacientes experimentan alivio del dolor inmediatamente después del drenaje del absceso.

D

Granberg S et al 2009



El manejo del absceso tubo-ovárico roto es controvertido, dado que la mayoría de estas pacientes están en edad reproductiva, por lo que la maternidad y la función hormonal son una preocupación significativa.

2+

Rosen et al, 2009



De acuerdo con las guías del CDC actualizadas en 2007, cefoxitina más doxiciclina o alternativamente, clindamicina más gentamicina, proporcionan una cobertura eficaz contra *C. trachomatis*, *N. gonorrea*, y anaerobios en pacientes con absceso tubo-ovárico. El tratamiento médico actual, consiste en la administración de hasta 3 antibióticos por vía intravenosa, hasta que la paciente está afebril durante 48 horas y se debe continuar con antibióticos por vía oral durante 14 días.

B

Rosen et al, 2009



Tomando en consideración el cumplimiento de la terapia en pacientes con clamidiasis, la infección no complicada por clamidia genital, debe ser tratada con azitromicina 1g en una sola dosis oral.

B

SIGN/NHS, 2009



Teniendo en cuenta el cumplimiento, tolerabilidad y eficacia del tratamiento contra clamidiasis, la azitromicina 1g en una sola dosis oral, se recomienda para la infección genital por clamidia sin complicaciones en el embarazo, después de una discusión del balance de beneficios y los riesgos con la paciente.

B

SIGN/NHS, 2009



La salpingitis clamidial debe ser tratada con doxiciclina 100mg dos veces al día durante 14 días, más metronidazol 400mg dos veces al día durante 14 días. Como una alternativa a la doxiciclina, se puede utilizar ofloxacina 400mg dos veces al día durante 14 días.

D

SIGN/NHS, 2009



Para reducir la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica, se recomienda el tamizaje y tratamiento de la infección asintomática del tracto genital por clamidia.

A

Crossman SH, 2006



Clásicamente, los abscesos tubo-ováricos se tratan con antibióticos por vía intravenosa, seguidos de vía oral. Si este enfoque falla, se realizan una laparoscopia o laparotomía con drenaje del absceso; anexectomía unilateral o bilateral, o una histerectomía. Un enfoque alternativo para el tratamiento de un absceso tubo-ovárico es una exposición guiada por drenaje, ya sea de drenaje del catéter o aspiración con aguja del contenido del absceso, en combinación con antibióticos.

2+

Granberg S et al 2009



Se recomienda descanso para las pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria grave (absceso tubo-ovárico).

Grade C (IV)

Ross J, 2005



Se debe proporcionar analgesia adecuada.

Grade C (IV)

Ross J, 2005



La terapia intravenosa está recomendada para pacientes con enfermedad clínica severa, por ejemplo, pacientes con fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, signos clínicos de un absceso tubo-ovárico o signos de peritonitis pélvica.

Grade C (IV)

Ross J, 2005



Las pacientes deben ser advertidas de evitar las relaciones sexuales sin protección, hasta que ellas y su pareja (s), hayan completado el tratamiento y seguimiento.

Grade C(IV)

Ross J, 2005



Las fluoroquinolonas no deben utilizarse en mujeres con EPI, que han estado en un área endémica donde existan variedades de *Neisseria gonorrhoeae* resistentes a las fluoroquinolonas, que han tenido una pareja que ha estado en un área endémica o que han tenido una pareja masculina, que tiene relaciones sexuales con hombres.

C

Crossman SH, 2006

4.2 TRATAMIENTO

4.2.2 EMBARAZO Y LACTANCIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Los meta-análisis han concluido que no existe evidencia de teratogenicidad por el uso de metronidazol en las mujeres durante el primer trimestre del embarazo (Ia). Los resultados de ensayos clínicos que investigan el valor de tamizaje y tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo, han sido contradictorios. Por tanto, es difícil hacer recomendaciones firmes.</p> <p>En conclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres embarazadas sintomáticas deben ser tratadas de la forma habitual (B). • No hay pruebas suficientes para recomendar el tratamiento sistemático de mujeres embarazadas asintomáticas, que asisten a una clínica Génito-Urinaria y se les encuentra una vaginosis bacteriana. 	Ia,B,C
	Hay P, 2006	

• El metronidazol pasa a la leche materna y puede afectar su sabor. Los fabricantes recomiendan evitar las dosis altas durante la lactancia. Pequeñas cantidades de clindamicina entran en la leche materna. Es prudente, por lo tanto, el uso de un tratamiento intravaginal para las mujeres lactantes.



No hay datos suficientes en los ensayos clínicos para recomendar un régimen específico, por lo que se debe considerar el uso de un tratamiento empírico con fármacos eficaces contra las infecciones por gonorrea, clamidia y anaerobios; teniendo en cuenta los patrones locales de sensibilidad a los antibióticos (por. ej. Ceftriazone más eritromicina oral/iv, con la posible adición de metronidazol oral/iv, 500mg tres veces al día, en pacientes con enfermedad clínicamente severa).

Grade C (IV)

Ross J, 2005

4.2 TRATAMIENTO

4.2.3 MANEJO QUIRÚRGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Para aquellos pacientes que no responden al tratamiento médico, el abordaje quirúrgico óptimo es discutible.</p> <p style="text-align: right;">C <i>Rosen et al, 2009</i></p>
	<p>El tratamiento inmediato de un ATO con laparoscopia, puede ofrecer las ventajas del abordaje quirúrgico mínimamente invasivo, al tiempo que permite el drenaje de material purulento. El drenaje inmediato puede permitir una recuperación más rápida y quizá, mejore la preservación de la fertilidad.</p> <p style="text-align: right;">2+ <i>Rosen et al, 2009</i></p>



Las ventajas de la laparoscopia inmediata radican en que permite un diagnóstico preciso, un estudio de la parte superior del abdomen, además de la pelvis; el tratamiento eficaz bajo lente y con mínimas complicaciones, y posiblemente índices de respuesta más rápidos, con tiempos de hospitalización más corta y disminución de la infertilidad.

2+

Rosen et al, 2009



El manejo de los abscesos tubo-ováricos ha evolucionado desde principios del siglo XX. En los casos de ruptura de ATO, la cirugía inmediata es ahora el estándar de cuidado y, si la fertilidad se desea, la información disponible sugiere opciones conservadoras pueden tener resultados favorables. Las opciones actuales, para los casos de ruptura, incluyen el tratamiento con antibióticos por sí solos, la laparotomía después del fracaso del tratamiento médico o una laparoscopia de urgencia para el tratamiento médico y radiología intervencionista.

2+

Rosen et al, 2009



Los abscesos tubo-ováricos rotos o aquellos que no responden a manejo con antibióticos, pueden ser tratados con histerectomía y salpingo-ooforectomía bilateral en casos selectos.

Grado I-C.

SOGC

Lefebvre G et al, 2002.



Las opciones quirúrgicas para las pacientes que no responden al tratamiento médico, son en su mayoría histerectomía abdominal total / ooforectomía bilateral, y con menor frecuencia, el drenaje y la irrigación laparoscópica.

C

Rosen et al, 2009



Las laparotomías conservadoras, incluyen colpotomía posterior, entre otros. El uso de la colpotomía es limitado, ya que está restringida a las pacientes que cumplen el criterio de una masa fluctuante en la línea media que diseca el tabique rectovaginal. Además, debe estar adherida al peritoneo parietal. Dados los índices de complicaciones y lo limitado de la selección de las

2+

Rosen et al, 2009

pacientes, este abordaje no debe ser utilizado en el manejo de los abscesos tubo-ováricos.



Inicialmente, la cirugía se evitó debido a altas tasas de complicación. Con la laparoscopia preservadora de órganos, las tasas de complicaciones intraoperatorias reportadas son mínimas.

3

Rosen et al, 2009



El tratamiento quirúrgico debe ser considerado en casos graves o cuando haya indicios claros de un absceso pélvico.

B

Ross J, Stewart P, 2008



La laparoscopia puede ayudar a la resolución temprana de la enfermedad mediante la separación de las adherencias y el drenaje del absceso pélvico. La aspiración guiada por ecografía de las colecciones de líquido pélvico, es menos invasiva y puede ser igualmente efectiva.

3

Ross J, Stewart P, 2008

Ross J, 2005



Durante las últimas dos décadas, el drenaje de abscesos con el uso concomitante de antibióticos se ha vuelto más aceptado. Varios estudios han reportado tasas de éxito en el rango de 80 a 100%, ya sea después del drenaje guiado por ultrasonido o guiado por tomografía computarizada.

3

Granberg S et al 2009



Históricamente, el tratamiento quirúrgico que va desde la colpotomía posterior, el drenaje quirúrgico transabdominal, salpingo-forectomía unilateral hasta una histerectomía total abdominal con salpingo-forectomía bilateral en combinación con antibióticos se ha llevado a cabo en mujeres con abscesos tubo-ováricos.

2+

Granberg S et al 2009

Aunque estos métodos ofrecen altas tasas de curación, han dado lugar a deficiencia hormonal y han dejado a las mujeres en edad fértil, sin la capacidad de reproducción. Además, debido a la presencia de tejidos friables inflamatorios y

adherencias, la cirugía en este grupo de pacientes suele ser técnicamente difícil y se asocia con complicaciones. Asimismo, Kaplan y colaboradores informaron que la lesión intestinal se produjo en el 8,4% de los pacientes que se sometieron a laparotomía.

Hoy en día, el objetivo del manejo es ser lo más mínimamente invasivo y lo más conservador posible. Esto significa, que cuando la cirugía se lleva a cabo, normalmente se realiza la lisis de adherencias, el drenaje del absceso, la extirpación de los tejidos infectados y necróticos, y la irrigación de la cavidad peritoneal se realizan normalmente.



En muchas clínicas la laparoscopia ha sido el estándar de oro para el diagnóstico y tratamiento de los abscesos tubo-ováricos durante muchos años.

3

Granberg S et al 2009



Durante las últimas dos décadas, varios estudios han descrito que el drenaje de los abscesos pélvicos guiado por imagen y acompañado del uso de antibióticos, es un modo eficaz de tratamiento. Diversos enfoques para el drenaje de abscesos han sido reportados, incluyendo el drenaje transabdominal, transglúteo, transrectal y transvaginal con el uso, ya sea de tomografía computarizada o control ecográfico. El drenaje percutáneo del catéter a través de la pared abdominal es el método más común para el drenaje de los abscesos pélvicos y abdominales superiores; mientras que la vía transvaginal es el método óptimo para el drenaje de abscesos pélvicos del piso de la pelvis en mujeres.

3

Granberg S et al 2009



Varios informes han evaluado la eficacia y seguridad del drenaje de abscesos por vía transvaginal, guiado por ecografía y en combinación con terapia antibiótica. El régimen de tratamiento óptimo para las mujeres con un absceso tubo-ovárico es discutible, ya que hay relativamente pocos estudios realizados para abordar esta temática. Además, en la mayoría de

3

Granberg S et al 2009

los estudios solamente están incluidos un número reducido de pacientes. Sin embargo, con base en la literatura, la aspiración con aguja de los abscesos por vía transvaginal guiada por ecografía y en combinación con terapia antibiótica, parece ser un enfoque atractivo.

