

# Algoritmo de manejo ambulatorio de Infecciones ginecológicas



Ministerio de Salud  
Argentina

**Presidente de la Nación**

Alberto Fernández

**Ministra de Salud**

Carla Vizzotti

**Secretaria de Acceso a la Salud**

Sandra Tirado

**Secretario de Calidad en Salud**

Alejandro Federico Collia

**Subsecretario de Estrategias Sanitarias**

Juan Manuel Castelli

**Subsecretario de Calidad, Regulación y Fiscalización**

Claudio Antonio Ortiz

**Directora Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles**

Teresa Stella

**Directora Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria**

María Teresita Ithurburu

**Director de Mejoramiento de la Calidad y Seguridad del Paciente**

Mariano José Fernández Lerena

**Coordinadora de Uso Apropiado de Antimicrobianos y Comisión Nacional de Control de la Resistencia Antimicrobiana (CoNaCRA)**

Laura Barcelona

### **Autores\***

Dra Laura Barcelona

Dra Romina Musante

Lic. Laura Alonso

Dra Paula Rodríguez Iantorno

Dra Betiana Guidetto

Dr Nicolas Laserre

### **Revisores Internos**

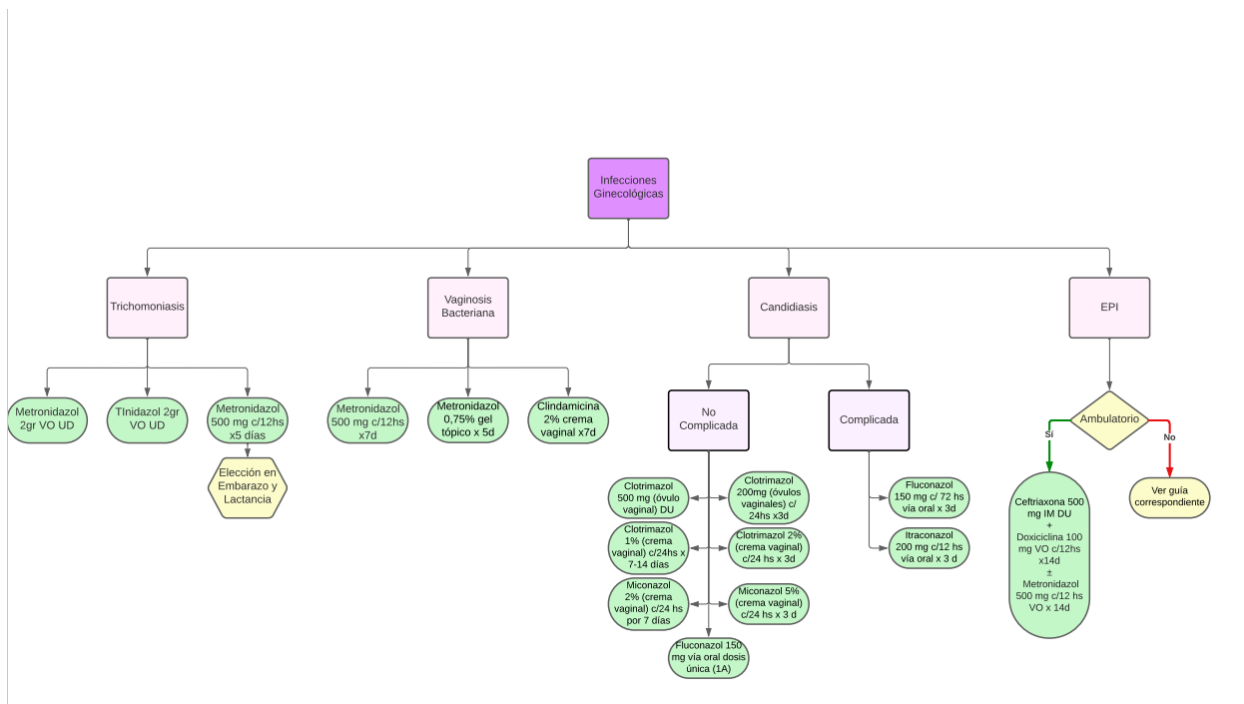
Dra Teresa Strella (Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles)

Dr Jesús Fumagalli (Consultor Técnico de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias)

### **Revisor Externo**

Comisión de Uso Adecuado de Recursos (Sociedad Argentina de Infectología)

\*Los autores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este documento.



El presente algoritmo, dirigido al primer nivel de atención de salud, pretende orientar el diagnóstico y el uso adecuado de los antimicrobianos a fin de mitigar el impacto de la carga de enfermedad asociada a las infecciones ginecológicas y de la Resistencia Antimicrobiana (RAM).

## Trichomonas vaginalis

### Introducción

La tricomoniasis es la infección sexual no viral más frecuente que se presenta principalmente de forma asintomática. *Trichomonas vaginalis* es un parásito flagelado anaerobio extracelular que se caracteriza por infectar el epitelio escamoso del tracto genital bajo femenino y