✓/R

En nuestra opinión, hay cuatro principales indicaciones para el tratamiento quirúrgico en las mujeres con absceso tubo-ovárico: 1) La sospecha de una emergencia quirúrgica, como la ruptura del absceso o perforación intestinal, 2) el drenaje del absceso sin éxito, 3) el fracaso de la respuesta al tratamiento después de antibióticos y drenaje, y 4) la incertidumbre sobre el diagnóstico. En general, la laparoscopia se debe realizar como primera elección, cuando la cirugía es necesaria, ya que es un procedimiento mínimamente invasivo. Cuando se realiza una cirugía, debe practicarse una aproximación conservadora del órgano, independientemente de los deseos de la paciente de tener niños, ya que ofrece un riesgo de complicaciones significativamente menor.

Punto de buena práctica

Granberg S et al 2009

R

La aspiración transvaginal con aguja parece ser un enfoque particularmente atractivo, ya que es segura, rentable y bien tolerado por las pacientes. Dado que no se elimina tejido del ovario o de las trompas, el procedimiento afecta mínimamente el potencial de fertilidad de la mujer. Sin embargo, se necesitan más estudios para evaluar si este enfoque tiene un efecto beneficioso sobre la función tubárica.

2-

Granberg S et al 2009

✓/R

La aspiración transvaginal con aguja guiada por ecografía en combinación con antibióticos de amplio espectro, es eficaz para el tratamiento de un absceso tubo-ovárico.

Punto de buena práctica

Granberg S et al 2009



En los casos de absceso tubo-ovárico roto, el enfoque quirúrgico conservador es una opción viable para aquellas pacientes que desean preservar su fertilidad y mantener la función hormonal.

2+

Rosen et al, 2009



Un tercio de las mujeres hospitalizadas por enfermedad inflamatoria pélvica tienen abscesos tubo-ováricos. Hay un estimado de 100 mil hospitalizaciones anuales por ATO en los EE.UU. El tratamiento clásico de los ATO en el pasado, fue la histerectomía y la salpingo-ooforectomía, que a pesar de que da por resultado la curación completa, tiene una morbilidad significativa, lleva a la infertilidad, y puede provocar una menopausia temprana.

Goharkhay N et al, 2007



El drenaje de los abscesos es una técnica de gran éxito, con un mínimo de complicaciones relacionadas con el procedimiento a pesar de la presencia de infección. Todo ello, puede conducir a importantes ahorros de costos, como lo sugiere nuestro hallazgo de la estancia hospitalaria reducida. Este modo de tratamiento es actualmente infrutilizado en la práctica.

Goharkhay N et al, 2007



El drenaje de los abscesos tubo-ováricos con los concomitantes antibióticos intravenosos, es un tratamiento efectivo y seguro para el tratamiento primario o secundario de los abscesos tubo-ováricos.

Punto de buena práctica

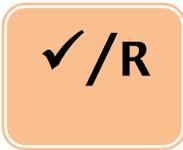
Goharkhay N et al, 2007



Los abscesos tubo-ováricos no complicados suelen ser manejados con antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa. La tasa de éxito del tratamiento médico, sólo se ha reportado que va desde 34% a 87,5%. Cuando los síntomas persisten o si se sospecha de ruptura, será necesaria una intervención quirúrgica, ya sea por laparoscopia o laparotomía. El drenaje percutáneo o transvaginal ha demostrado ser una alternativa útil a la cirugía, si un absceso persiste a pesar del

Saokar A et al, 2008

tratamiento médico.



Las colecciones de líquido postoperatorias pueden ser manejadas con una alta tasa de éxito, por medio de la aspiración transvaginal o drenaje del catéter. El drenaje del catéter transvaginal es una alternativa a la cirugía en el manejo de los abscesos tubo-ováricos que no responden al tratamiento médico. La aspiración es suficiente para drenar los quistes de ovario y proporcionar un alivio sintomático. La mayoría de los quistes recidivan obligando a una cirugía. La aspiración es segura, pero el drenaje del catéter se asocia con una tasa del 10% de complicaciones menores.

Punto de buena práctica

Saokar A et al, 2008

4.2 TRATAMIENTO

4.2.4 CONTACTOS SEXUALES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Se debe contactar con las actuales parejas masculinas de mujeres con EPI y ofrecerles consejos sobre la salud y estudios de detección de gonorrea y clamidia. También es recomendable que se ofrezcan estudios de detección y localización de contactos a otras parejas sexuales recientes, dentro de un período de 6 meses, posteriores al inicio de los síntomas, pero este período puede estar influenciado por la historia sexual.</p>	<p>Grade C (IV) <i>Ross J, 2005</i></p>
	<p>Las parejas sexuales deben ser advertidas sobre la necesidad de evitar las relaciones sexuales, hasta que ellas y el paciente índice hayan completado el ciclo de tratamiento.</p>	<p>Grade C (IV) <i>Ross J, 2005</i></p>



Cuando se diagnostica gonorrea en la pareja, esta debe ser tratada de forma adecuada y al mismo tiempo que el paciente índice.

Grade C (IV)

Ross J, 2005



Se recomienda tratamiento concomitante empírico para clamidia, a todos los contactos sexuales, debido a la sensibilidad variable de las pruebas diagnósticas, actualmente disponibles.

Grade C (IV)

Ross J, 2005



Si no es posible realizar exámenes adecuados para la gonorrea y la clamidia en la pareja(s), se debe brindar tratamiento empírico de la gonorrea y la clamidia.

Grade C (IV)

Ross J, 2005

4.2 TRATAMIENTO

4.2.5 SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Debe proporcionarse a la paciente una explicación, detallada, de su condición con especial énfasis en las implicaciones a largo plazo para la salud de sí misma y de su pareja(s), lo cual debe ser reforzado con información escrita, clara y precisa.

C (IV)

Ross J, 2005



Se recomienda realizar una revisión a las 72 horas de iniciado el tratamiento, especialmente para aquellas pacientes con una presentación clínica moderada o grave, debiéndose mostrar una mejora sustancial en los síntomas y signos clínicos.

C (IV)

Ross J, 2005



Adicionalmente debe realizarse una revisión 4 semanas después de la terapia útil para asegurar:

C (IV)

Ross J, 2005

- La respuesta clínica adecuada al tratamiento
- El cumplimiento con los antibióticos orales
- La detección y tratamiento de los contactos sexuales
- La toma de conciencia sobre la importancia de la EPI y sus secuelas

4.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>La única forma de distinguir un absceso tubo-ovárico de la EPI es la detección de una masa anexial inflamatoria y esto puede ser difícil, si solamente se realiza el examen físico y estudios de laboratorio.</p>	<p>2+ <i>Rosen et al, 2009</i></p>
	<p>El diagnóstico diferencial de dolor abdominal en una mujer joven incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo ectópico: El embarazo debe ser excluido de todas las mujeres con sospecha de EPI. • Apendicitis aguda: En la mayoría de los pacientes 	<p>3 <i>Ross J, Stewart P, 2008</i></p> <p><i>Ross J, 2005</i></p>

con apendicitis se presentan náuseas y vómitos, pero estos síntomas, sólo se encuentran en el 50% de los pacientes con EPI. En aproximadamente una cuarta parte de las mujeres con apendicitis, se puede encontrar dolor al movimiento cervical.

- Endometriosis: La relación entre los síntomas y el ciclo menstrual, puede ser útil para establecer un diagnóstico.
- Síndrome del intestino irritable (y con menor frecuencia, otros trastornos gastrointestinales).
- Las complicaciones de un quiste ovárico como la ruptura o torsión con frecuencia de aparición súbita.
- Infección del tracto urinario.
- El dolor funcional (dolor de origen físico desconocido), que puede estar asociado con síntomas de larga duración.



Que a menudo se considere, que una paciente con dolor abdominal tiene una enfermedad inflamatoria pélvica, hasta que se demuestre lo contrario, es omnipresente en la literatura médica. Este punto de vista es peligroso y debe ser impugnado, ya que ha dado lugar a episodios de ruptura del apéndice, muerte por rotura de un embarazo ectópico, y morbilidad grave por la demora en el diagnóstico de entidades como la diverticulitis y la endometriosis. Se deben tomar las fases diagnósticas adecuadas para todos los pacientes con dolor abdominal de etiología incierta.

4

Osborne, 1986



El diagnóstico diferencial del dolor abdominal en una mujer joven incluye:

Z++

Ross J et al, 2007

- embarazo ectópico
- apendicitis aguda
- endometriosis
- síndrome del intestino irritable

- complicaciones de un quiste de ovario, por ejemplo ruptura, torsión;
- dolor funcional (dolor de origen físico desconocido)



El diagnóstico diferencial de la EPI debe hacerse con:

- Enfermedades urinarias: ITU, Litiasis.
- Enfermedades ginecológicas y obstétricas: amenaza de aborto, embarazo ectópico, rotura o torsión de un quiste de ovario, endometriosis, pólipos o neoplasias endocervicales o ginecológicas, síndrome adherencial por cirugía previa.
- Enfermedades digestivas: GEA, apendicitis, enfermedad diverticular, colecistitis, intestino irritable, etc.
- En relación al diagnóstico diferencial con apendicitis, en la EPI, el dolor no suele migrar y puede ser bilateral y las náuseas y vómitos son poco frecuentes (Morishita K, 2007).

4

Costa Ribas C et al 2011



Se debe considerar la realización de una citoscopia por especialistas entrenados, con o sin laparoscopia diagnóstica, cuando exista la sospecha de cistitis intersticial.

III-B

SOGC, 2005



Las mujeres con dolor pélvico crónico requerirán de una evaluación ginecológica, urológica, gastroenterología, y psicológica detalladas. La evaluación apropiada puede conducir a un tratamiento óptimo y disminuir la tasa de intervenciones inapropiadas (III-B)

III-B

SOGC, 2005



La pielonefritis aguda o la infección de vías urinarias altas, con frecuencia se presentan con una combinación de fiebre y escalofríos, dolor en el costado y grados variables de disuria, urgencia y frecuencia urinarias. El dolor severo en el flanco que irradia a la ingle, es más indicativo de cálculos renales. Ocasionalmente, el dolor renal puede irradiarse a otras áreas abdominales, lo que exige la evaluación de una posible colelitiasis, colecistitis, enfermedad inflamatoria pélvica y/o apendicitis.

II-2

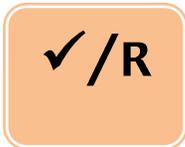
ACOG Practice
Bulletin No. 91
ACOG, 2008



La presencia de masas anexiales es frecuente en la práctica ginecológica y a menudo, presentan tantos dilemas de diagnóstico como de manejo. Mientras que algunas mujeres presentan torsión aguda o ruptura de una masa que requiere intervención quirúrgica inmediata, la mayoría de las masas se detectan casualmente. El diagnóstico diferencial de la masa anexial incluye fuentes, tanto ginecológicas y no ginecológicas, y cuando alcanzan a los ovarios, pueden ser benignas (incluyendo un absceso tubo-ováricos), malignas o de bajo potencial maligno.

II-3

ACOG Practice Bulletin
No. 83
ACOG, 2007.



Al considerar el drenaje de un absceso y ubicar su posición, tenga en cuenta que dicho absceso puede haber surgido del apéndice o el colon.

Punto de Buena Práctica
Ross J, Stewart P, 2008

4.4 COMPLICACIONES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p data-bbox="453 344 1060 478">Una complicación grave de los abscesos tubo-ováricos es la ruptura intra-abdominal. La incidencia se produce en hasta un 15% de todos los casos.</p> <p data-bbox="1084 344 1295 443">2++ Rosen et al, 2009</p>
	<p data-bbox="453 644 1060 779">Luego de un episodio de EPI, actualmente se estima que se puede presentar infertilidad en el 15% de las pacientes y en el 75% después de tres o más episodios.</p> <p data-bbox="453 785 1060 993">El riesgo de embarazo ectópico es de 7 a 10 veces mayor en las mujeres que tienen un historial de enfermedades inflamatorias pélvicas. Por otra parte, tradicionalmente, las tasas de embarazo después de un absceso tubo-ovárico se estima que son de 15% o menos.</p> <p data-bbox="1084 659 1295 737">2+ Rosen et al, 2009</p>

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos que fueron obtenidos sobre la temática “Diagnóstico, tratamiento y diagnóstico diferencial de los Abscesos Tubo-ováricos en el primero y segundo niveles de atención”. La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas que incluyen; PubMed, Biblioteca Cochrane, Portal de Evidencias, LILACS, Artemisa, Guía Salud, NICE, SIGN, ICSI y NGC.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma inglés y español
- Publicados durante los últimos 10 años

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda consistió de tres etapas:

Primera etapa

Se identificaron los términos en MeSH sobre el tema “Diagnóstico, tratamiento y diagnóstico diferencial de los Abscesos Tubo-ováricos en el primero y segundo niveles de atención”, teniendo como resultado los descriptores: diagnosis, treatment, differential, tubo-ovarian abscess, salpingitis, oophoritis, first attention level, second attention level y pelvic inflammatory disease. Se realizó la búsqueda combinando algunos de los descriptores como se describe a continuación:

Búsquedas	Bases de Datos	Resultados
diagnosis AND tubo-ovarian abscess	PubMed, Biblioteca Cochrane, Portal de Evidencias, LILACS, Artemisa, Guía Salud, NICE, SIGN, ICSI, NGC.	32
treatment AND tubo-ovarian abscess		26
diagnosis AND differential AND tubo-ovarian abscess		11
differential AND diagnosis AND tubo-ovarian abscess		25
diagnosis AND salpingitis		100
treatment AND salpingitis		163
diagnosis AND oophoritis		15
treatment AND oophoritis		24
diagnosis AND pelvic inflammatory disease		786
salpingitis		2

Se obtuvieron un total de 1,184 referencias, resultados del período de los últimos 10 años, siendo demasiados, razón por la cual, se decidió hacer una nueva estrategia de búsqueda con los criterios de inclusión y exclusión específicos y dar pasó a la segunda etapa.

Segunda etapa

En esta etapa, se realizó una nueva estrategia de búsqueda y se utilizaron los siguientes límites: Female, Meta-Analysis, Practice Guidelines, Review, Evaluation Studies, English, Spanish, published in the last ten years. La revisión se realizó en las mismas bases de datos que en la primera etapa.

Búsquedas	Bases de Datos	Resultados
diagnosis AND treatment AND salpingitis	PubMed, Biblioteca Cochrane, Portal de Evidencias, LILACS, Artemisa, Guía Salud, NICE, SIGN, ICSI, NGC.	57
diagnosis AND treatment AND salpingitis AND first level		5
diagnosis AND treatment AND salpingitis AND second level		1

Se obtuvieron un total de 79 resultados, mismos que no cumplían del todo con las especificaciones requeridas para ser incluidas en el protocolo de búsqueda, es por ello, que se decidió dar paso a una tercera etapa de búsqueda.

Tercera etapa

Para la tercera etapa se eligió hacer una búsqueda que integrara todos los descriptores con los mismos límites utilizados en la etapa anterior.

Búsquedas	Bases de Datos	Resultados
diagnosis AND differential AND treatment AND tubo-ovarian abscess	PubMed, Biblioteca Cochrane, Portal de Evidencias, LILACS, Artemisa, Guía Salud, NICE, SIGN, ICSI, NGC.	8
differential AND diagnosis AND treatment AND tubo-ovarian abscess		18
differential AND diagnosis AND treatment AND tubo-ovarian abscess AND first attention level		1
differential AND diagnosis AND treatment AND tubo-ovarian abscess AND second attention level		0

Algoritmo de búsqueda

1	differential [All Fields]	AND
2	diagnosis [Subheading]	OR
3	diagnosis [All Fields]	OR
4	diagnosis [MeSH Terms]	AND
5	therapy [Subheading]	OR
6	therapy [All Fields]	OR
7	treatment [All Fields]	OR
8	therapeutics [MeSH Terms]	OR
9	therapeutics [All Fields]	AND
10	tubo-ovarian [All Fields]	AND
11	abscess [MeSH Terms]	OR
12	abscess [All Fields]	AND
13	humans [MeSH Terms]	AND
14	women [MeSH Terms]	OR
15	female [MeSH Terms]	AND
16	Meta-Analysis [ptyp]	OR
17	Practice Guideline [ptyp]	OR
18	Review [ptyp]	OR
19	Evaluation Studies [ptyp]	AND
20	English [lang]	OR
21	Spanish [lang]	AND
22	2002/02/11 [PDat]: 2012/02/08 [PDat]	

Al finalizar la última etapa, se localizaron 27 documentos, de los cuales, 20 se obtuvieron de PubMed y siete de NGC. Después de hacer la revisión de los documentos, se seleccionaron y utilizaron 19 estudios para la elaboración de la Guía de Práctica Clínica en cuestión.

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

Sistema del Equipo de Tareas de los Servicios Preventivos de Estados Unidos
United States Preventive Services Task Force-

Guías ACOG

Evidencias

- I Evidencia obtenida de al menos un ensayo aleatorio controlado y bien diseñado.
- II-1 Evidencia obtenida de ensayos controlados bien diseñados, pero sin aleatorización.
- II-2 Evidencia obtenida de estudios de cohorte bien diseñados, estudios analíticos de casos y controles, de preferencia de más de un centro o grupo investigador.
- II-3 Evidencia obtenida de series de casos con o sin intervención. Resultados dramáticos de experimentos no controlados también pueden agruparse en este tipo de evidencia.
- III Opiniones de autoridades respetables, basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos.

Recomendaciones

Basadas en el mayor nivel de evidencia encontrado en la información, las recomendaciones se proporcionan y gradan de acuerdo a las siguientes categorías:

Nivel A Recomendaciones basadas en evidencia científica buena y consistente.

Nivel B Recomendaciones basadas en evidencia limitada o inconsistente.

Nivel C Recomendaciones basadas principalmente en consensos y opiniones de expertos.

Evidencia y recomendaciones
Criteria de gradación

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists RCOG

Clasificación de los niveles de evidencia	
Nivel	Tipo de Evidencia
Ia	Evidencia obtenida de meta-análisis o ensayos aleatorios controlados
Ib	Evidencia de al menos un ensayo aleatorio controlado
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio de control, bien diseñado sin aleatorización
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio cuasi-experimental de otra clase, bien diseñado
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales y bien diseñados, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos, y controles
IV	Evidencia de reportes de comités de expertos o de opiniones y experiencia clínica de autoridades respetables

Gradación de las recomendaciones	
A	Requiere al menos un ensayo aleatorio controlado como parte del cuerpo de la literatura de buena calidad general y la coherencia frente a las recomendaciones específicas. (Niveles de evidencia Ia, Ib)
B	Requiere la disponibilidad de estudios clínicos bien realizados, pero sin ensayos clínicos aleatorios sobre el tema de la recomendación. (Niveles de evidencia IIa, IIb, III)
C	Exige pruebas de los informes de comité de expertos u opiniones y / o experiencia clínica de autoridades en la materia. Indica la ausencia de estudios directamente aplicables de buena calidad. (Nivel de evidencia IV)

Punto de buena práctica

- ✓ La mejor práctica recomendada basados en la experiencia clínica del grupo desarrollador de la guía.

Clave para la evidencia y grados de recomendaciones

SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network

**Escala de clasificación utilizada por la Guía SIGN 2005
Modelo Del Scottish Intercollegiate
Guidelines Network (SIGN)**

Niveles de evidencia científica	
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
?	Consenso del equipo redactor.

Buena práctica clínica

✓ ¹	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor
----------------	--

Una de las limitaciones que presenta el sistema SIGN es la evaluación de la calidad de los estudios sobre preguntas de diagnóstico. En el caso de los estudios sobre validez de pruebas diagnósticas, los estudios transversales o de cohorte el sistema SIGN no les otorga el nivel máximo de evidencia científica. Aunque estos diseños son los más apropiados para ello el máximo nivel que pueden alcanzar es 2 por tanto dan lugar a recomendaciones de grado B o inferiores. Debido a esto NICE introdujo una adaptación del sistema del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford para los estudios de pruebas diagnósticas.

Criterios de calidad de la valoración de la evidencia y clasificación de las recomendaciones

SOGC Clinical Practice Guidelines

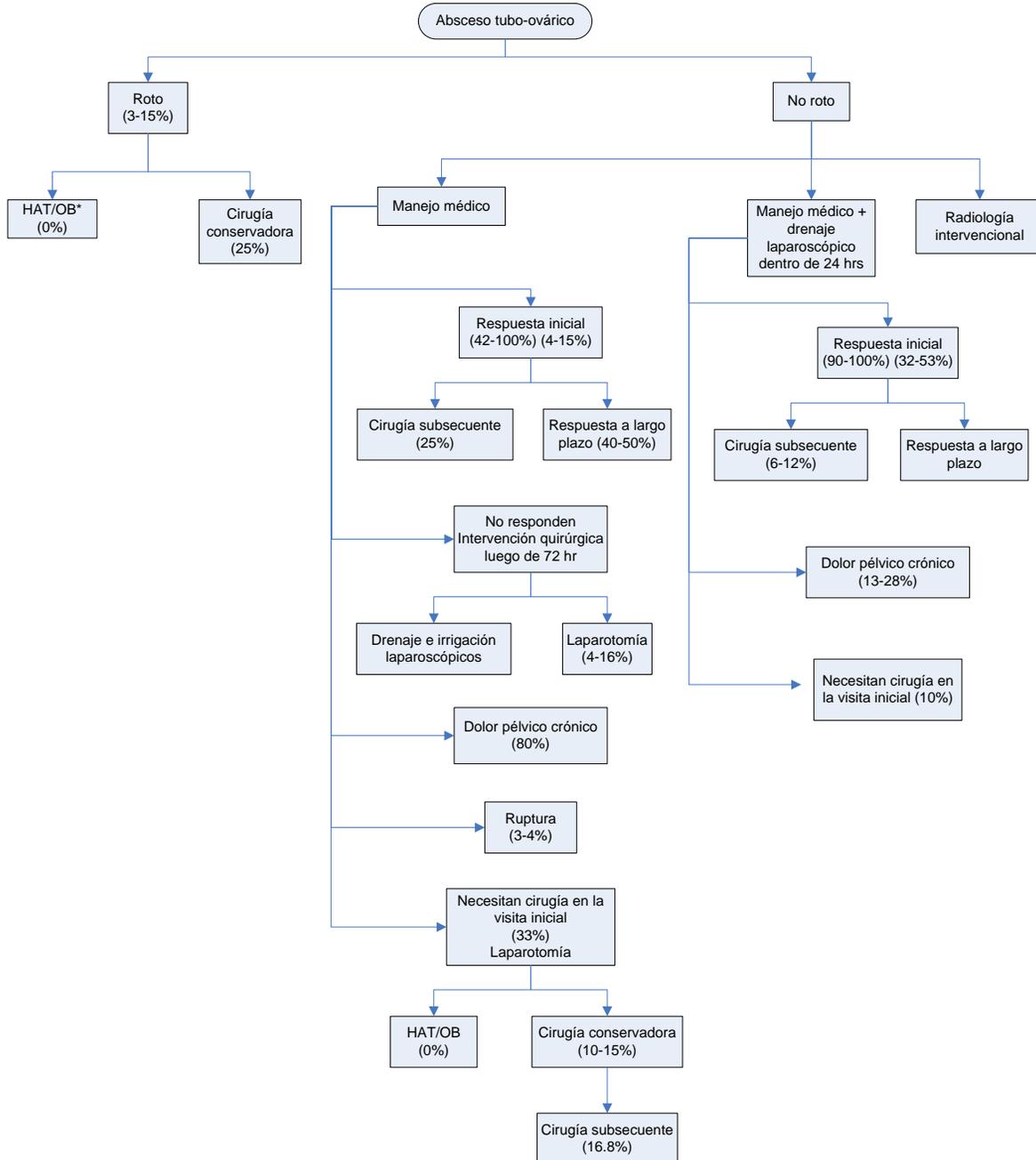
Nivel de evidencia

- I Evidencia obtenida de al menos un estudio aleatorizado controlado, apropiadamente diseñado.
- II-1 Evidencia de estudios controlados bien diseñados y sin aleatorización.
- II-2 Evidencia de estudios de cohorte (prospectivos o retrospectivos) o de casos y controles bien diseñados, de preferencia de más de un centro o grupo investigador.
- II-3 Evidencia de comparaciones entre tiempo y lugares con o sin intervención. Resultados dramáticos de experimentos no controlados (tales como los resultados de tratamientos con penicilina en los 40s) también pueden incluirse en esta categoría.
- III Opiniones de autoridades respetables, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos.

Clasificación de la recomendación

- A Hay buena evidencia que soporta la recomendación.
 - *para el uso de una prueba diagnóstica, tratamiento o intervención.
 - *que la condición sea específicamente considerada en un examen físico periódico.
- B Hay evidencia razonable que apoya la recomendación.
 - *para el uso de una prueba diagnóstica, tratamiento o intervención.
 - *que la condición sea específicamente considerada en un examen físico periódico.
- C Hay evidencia insuficiente que apoye la recomendación, en cuanto a usar la prueba diagnóstica, el tratamiento o intervención, o hay evidencia pobre en relación a incluir o excluir la condición en un examen físico periódico, pero las recomendaciones pueden ser hechas en otros términos.
- D Hay evidencia razonable para no apoyar la recomendación.
 - *para el uso de una prueba diagnóstica, tratamiento o intervención
 - *que la condición no sea considerada en un examen físico periódico.
- E Existe buena evidencia para no apoyar la recomendación.
 - *para el uso de una prueba diagnóstica, tratamiento o intervención.
 - *que la condición no sea tomada en cuenta en un examen físico periódico.

5.3 DIAGRAMAS DE FLUJO



Basados en literatura médica pertinente, las opciones de manejo de las pacientes con ATO se presentan con las tasas de respuesta reportadas y los índices de embarazo.. *HAT/OB indica una histerectomía abdominal total/ooforectomía bilateral.

Tomado de: Rosen et al. Tubo-ovarian abscess management options for women who desire fertility. Obstetrical and gynecological survey 2009.

5.4 TABLA DE MEDICAMENTOS

Medicamentos mencionados indicados en el tratamiento de los abscesos tubo-ováricos del Cuadro Básico de SSA y del Cuadro Básico Sectorial:

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.1937.00	Ceftriaxona	Intramuscular o intravenosa. Adultos: 1 a 2g cada 12 horas, sin exceder de 4g/día. Niños: 50 a 75mg/kg de peso corporal/día, cada 12 horas.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada frasco ampula con polvo contiene: Ceftriaxona sódica equivalente a 1g de ceftriaxona. Envase con un frasco ampula y 10ml de diluyente.	La duración de la terapia con CEFTRIAXONA depende del tipo y severidad de la infección, y debe determinarla el especialista a cargo del paciente; a excepción de la gonorrea, se deberá continuar con el antibiótico hasta después de 48 horas posteriores a la desaparición de la sintomatología. En caso de infecciones invasivas, por lo general, se continúa la terapia durante 5 a 7 días, después de que los cultivos bacteriológicos se negativicen. En tratamientos habituales la duración de la terapia con CEFTRIAXONA es de 4 a 14 días, pero cuando existen infecciones complicadas se pueden requerir de más días de tratamiento.	En términos generales, CEFTRIAXONA es un medicamento bien tolerado; los efectos secundarios que se han observado durante su administración son reversibles, y se pueden realizar en forma espontánea, o después de haber discontinuado su uso. Dentro de estas reacciones se pueden observar efectos sistémicos como: molestias gastrointestinales en 2% de los casos; deposiciones blandas o diarrea; náusea; vómito; estomatitis y glositis. Los cambios hematológicos se observan en 2% de los casos y consisten en eosinofilia, leucopenia, granulocitopenia, anemia hemolítica, trombocitopenia. Se han reportado casos aislados de agranulocitosis (en el orden de menos de 500mm ³), lo que ocurre en la mayoría de los casos, después de aplicar una dosis total de	Se ha reportado aumento en la nefrotoxicidad por parte de los aminoglucósidos, cuando se administran en forma conjunta con CEFTRIAXONA. Se ha observado que los niveles de la ciclosporina sérica se aumentan cuando se administra de manera concomitante con CEFTRIAXONA (por lo que se aumenta su toxicidad y con ello provoca disfunción renal). Cuando se aplica la vacuna contra la fiebre tifoidea, CEFTRIAXONA puede interferir con la respuesta inmunológica; cuando se administra de manera concomitante con verapamilo, compete con éste a nivel de los sitios de unión con las proteínas plasmáticas, por lo que verapamilo permanece libre; se han reportado casos de bloqueo cardíaco incompleto y ésta puede ser la explicación. Cuando se combina su uso con cloranfenicol, parece que existe efecto antagonístico. CEFTRIAXONA no se debe	CEFTRIAXONA está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad conocida a las cefalosporinas; en pacientes sensibles a la penicilina se deberá considerar la posibilidad de reacciones alérgicas cruzadas. Cuando existe enfermedad hepática y renal combinada, se debe disminuir la dosis. En los recién nacidos con ictericia, existe el riesgo de que ocurra encefalopatía secundaria debida a un exceso de bilirrubina, ya que CEFTRIAXONA compete con ésta, en relación con su unión a la albúmina sérica.

**DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

					<p>20g o más.</p> <p>También se han reportado reacciones cutáneas en 1% de los casos, consistiendo en exantemas, dermatitis alérgica, prurito, urticaria, edema y eritema multiforme. Otros efectos colaterales que pocas veces se observan son: palpitaciones, cefalea y mareo; aumento de enzimas hepáticas; precipitación sintomática de sales de calcio de CEFTRIAXONA en la vesícula biliar; oliguria; aumento de la creatinina sérica; micosis de las vías genitales; fiebre; escalofrío y reacciones anafilácticas, o anafilactoides.</p> <p>Como efectos raros se han reportado presencia de enterocolitis pseudomembranosa y trastornos a nivel de la coagulación. Dentro de los efectos locales y en casos raros, se pueden observar reacciones inflamatorias a nivel de la pared venosa después de la administración I.V. (flebitis), estas reacciones se reducen a un mínimo, inyectando la solución en forma lenta (2-4 minutos).</p> <p>La inyección intramuscular sin lidocaína es dolorosa.</p>	<p>administrar en soluciones que contengan calcio, como la solución Hartman y la del Ringer.</p> <p>De acuerdo con la literatura disponible, CEFTRIAXONA tampoco es compatible con ampicilina y fluconazol.</p>	
010.000.1940.00	Doxiciclina	Oral. Cólera: 300mg en una sola dosis.	CÁPSULA O TABLETA Cada cápsula o tableta contiene:	7 a 10 días	Debido a que virtualmente DOXICICLINA se absorbe por completo, los efectos	Como se ha demostrado que las tetraciclinas disminuyen la actividad de la protrombina en	El fármaco está contraindicado en personas con hipersensibilidad conocida a

**DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

		Adultos: Otras infecciones: el primer día 100mg cada 12 horas y continuar con 100mg/día, cada 12 ó 24 horas	Hiclato de doxiciclina equivalente a 100mg de doxiciclina. Envase con 10 cápsulas o tabletas		secundarios en el intestino delgado, en particular de diarrea, son poco frecuentes.	plasma, los pacientes que toman anticoagulantes pueden requerir una disminución de su dosis de anticoagulante. Como los fármacos bacteriostáticos pueden interferir con la acción bactericida de la penicilina, se recomienda no administrar las tetraciclinas junto con penicilina. La absorción de las tetraciclinas disminuye con los antiácidos que contienen aluminio, calcio o magnesio, así como preparaciones que contienen hierro. La absorción de las tetraciclinas disminuye por el subsalicilato de bismuto.	cualquiera de las tetraciclinas.
010.000.1941.00	Doxiciclina	Niños mayores de 10 años: 4mg/kg de peso corporal/día, administrar cada 12 horas el primer día. Después 2.2mg/kg de peso corporal/día, dividida cada 12 horas.	CÁPSULA O TABLETA Cada cápsula o tableta contiene: Hiclato de doxiciclina equivalente a 50mg de doxiciclina. Envase con 28 cápsulas o tabletas.		Las siguientes reacciones adversas se han observado en pacientes que reciben tetraciclinas: Gastrointestinales: Anorexia, náusea, vómito, diarrea, glositis, disfagia, enterocolitis y lesiones inflamatorias (con crecimiento excesivo de moniliasis) en la región anogenital. Muy rara vez se ha reportado hepatotoxicidad. Estas reacciones son causadas tanto por la administración oral como parenteral de las tetraciclinas. Se han reportado casos raros de esofagitis y ulceraciones esofágicas en pacientes que reciben cápsulas y tabletas de fármacos de la clase de las tetraciclinas. La mayoría de estos pacientes tomaron los medicamentos inmediatamente antes de dormir. Piel: Erupciones aculopapular y eritematoso. Se ha reportado dermatitis exfoliativa, pero es muy poco común. La fotosensibilidad se discutió anteriormente. Toxicidad renal: Se han	Los barbituratos, la carbamazepina y la fenitoína disminuyen la vida media de DOXICICLINA. Se ha reportado que el uso conjunto de tetraciclina y metoxiflurano resulta en toxicidad renal fatal. El uso conjunto de tetraciclina puede disminuir la efectividad de los anticonceptivos orales. La acción antianabólica de las tetraciclinas puede causar un aumento en los niveles de BUN. Los estudios realizados hasta la fecha indican que esto no ocurre con el uso de DOXICICLINA en pacientes con insuficiencia renal. Se ha observado fotosensibilidad, manifestada por una reacción de quemadura solar exagerada, en algunos individuos que toman tetraciclinas. Los pacientes que se exponen a la luz directa o ultravioleta deben ser advertidos	

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

					<p>reportado aumentos en los niveles de BUN, aparentemente relacionados con la dosis.</p> <p>Reacciones de hipersensibilidad: Urticaria, adema angioneurótico, anafilaxia, púrpura anafilactoide, enfermedad del suero, pericarditis y exacerbación del lupus eritematoso sistémico.</p> <p>Sangre: Se ha reportado anemia hemolítica, trombocitopenia, neutropenia y eosinofilia con las tetraciclinas.</p> <p>Otros: Hinchamiento de las fontanelas en infantes e hipertensión intracraneal en adultos. Cuando se administran durante periodos prolongados, se ha reportado que las tetraciclinas producen decoloración microscópica café-negro de la glándula tiroides. No se sabe que ocurran anomalías de la función tiroidea.</p>	<p>de que esta reacción puede ocurrir con las tetraciclinas y el tratamiento, debe ser suspendido a la primera evidencia de eritema cutáneo.</p> <p>Algunas marcas de formulaciones contienen metabisulfito de sodio, un sulfito que puede causar reacciones de tipo alérgicas, incluyendo síntomas anafilácticos que ponen en peligro la vida, o episodios asmáticos menos severos en ciertas personas susceptibles.</p> <p>No se conoce la prevalencia global de sensibilidad al sulfito en la población general, y probablemente es baja. La sensibilidad al sulfito se ve más frecuentemente, en personas asmáticas que no asmáticas.</p> <p>En enfermedad venérea, cuando se sospecha la coexistencia de sífilis, se debe realizar un examen en campo oscuro antes de iniciar el tratamiento y repetir la serología sanguínea cada mes, por lo menos durante 4 meses. En la terapia a largo plazo, se deben realizar evaluaciones periódicas de laboratorio de los sistemas de órganos, incluyendo hematopoyético, renal y hepático.</p>	
010.000.1308.00	Metronidazol	Oral. Adultos: 500 a 750mg cada 8 horas por 10 días.	TABLETA Cada tableta contiene: Metronidazol 500mg Envase con 20 tabletas.	7 días	Las reacciones más graves reportadas con el uso de METRONIDAZOL, incluyen convulsiones y neuropatía periférica. Otras reacciones	<p>Disulfiram: Se ha reportado que la combinación de disulfiram y METRONIDAZOL puede causar reacciones psicóticas.</p> <p>Alcohol: La ingestión de alcohol</p>	Hipersensibilidad a los compuestos imidazol, primer trimestre del embarazo, antecedentes de discracias sanguíneas o con padecimiento
010.000.1308.01	Metronidazol		TABLETA Cada tableta contiene: Metronidazol 500mg				

**DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

			Envase con 30 tabletas.		reportadas son:	durante el tratamiento con METRONIDAZOL, puede causar cólicos, náusea, cefalea y alteraciones vasomotoras.	activo del SNC.
010.000.1310.00	Metronidazol	Niños: 35 a 50mg/kg de peso corporal/día cada 8 horas por 10 días.	SUSPENSIÓN ORAL Cada 5ml contienen: Benzoilo de metronidazol equivalente a 250mg de metronidazol. Envase con 120ml y dosificador.		Tracto gastrointestinal: Dolor epigástrico, náusea, vómito, alteraciones gastrointestinales, diarrea y sabor metálico. Hematopoyético: Neutropenia reversible y trombocitopenia. Piel: Erupciones, eritema y prurito. Fiebre, angioedema. SNC: Cefalea, mareo, síncope, ataxia y confusión. Estos síntomas pueden interferir con la habilidad para conducir o utilizar maquinaria peligrosa.	Terapia anticoagulante oral: METRONIDAZOL potencia el efecto anticoagulante de la warfarina y otros anticoagulantes cumarínicos, causando un alargamiento del tiempo de protrombina. Fenitoína o Fenobarbital: La administración de medicamentos que inducen enzimas microsomales como la fenitoína y el fenobarbital, pueden causar una disminución en los niveles plasmáticos de METRONIDAZOL. Por el contrario, la administración de medicamentos que disminuyen la actividad enzimática del sistema microsomal puede alargar la vida media del METRONIDAZOL y reducir su depuración plasmática.	
010.000.1309.00	Metronidazol	Infusión intravenosa. Adultos y niños mayores de 12 años 500mg cada 8 horas por 7 a 10 días. Niños menores de 12 años 7.5mg/kg de peso corporal cada 8 horas por 7 a 10 días. Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta o frasco ampola contiene: Metronidazol 200mg Envase con 2 ampolletas o frascos ampola con 10ml.				
010.000.1311.00	Metronidazol	Administración intravenosa en frascos de vidrio.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada 100ml contienen: Metronidazol 500mg Envase con 100ml.				
010.000.1561.00	Metronidazol	Vaginal. Adultos: 500mg cada 24 horas por 10 a 20 días, aplicar por la noche antes de acostarse.	ÓVULO O TABLETA VAGINAL Cada óvulo o tableta contiene: Metronidazol 500mg Envase con 10 óvulos o tabletas.		Trastornos visuales: Diplopía y miopía transitorias. Reacciones locales: Flebitis en el sitio de infusión I.V.		
010.000.2133.00	Clindamicina	Oral. Adultos: 300mg cada 6 horas.	CÁPSULA Cada cápsula contiene: Clorhidrato de clindamicina equivalente a 300mg de lindamicina. Envase con 16 cápsulas.		Hematológicas: Se han reportado leucopenia, leucocitosis, anemia y trombocitopenia graves en algunos pacientes recibiendo CLINDAMICINA. Sistema cardiovascular: En algunos pacientes, la CLINDAMICINA puede causar arritmias severas como fibrilación ventricular, alargamiento del intervalo QT y arritmia ventricular	El tratamiento con CLINDAMICINA puede potenciar los efectos de los agentes relajantes musculares no despolarizantes. Puede tener un efecto antagónico con lincomicina, eritromicina y cloranfenicol. El caolín disminuye la absorción oral de CLINDAMICINA.	CLINDAMICINA se encuentra completamente contraindicada en pacientes con antecedentes o historia de reacciones alérgicas a CLINDAMICINA y la lincomicina. En pacientes con insuficiencia hepática o renal se requiere ajustar la dosis. Es posible que la CLINDAMICINA desencadene superinfecciones por organismos no sensibles, incluso cuando se administra

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

				<p>polimórfica o <i>torsades de pointes</i>. También puede desencadenar bigeminismo ventricular y bloqueo cardíaco en diferentes grados.</p> <p>Se han reportado algunos casos de vasculitis.</p> <p>Sistema nervioso central: Se han reportado eventos aislados de bloqueo neuromuscular.</p> <p>Gastrointestinales: El tratamiento con CLINDAMICINA puede producir diarrea, náusea, vómito y dolor abdominal.</p> <p>En algunas ocasiones se ha reportado esofagitis.</p> <p>CLINDAMICINA puede inducir colitis pseudomembranosa por superinfección debida a <i>Clostridium difficile</i>.</p> <p>La suspensión del tratamiento, además de las medidas adecuadas de apoyo, incluyendo la administración de vancomicina o metronidazol, revierten este efecto.</p> <p>CLINDAMICINA puede elevar las cifras de aspartato-aminotransferasa y alanina-aminotransferasa, así como</p>	<p>por vía vaginal. Debido al riesgo de inducir colitis pseudomembranosa.</p> <p>En el paciente, los cambios en la frecuencia de las evacuaciones debe ser una indicación para suspender su uso.</p>
--	--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

					<p>las concentraciones de bilirrubina debido a daño hepático directo.</p> <p>Riñón y aparato genitourinario: Se ha asociado a la CLINDAMICINA con cuadros de moniliasis vaginal y vulvovaginitis.</p> <p>Piel: Se ha observado aparición de erupción de leve a moderada intensidad.</p> <p>En tratamientos tópicos se ha reportado prurito facial, dermatitis de contacto, edema facial y erupción maculopapular.</p> <p>Otros efectos indeseables observados con CLINDAMICINA incluyen: Síndrome de Stevens-Johnson, reacciones de hipersensibilidad en pacientes HIV positivo y linfadenitis, aunque son poco frecuentes.</p>		
010.000.1954.00	Gentamicina	Intramuscular o infusión intravenosa (30 a 120 minutos) Adultos: De 3mg/kg /día, administrar cada 8 horas. Dosis máxima 5mg/kg/día	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Sulfato de gentamicina equivalente a 80mg de gentamicina. Envase con ampolleta con 2ml.	La duración del tratamiento, para todos los pacientes es de 7 a 10 días. En infecciones por complicaciones se pueden requerir periodos más largos de terapia	<p>Nefrotoxicidad: Los efectos renales adversos como se demuestra por la presencia de cilindros, células, proteína en la orina, por un aumento en el nitrógeno de la urea, nitrógeno no proteico, creatinina sérica u oliguria, han sido reportados y con mayor frecuencia, ocurren en pacientes con una historia de disfunción renal y en los tratados por largos periodos con dosis mayores a las</p>	No se han reportado a la fecha.	Antecedentes de hipersensibilidad o reacciones tóxicas graves a GENTAMICINA u otros aminoglucósidos.
010.000.1955.00	Gentamicina	Niños: Prematuros: 2.5mg/kg/día, administrar cada 18 horas.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Sulfato de gentamicina equivalente a 20mg de gentamicina base.				

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

		<p>Neonatos: 2.5mg/kg/día, administrar cada 8 horas. Niños: de 2 a 2.5mg, administrar cada 8 horas.</p>	<p>Envase con ampolleta con 2ml.</p>	<p>recomendadas.</p> <p>Neurotoxicidad: Se han observado efectos adversos graves en las ramas vestibular y auditiva del octavo par craneal, en especial, en pacientes con deterioro renal (en particular si requieren diálisis) y en los tratados con altas dosis y/o terapia prolongada. Los síntomas incluyen mareo, vértigo, ataxia, <i>tinnitus</i>, pérdida auditiva, la cual como sucede con otros aminoglucósidos puede ser irreversible. En general, la pérdida auditiva se manifiesta en su inicio con una disminución de la audición de altas frecuencias.</p> <p>Otros factores que pueden aumentar el riesgo de toxicidad, incluyen las dosis excesivas, deshidratación y la exposición previa con otros medicamentos ototóxicos.</p> <p>Se han reportado neuropatía periférica o encefalopatía, incluyendo adormecimiento, hormigueo de la piel, fasciculaciones musculares, convulsiones y un síndrome similar a miastenia gravis.</p> <p>Nota: El riesgo de reacciones tóxicas, es bajo en pacientes con función renal normal que no reciben sulfato de GENTAMICINA inyectable a</p>		
--	--	---	--	---	--	--

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
 ABSCESOS TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

					<p>altas dosis, o por periodos más largos a los recomendados.</p> <p>Otras reacciones adversas reportadas que posiblemente están relacionadas con GENTAMICINA incluyen, depresión respiratoria, letargia, confusión, depresión, alteraciones visuales, disminución del apetito, pérdida de peso, hipotensión e hipertensión, erupciones cutáneas, prurito, urticaria, ardor generalizado, edema laríngeo, reacciones anafilácticas, fiebre y cefalea, náusea, vómito, aumento de salivación y estomatitis; púrpura, seudotumor cerebral, síndrome orgánico cerebral agudo, fibrosis pulmonar, alopecia, dolor de articulaciones, hepatomegalia transitoria y esplenomegalia.</p> <p>Mientras que la tolerancia local del sulfato de GENTAMICINA inyectable es en general excelente, existen reportes, ocasionales, de dolor en el sitio de la inyección. También hay reportes, ocasionales, de atrofia subcutánea o necrosis lipóidica que sugieren irritación local.</p> <p>Se ha reportado evidencia de disfunción del octavo par craneal, cambios en la función renal, calambres en</p>	
--	--	--	--	--	--	--

**DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

					las piernas, erupción cutánea, fiebre, convulsiones, y un aumento en la concentración de proteínas en el líquido cefalorraquídeo en los pacientes tratados de manera concomitante con la inyección intratecal de sulfato de GENTAMICINA y la preparación parenteral de GENTAMICINA.		
010.000.4261.00	Ofloxacina	Oral. Adultos: 400 a 800mg cada 12 horas, durante 7 a 10 días.	TABLETA Cada tableta contiene: Ofloxacina 400mg Envase con 6 tabletas.	Tratamiento de 3 a 6 semanas	Ofloxacina, es generalmente bien tolerada y los escasos efectos indeseables son, leves y transitorios, siendo los más frecuentes los siguientes: Mareos 1%, náuseas 1%, erupciones cutáneas 1%, vómito 0.72%, flebitis 0.50%, insomnio 0.50%, prurito de los genitales femeninos externos 0.29%.	Ofloxacina no induce incrementos en los niveles de teofilina en el suero cuando ambos fármacos se administran simultáneamente, no se han informado casos de interacción con antiinflamatorios no esteroideos, ciclosporina, warfarina. En caso de requerirse antiácidos, administrarse preparados a base de aluminio o magnesio dentro de las dos horas de haber administrado ofloxacina; pueden utilizarse los antiácidos a base de calcio.	OFLOXACINA, como cualquier quinolona, no debe administrarse a pacientes con historia de hipersensibilidad a estos compuestos, ni a menores de 18 años.
010.000.4261.01	Ofloxacina		TABLETA Cada tableta contiene: Ofloxacina 400mg Envase con 8 tabletas.				
010.000.4261.02	Ofloxacina		TABLETA Cada tableta contiene: Ofloxacina 400mg Envase con 12 tabletas.				
010.000.4255.00	Ciprofloxacina	Oral. 250 a 750mg cada 12 horas según el caso.	CÁPSULA O TABLETA Cada cápsula o tableta contiene: Clorhidrato de ciprofloxacino Monohidratado equivalente a 250mg de ciprofloxacino. Envase con 8 cápsulas o tabletas.	7 a 14 días	En general, la ciprofloxacina es bien tolerada, siendo la incidencia de las reacciones adversas graves inferior al 5%. La ciprofloxacina se debe utilizar con precaución en niños de menos dieciséis años, debido a las artralgias que pueden desarrollar, en particular cuando éstas, están asociadas a fibrosis quística.	La ciprofloxacina reduce el aclaramiento hepático de la cafeína y de la teofilina, pudiendo desarrollarse síntomas tóxicos como náuseas/vómitos, nerviosismo, ansiedad, taquicardia o convulsiones. Esta interacción es dosis-dependiente, por lo que los sujetos, que consuman grandes cantidades de café deben prestar particular atención.	La ciprofloxacina no debe ser utilizada en pacientes con hipersensibilidad a las quinolonas. Las fluoroquinolonas producen artropatías cuando se administran a animales inmaduros, lo que hace necesario tomar precauciones cuando se administra en pediatría, aunque la incidencia de artralgias es inferior a 1,5% y éstas desaparecen cuando se discontinúa el tratamiento. Las fluoroquinolonas han sido asociadas a rupturas de
010.000.4258.00	Ciprofloxacina	Oral. Adultos: 250 a 500mg cada 12 horas. Niños: 20mg/kg de peso	SUSPENSIÓN ORAL Cada 5 mililitros contienen: Clorhidrato de ciprofloxacino equivalente a 250mg de		Se han comunicado efectos gastrointestinales hasta en el 10% de los pacientes.	La absorción oral de la ciprofloxacina es afectada por las	

**DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

		corporal cada 12 horas. Dosis máxima 1,500mg.	ciprofloxacino. Envase con microesferas con 5g y envase con diluyente con 93ml.		tratados con ciprofloxacina. Estos consisten en náuseas y vómitos, diarrea y dolor abdominal, siendo más frecuentes en la tercera edad y con las dosis más elevadas. Se han comunicado convulsiones, aumento de la presión intracraneal y psicosis tóxica con todas las quinolonas, incluyendo la ciprofloxacina. También puede ésta ocasionar confusión, depresión, mareos, alucinaciones, temblores y muy raramente, ideas de suicidio, reacciones que pueden aparecer ya después de la primera dosis. En este caso, se debe discontinuar el tratamiento, tomando las medidas adecuadas. Se han documentado varios casos de ruptura del tendón de Aquiles, después del tratamiento con ciprofloxacina. Las reacciones de hipersensibilidad incluyen rash maculopapular, fiebre, eosinofilia y nefritis intersticial. En menos del 1% de los pacientes ocurren reacciones adversas cardiovasculares consistentes en palpitaciones, flutter auricular, contracciones ventriculares prematuras, síncope, infarto de miocardio, parada cardíaca y trombosis	sales de aluminio, calcio, hierro y cinc, en particular si estas se administran en una hora antes de la ciprofloxacina. En particular, la ciprofloxacina forma complejos muy estables con las sales de aluminio que reducen sustancialmente su biodisponibilidad. Aunque se desconoce si el subsalicilato de bismuto interfiere con la absorción de la ciprofloxacina, se recomienda espaciar en 4-5 horas la administración de ambos fármacos. El sucralfato también puede reducir la biodisponibilidad de la ciprofloxacina aunque se desconoce, por el momento, el mecanismo de esta interacción. Aunque en voluntarios sanos la ciprofloxacina disminuye el aclaramiento y aumenta la semi- vida del diazepam, no parece afectar los efectos fármaco dinámicos de este último. En algún caso, se ha comunicado el desarrollo de convulsiones al administrar ciprofloxacina concomitantemente con fosfocarnet, probablemente por un efecto aditivo. El probenecid disminuye en el 50% la secreción renal de ciprofloxacina, con el correspondiente aumento de las concentraciones plasmáticas y de la semi-vida de eliminación. Se ha comunicado un aumento del tiempo de protrombina y del INR en pacientes tratados con	tendones, por lo que se debe discontinuar el tratamiento con ciprofloxacina, tan pronto como aparezca dolor tendinoso. La ciprofloxacina cruza la barrera placentaria y se excreta en la leche materna, no debiendo ser utilizada durante el embarazo o la lactancia. La ciprofloxacina se clasifica dentro de la categoría C de riesgo en el embarazo. Todas las quinolonas, incluyendo la ciprofloxacina deben de ser utilizadas con precaución en pacientes con enfermedades del sistema nervioso central o enfermedades cerebrovasculares, ya que son un factor de riesgo para el desarrollo de convulsiones, rebajando el umbral de aparición de estas. La ciprofloxacina es excretada en su mayoría, por vía renal y debe ser utilizada con precaución en pacientes con insuficiencia renal. En estos sujetos, las dosis deben ser reducidas. No es necesario un reajuste de la dosis en los pacientes de la tercera edad (>65 años) cuya función renal sea normal. La ciprofloxacina debe ser utilizada con precaución en sujetos con enfermedades hepáticas, tales como cirrosis.
010.000.4259.00	Ciprofloxacina	Intravenosa. Adultos: 250 a 750mg cada 12 horas según el caso. Niños: No se recomienda su uso.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada 100ml contiene: Lactato o clorhidrato de Ciprofloxacino equivalente a 200mg de ciprofloxacino. Envase con 100ml.				

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

					<p>cerebral, aunque la relación entre estos eventos y la ciprofloxacina, no es muy clara.</p> <p>En el caso de la ciprofloxacina oftálmica, se han descrito molestias y ardores locales, habiéndose observado depósitos córneos blancos o cristalinos en algunos pacientes con úlceras córneas bacterianas</p>	<p>warfarina y ciprofloxacina, apareciendo la interacción de 2 a 16 días después de iniciar el tratamiento con el antibiótico en pacientes anticoagulados estabilizados. Sin embargo, las dosis de 500mg 2 veces al día de ciprofloxacina, no parecen afectar de forma significativa el tratamiento anticoagulante.</p> <p>La ciprofloxacina parece reducir el aclaramiento hepático de la mexiletina, al parecer mediante la inhibición del sistema enzimático 1A2 del citocromo P 450. Lo mismo puede ocurrir con el alosetrón, que es metabolizado mediante el mismo sistema enzimático, aunque no ha sido estudiada clínicamente la coadministración de ambos fármacos.</p> <p>Las quinolonas y los análogos de la vitamina A, como la tretinoína no deben ser utilizados conjuntamente por el riesgo de una fototoxicidad incrementada.</p>	<p>La ciprofloxacina se debe administrar con precaución en pacientes que presenten deshidratación por la posibilidad de producirse cristaliuria, al concentrarse excesivamente el fármaco en la orina.</p> <p>Pueden presentarse efectos adversos gastrointestinales, en particular en pacientes con colitis, y puede producirse superinfecciones por gérmenes no sensibles. También puede ocurrir candidiasis.</p>
010.000.2042.00	Tinidazol	<p>Oral.</p> <p>Adultos: 2g dosis única.</p> <p>Niños: 50 a 60mg/kg de peso corporal/día.</p>	<p>TABLETA</p> <p>Cada tableta contiene: Tinidazol 500mg</p> <p>Envase con 8 tabletas.</p>	3 a 6 días	<p>Los efectos adversos del tinidazol, normalmente son leves y transitorios. Los más frecuentemente reportados son: alteraciones digestivas, náusea, vómito, alteración del gusto, anorexia, sequedad de la boca, diarrea, dispepsias, dolor abdominal, estreñimiento.</p>	<p>- Alcohol etílico: posible potenciación de la toxicidad, con aparición de reacciones tipo antabús (enrojecimiento de la cara, dolor de cabeza, náuseas y vómitos), por acumulación de acetaldehído, al inhibirse la aldehído deshidrogenasa, por parte del tinidazol.</p> <p>- Cimetidina: posible aumento de los niveles plasmáticos máximos (21%), del área bajo curva (40%) y la semivida plasmática (47%) de tinidazol, con</p>	<p>En pacientes hipersensibles a la sustancia o a otros derivados nitroimidazólicos. En pacientes epilépticos o con lesiones cerebrales, durante el embarazo o cuando se supone su existencia o en la lactancia.</p> <p>En pacientes con discrasias sanguíneas, insuficiencia hepática y/o alcoholismo.</p>

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

						potenciación de su acción y/o toxicidad, por inhibición de su metabolismo hepático. - Rifampicina: posible disminución de los niveles plasmáticos máximos (21%), del área bajo curva (30%) y la semivida plasmática (27%) de tinidazol, con posible inhibición de su efecto, por inducción de su metabolismo hepático.	
	Cefoxitina	<p>IM/IV. Ads.: 1-2g/6-8 hrs. Infección grave: máx. 12g/día dividida en 3-6 dosis. Infección no complicada: 1g/6-8hrs; moderada-grave, IV: 1g/4 horas o 2g/6-8hrs Infección con riesgo vital, IV: 2g/4hrs. o 3g/6hrs. Infección urinaria no complicada: 1g/6-8hrs gonorrea no complicada, IM: 2g, dosis única.</p> <p>I.R.: inicial, 1-2g; mantenimiento según Clcr (ml/min): Clcr 30-50: 1-2g/8-12hrs. Clcr 10-29: 1-2g/12-24hrs. Clcr 5-9: 0,5-1g/12-24hrs; Clcr <5: 0,5-1g/24-48hrs.</p> <p>Niños >3 meses: 80-160mg/kg/día, repartidos en 4-6 dosis iguales. Máx. 12g/día.</p> <p>Profilaxis quirúrgica, ads.: 2g IV ½-1hrs. antes de la intervención, continuar con 2g/6hrs. sin exceder 24hrs tras</p>			<p>Antecedente de hipersensibilidad a β-lactámicos. Riesgo de colitis pseudomembranosa por sobrecrecimiento de C. difficile y proliferación de microorganismos no sensibles. Control hematológico en tto. de más de 7 días. I.R.: ajustar dosis.</p>	<p>Riesgo de nefrotoxicidad con: aminoglucósidos. Secreción tubular disminuida por: probenecid. Lab: falso + en prueba de Coombs y glucosa en orina por métodos de reducción, elevación de creatinina sérica y de 17-hidrocorticosteroides.</p>	<p>Niños <3 meses. Hipersensibilidad a cefalosporinas.</p>

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

		<p>cirugía. Niños >3 meses: 30-40mg/kg IV ½-1h antes de la intervención, continuar con 2g/6hrs,, sin exceder 24hrs. tras cirugía. Cesárea: 2g dosis única IV al ligar cordón umbilical o 3 dosis de 2g, al ligar el cordón y a las 4 y 8hrs. después.</p>					
010.000.1969.00	Azitromicina	<p>Oral. Adultos: 500mg cada 24 horas.</p>	<p>TABLETA Cada tableta contiene: Azitromicina dihidratada equivalente a 500mg de azitromicina Envase con 3 tabletas.</p>		<p>AZITROMICINA es bien tolerada con una baja frecuencia de efectos colaterales. En estudios clínicos, las siguientes reacciones adversas fueron reportadas:</p>	<p>Antiácidos: En un estudio de farmacocinética que investigó los efectos de la administración simultánea de antiácidos con AZITROMICINA, no se observó ningún efecto sobre la biodisponibilidad como tal, aunque la concentración sérica máxima se redujo aproximadamente 25%. Aquellos pacientes que reciban tanto -AZITROMICINA como antiácidos, no deberán tomar estos -medicamentos en forma simultánea.</p>	<p>Está contraindicada en pacientes con antecedentes de reacciones alérgicas a la AZITROMICINA o a cualquiera de los antibióticos macrólidos.</p>
010.000.1969.01	Azitromicina		<p>TABLETA Cada tableta contiene: Azitromicina dihidratada equivalente a 500mg de azitromicina Envase con 4 tabletas.</p>		<p>Desórdenes del sistema sanguíneo y linfático: En los estudios clínicos, ocasionalmente se han observado episodios transitorios de neutropenia leve, aunque no se ha establecido una relación causal con AZITROMICINA.</p> <p>Desórdenes del oído y laberinto: Se ha reportado deterioro auditivo, incluyendo pérdida de la audición, sordera y/o <i>tinnitus</i> en algunos pacientes que reciben AZITROMICINA. Muchos de éstos han sido asociados con el uso prolongado de dosis elevadas en estudios de investigación.</p> <p>En tales casos, cuando la</p>	<p>Cetirizina: En voluntarios sanos, la administración conjunta de AZITROMICINA durante 5 días con cetirizina 20mg no produjo interacciones farmacológicas ni cambios significativos en el intervalo QT.</p> <p>Didanosina: La administración simultánea de dosis diarias de 1,200mg/día de AZITROMICINA con 400mg/día de didanosina en 6 pacientes con VIH, no afectó la farmacocinética de didanosina,</p>	

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

				<p>información de seguimiento estuvo disponible, la mayoría de los eventos fueron reversibles.</p> <p>Desórdenes gastrointestinales: Náusea, vómito, diarrea, heces blandas, malestar abdominal (dolor, cólicos) y flatulencia.</p> <p>Desórdenes hepatobiliares: Alteración de las pruebas de funcionamiento hepático.</p> <p>Desórdenes de la piel y tejido subcutáneo: Reacciones alérgicas incluyendo erupción cutánea y angioedema.</p> <p>En estudios de fase postcomercialización, las siguientes reacciones adversas se han reportado:</p> <p>Desórdenes de infecciones e infestaciones: Moniliasis y vaginitis.</p> <p>Desórdenes del sistema sanguíneo y linfático: Trombocitopenia.</p> <p>Desórdenes del sistema inmunológico: Anafilaxia (rara vez fatal) (véase Precauciones generales).</p> <p>Desórdenes metabólicos y</p>	<p>comparativamente con placebo.</p> <p>Digoxina: Se ha informado que algunos antibióticos macrólidos alteran el metabolismo microbiano de la digoxina en el intestino en ciertos pacientes. Debe tenerse en mente la posibilidad de que la digoxina alcance concentraciones elevadas en pacientes que reciben AZITROMICINA (un antibiótico azálico relacionado con los macrólidos) y digoxina.</p> <p>Zidovudina: La administración de dosis únicas de 1,000mg y de dosis repetidas de 600 ó 1,200mg de AZITROMICINA, tuvo poco efecto en la farmacocinética plasmática o la eliminación urinaria de zidovudina o de su metabolito glucurónido. Sin embargo, la administración de AZITROMICINA aumentó la concentración de zidovudina fosforilada, el metabolito clínicamente activo, en células mononucleares de sangre periférica.</p> <p>Es poco clara la importancia clínica de este hallazgo, pero puede resultar benéfico para los pacientes.</p> <p>AZITROMICINA, no interactúa de modo significativo con el citocromo hepático P-450. Se piensa que no existan interacciones farmacocinéticas, como las observadas con eritromicina y</p>	
--	--	--	--	---	--	--

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

					<p>nutricionales: Anorexia.</p> <p>Desórdenes psiquiátricos: Reacciones agresivas, nerviosismo, agitación y ansiedad.</p> <p>Desórdenes del sistema nervioso: Mareos, convulsiones (observados con otros macrólidos), cefalea, hiperactividad, parestesia, somnolencia, - síncope. Se han reportado casos raros de alteraciones en la percepción del gusto.</p> <p>Desórdenes del oído y laberinto: Vértigo.</p> <p>Desórdenes cardíacos: Se han reportado palpitaciones y arritmias, incluyendo taquicardia ventricular (al igual que con otros macrólidos). Ha habido reportes raros de prolongación QT y <i>torsades de pointes</i>. Una relación causal entre AZITROMICINA y estos efectos no ha sido establecida. (Véase Precauciones generales).</p> <p>Desórdenes vasculares: Hipotensión.</p> <p>Desórdenes gastrointestinales: Vómito/diarrea (rara vez causando deshidratación),</p>	<p>otros macrólidos.</p> <p>La inducción o inactivación del citocromo hepático P-450 no se presenta con AZITROMICINA</p> <p>Ergotamínicos: Debido a la posibilidad teórica de ergotismo, no se recomienda el uso concomitante de AZITROMICINA con los derivados del ergotamínicos (véase Precauciones generales).</p> <p>Se han llevado a cabo estudios farmacocinéticos entre AZITROMICINA y los siguientes medicamentos que se conoce, tienen metabolismo extenso mediado por citocromo P-450.</p> <p>Atorvastatina: La administración conjunta de atorvastatina (10mg/día) y AZITROMICINA (500mg/día), no alteró la concentración plasmática de atorvastatina (basado en una prueba de inhibición de HMG CoA-reductasa).</p> <p>Carbamazepina: En un estudio de interacción farmacocinética en voluntarios sanos, no se observó efecto significativo en los niveles plasmáticos de carbamazepina o su metabolito activo en pacientes que recibían AZITROMICINA en forma concomitante.</p> <p>Cimetidina: En un estudio de farmacocinética, que investigó los</p>
--	--	--	--	--	---	---

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

				<p>dispepsia, constipación, colitis pseudomembranosa, pancreatitis y en raras ocasiones, cambios en la coloración de la lengua.</p> <p>Desórdenes hepatobiliares: Anormalidades en la función hepática incluyendo hepatitis e ictericia colestática, así como raros casos de necrosis e insuficiencia hepática, que rara vez han provocado la muerte. Sin embargo, no se ha establecido una relación causal.</p> <p>Desórdenes de la piel y tejido subcutáneo: Se han presentado reacciones alérgicas, que incluyen prurito, erupción cutánea, fotosensibilidad, edema, urticaria y angioedema.</p> <p>Se han reportado, rara vez, reacciones cutáneas serias, incluyendo eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica.</p> <p>Desórdenes musculoesqueléticos y del tejido conectivo: Artralgia.</p> <p>Desórdenes renales y urinarios: Nefritis intersticial e insuficiencia renal aguda.</p> <p>Desórdenes generales: Se ha</p>	<p>efectos de una dosis única de cimetidina, administrada 2 horas antes que la AZITROMICINA, no se observó ninguna alteración en la farmacocinética de esta última.</p> <p>Anticoagulantes orales del tipo de la cumarina: En un estudio de interacción farmacocinética, la AZITROMICINA no modificó el efecto anticoagulante de una dosis única de 15mg de warfarina, cuando se administró a voluntarios sanos.</p> <p>En los estudios post-comercialización ha habido reportes de potenciación de la anticoagulación a consecuencia de la administración concomitante de AZITROMICINA y anticoagulantes cumarínicos por vía oral. Aunque no se ha demostrado una relación causal; debe tomarse en consideración la frecuencia de monitoreo del tiempo de protrombina cuando AZITROMICINA es usada en pacientes recibiendo anticoagulantes orales comunes.</p> <p>Ciclosporina: En un estudio de farmacocinética en voluntarios sanos a los que se les administró 500mg/día de dosis oral de AZITROMICINA por tres días y después se les administró una dosis única oral de 10mg/kg de ciclosporina, la C_{máx} de ciclosporina resultante y ABC se encontró que fueron significativamente elevados. Por esta causa, debe tenerse</p>	
--	--	--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCEOS TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

					<p>informado astenia, aunque no se ha establecido una reacción causal. También se han reportado fatiga y malestar general.</p> <p>precaución antes de considerar la administración conjunta de estas drogas.</p> <p>Si es necesaria la coadministración, deberán vigilarse los niveles de ciclosporina y ajustarse la dosis de acuerdo con las necesidades.</p> <p>Efavirenz: La administración conjunta de una dosis única de 600mg de AZITROMICINA y 400mg de efavirenz diario por 7 días, no produjo interacciones farmacocinéticas clínicamente significativas.</p> <p>Fluconazol: La administración conjunta de una dosis única de 1,200mg de AZITROMICINA no alteró la farmacocinética de la administración de una dosis única de 800mg de fluconazol. La exposición total y la vida media de AZITROMICINA, permanecieron sin cambios con la administración conjunta de fluconazol, sin embargo, se observó un descenso clínicamente no significativo en $C_{máx}$ (18%) de AZITROMICINA.</p> <p>Indinavir: La administración conjunta de una dosis única de 1,200mg de AZITROMICINA, no tuvo efecto estadísticamente significativo sobre la farmacocinética de indinavir, cuando se administró en dosis de 800mg 3 veces al día</p>
--	--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

					<p>durante 5 días.</p> <p>Metilprednisolona: En un estudio de farmacocinética llevado a cabo en voluntarios sanos, la AZITROMICINA, no tuvo efectos significativos en la farmacocinética de metilprednisolona.</p> <p>Midazolam: En voluntarios sanos, la administración conjunta de AZITROMICINA, 500mg al día durante 3 días, no produjo cambios clínicamente significativos en la farmacocinética y farmacodinámica de una dosis única de 15mg de midazolam.</p> <p>Nelfinavir: La administración conjunta de AZITROMICINA 1,200mg y nelfinavir (750mg 3 veces al día) no produjo efecto clínico significativo. No es necesario realizar ajuste de dosis.</p> <p>Rifabutina: La administración simultánea de AZITROMICINA y de rifabutina, no modifica las concentraciones séricas de ninguno de los medicamentos. Se ha observado neutropenia en pacientes a los que concomitantemente se les administra AZITROMICINA y rifabutina; en esta combinación, no se ha encontrado una relación causal con AZITROMICINA (véase</p>	
--	--	--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

					<p>Reacciones secundarias).</p> <p>Sildenafil: En voluntarios sanos, no hubo evidencia de efecto de AZITROMICINA (500mg al día por 3 días) sobre el ABC y C_{máx} de sildenafil o de su principal metabolito circulante.</p> <p>Teofilina: No hay evidencia de interacción farmacocinética, cuando se administran en forma conjunta AZITROMICINA y teofilina a voluntarios sanos.</p> <p>Terfenadina: Estudios de farmacocinética no han informado evidencia de interacción entre AZITROMICINA y terfenadina.</p> <p>Ha habido raros casos reportados, donde la posibilidad de tal interacción podría no estar totalmente excluida; sin embargo, no hay evidencia específica de que esta interacción no haya ocurrido.</p> <p>Triazolam: En 14 voluntarios sanos, la administración conjunta de AZITROMICINA, 500mg en el día 1 y 250mg en el día 2, con 0.125mg de triazolam en el día 2, no tuvo efecto significativo en ninguna de las variables farmacocinéticas de triazolam, en comparación con triazolam y</p>	
--	--	--	--	--	---	--

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
 ABSCESOS TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

						<p>placebo.</p> <p>Trimetoprim y sulfametoxazol: La administración conjunta de trimetoprim y sulfametoxazol (160mg/800mg) durante 7 días con AZITROMICINA 1,200mg en el día 7, no tuvo efecto significativo en las concentraciones pico, exposición total o excreción urinaria de trimetoprim y sulfametoxazol.</p> <p>Las concentraciones séricas de AZITROMICINA fueron similares a las observadas en otros estudios</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

5.5 CUADROS

Diagnóstico diferencial de masas anexiales:

Causas ginecológicas

- Benignas
 - Quiste funcional
 - Leiomiomas
 - Endometrioma
 - Absceso tubo-ovárico
 - Embarazo ectópico
 - Teratoma maduro
 - Cistadenoma seroso
 - Cistadenoma mucinoso
 - Cáncer de mama
 - Hidrosalpinx
- Malignas
 - Tumor de células germinales
 - Tumor del estroma
 - Carcinoma epitelial

Causas no ginecológicas

- Benignas
 - Absceso diverticular
 - Absceso apendicular o mucocele
 - Tumores de la vaina nerviosa
 - Divertículo ureteral
 - Riñón pélvico
 - Quistes paratubarios
 - Divertículo de vejiga
- Malignas
 - Cánceres gastrointestinales
 - Sarcomas retroperitoneales
 - Metástasis

6. GLOSARIO

Absceso: Un absceso es una infección e inflamación del tejido del organismo caracterizado por la hinchazón y la acumulación de pus. Puede ser externo y visible, sobre la piel o bien interno. Cuando se encuentra supurado se denomina apostema.

Anexectomía: Extirpación de los anexos uterinos.

Anexial: Relativo a los anexos uterinos (Trompas de Falopio y ovarios)

Cistoscopia: La cistoscopia es una exploración endoscópica que introduce un tubo delgado a través del meato uretral, accediendo a la uretra y vejiga urinaria. Este tubo o cistoscopio lleva incorporada una cámara de vídeo, de reducido tamaño, con una potente luz para visualizar el interior de la uretra y de la vejiga urinaria. A través de la cistoscopia se pueden realizar resecciones de lesiones dentro de la uretra o vejiga y tomar biopsias para un diagnóstico histológico.

Clamidia: Infección por *Chlamydia trachomatis* del tracto genital o del recto.

Distrés: Estrés negativo.

Ectópico: Un embarazo ectópico (del g. ἐκ, "fuera", y τόπος, "lugar") es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocito, se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en las Trompas de Falopio (lo más frecuente) o en el ovario, o en el canal cervical, o en la cavidad pélvica, o en la abdominal. Cuando el embarazo ocurre en el endometrio del útero, se le conoce como embarazo eutópico. El embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que lleva a la muerte fetal, y es la principal causa de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre del embarazo.

Endometriosis: La endometriosis consiste en la aparición y crecimiento de tejido endometrial fuera del útero, sobre todo en la cavidad pélvica como en los ovarios, detrás del útero, en los ligamentos uterinos, en la vejiga urinaria o en el intestino. Es menos frecuente que la endometriosis aparezca fuera del abdomen, como en los pulmones o en otras partes del cuerpo.

Gonorrea: La gonorrea, también denominada blenorragia, blenorrea y uretritis gonocócica, es una infección de transmisión sexual provocada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* o gonococo.

Intravaginal: Procedimiento que se realiza dentro de la vagina.

Notificación a la pareja: Proceso de identificar e informar a las parejas sexuales de las personas con infección de transmisión sexual para que puedan asistir a pruebas y tratamientos.

Pielonefritis: La pielonefritis o infección urinaria alta, es una infección de las vías urinarias que ha alcanzado la pelvis renal. Normalmente, los microorganismos ascienden desde la vejiga hasta el parénquima renal.

Salpingitis: Inflamación aislada de las Trompas de Falopio.

Transvaginal: Procedimiento realizado a través de la vagina.

Tubárico: Relativo a las Trompas de Falopio.

Vaginitis: La vaginitis es un proceso inflamatorio de la mucosa vaginal, que por lo general, suele acompañarse de un aumento en la secreción vaginal. Dicha inflamación es causada, principalmente, por la alteración del equilibrio de la flora vaginal habitual, que está presente en la vagina y cuya función es la de regular el pH vaginal y con ello la presencia de bacterias y otros microorganismos en el epitelio vaginal. La etiología más frecuente de este tipo de inflamación es la infecciosa y los síntomas más frecuentes el aumento de la secreción o flujo vaginal intenso (leucorrea) y el prurito genital.

Vaginosis: La vaginosis bacteriana (VB) es la causa más común de infección vaginal (vaginitis).

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Anteby EY, Rahav G, Hanoch J et al. Ultrasound-Guided Transvaginal Aspiration in the Management of *Actinomyces* pelvic abscess. Obstetrical Case Report. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology, 1996; 4:298-300
2. Chronic pelvic pain. ACOG Practice Bulletin No. 51. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2004;103:589-605
3. Costa Ribas C, Louro González A, Casariego Vales E. Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Costa Ribas C et al 2011 2011
4. Crossman SH. The Challenge of pelvic Inflammatory Disease. American Family Physician, 2006; 73(5):859-864 www.aafp.org/afp
5. Goharkhay N, Verma U, Maggiorotto F. Comparison of CT-or ultrasound-guided drainage with concomitant intravenous antibiotic vs. intravenous antibiotic alone in the management of tubo-ovarian abscess. Ultrasound Obstet Gynecol 2007;29:65-69 www.interscience.wiley.com
6. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. Best practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 23 (2009) 667-678 www.elsevier.com/locate/bpobgyn
7. Guerrero BR, De Anda AL. Dolor pélvico en ginecología. Foro de Investigación y tratamiento del dolor para la comunidad médica. Intramed, 2006. <http://www.intramed.net/UserFiles/dolorpel.pdf>
8. Hay P. National Guideline for the management of Bacterial Vaginosis. British Association for Sexual Health and HIV, 2006.
9. Jarrell JF, Vilos GA. Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain. SOGC Clinical Practice Guidelines No. 164. J Obstet Gynaecol Can 2005;27(8):781-801
10. Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J, Vilos G. Hysterectomy. SOGC Clinical Practice Guidelines No. 109. J Obstet Gynaecol Can 2002;24(1):37-48
11. Management of adnexal masses. ACOG Practice Bulletin No. 83. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2007;110::201-14
12. Osborne NG. Tubo-ovarian Abscess: Pathogenesis and Management. Journal of the national Medical Association, 1986;78(10):937-951
13. Rosen M, Breitkopf D, Waud K. Tubo-ovarian Abscess Management Options for Women Who Desire Fertility. CME Review Article 29. Obstetrical and Gynecological Survey, 2009;64:681-689 www.obgynsurvey.com
14. Ross J. United Kingdom National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease. Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV, 2005
15. Ross J, Judlin P, Nilas L. European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease. International Journal of STD & AIDS 2007;18:662-666
16. Ross J, Stewart P. Management of Acute Pelvic Inflammatory Disease. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Green-top Guideline No. 32, 2008 www.rcog.org.uk
17. Saokar A, Arellano R, Gervais D, Mueller P, Hahn P, Lee S. Transvaginal Drainage of pelvic Fluid Collections: Results, Expectations, and Experience. AJR women imaging. American Roentgen Ray Society. AJR2008;191:1325-1358

18. SIGN/NHS. Management of genital *Chlamydia trachomatis* infection. A national clinical guideline 109. SIGN 2009;109:1-41 www.sign.ac.uk
19. Treatment of urinary tract infections in nonpregnant women. ACOG Practice Bulletin No. 91. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2008; 111: 785-94

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del Instituto de Salud del Estado de Chiapas, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía, asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Departamento de Calidad y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades que participaron en los procesos de validación interna, revisión, validación externa y verificación su valiosa colaboración en los diferentes procesos de validación de esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Juan Manuel Alvisua Ponce	Director de Integración de Guías de Práctica Clínica
Dra. Selene Martínez Aldana	Subdirectora de Guías de Práctica Clínica
Dr. Pedro Nieves Hernández	Subdirector de Gestión de Guías de Práctica Clínica
Dra. Sandra Danahe Díaz Franco	Departamento de Validación y Normatividad de GPC
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	Departamento de Apoyo Científico para GPC
Lic. J. Ulises San Miguel Medina	Departamento de Coordinación de Centros de Desarrollo de GPC
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Dr. Jesús Ojino Sosa García	Coordinador de guías de medicina interna
Dr. Arturo Ramírez Rivera	Coordinador de guías de pediatría
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinadora de guías de gineco-obstetricia
Lic. Alonso Max Chagoya Álvarez	Investigación documental
Dra. Gilda Morales Peña	Coordinación de Información
Lic. Luis Manuel Hernández Rojas	Revisión Editorial

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud.

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg.

Secretario de Salud.

Instituto Mexicano del Seguro

Social / IMSS.

Mtro. Daniel Karam Toumeh.

Director General.

Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales para los Trabajadores del

Estado / ISSSTE.

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo.

Director General.

Sistema Nacional para el Desarrollo

Integral de la Familia / DIF.

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín.

Titular del organismo SNDIF.

Petróleos Mexicanos / PEMEX.

Dr. Juan José Suárez Coppel.

Director General.

Secretaría de Marina.

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.

Secretario de Marina.

Secretaría de la Defensa Nacional.

General Guillermo Galván Galván.

Secretario de la Defensa Nacional.

Consejo de Salubridad General.

Dr. Enrique Ruelas Barajas.

Secretario del Consejo de Salubridad General.

Directorio del centro desarrollador

Instituto de Salud del Estado de Chiapas:

Dr. James Gómez Montes.

Secretario de Salud

Dra. Zandra Luz Pascacio Martínez

Secretaria Particular

Lic. Salvador Alonso Ruiz García.

Secretario Técnico

Dr. Luis Gerardo Ruiz Carrillo.

Director de Innovación y Calidad de la Atención Médica

Dr. José Luis Mendoza Mérida.

Subdirector de Educación en Salud

Dr. Luis Ángel Terán Ortiz.

Jefe del Departamento de Enlace Científico y Académico

Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra.

Responsable Estatal de Guías de Práctica Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidente
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Pablo Kuri Morales Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. David García Junco Machado Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernandez Vega AlbaFull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. José Meljem Moctezuma Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Francisco Hernández Torres Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidenta Ejecutiva de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dra. Sara Cartés Bargalló Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS
ABSCESES TUBO-OVÁRICOS EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Dr. Sigfrido Rangel Fraustro
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud

Asesor Permanente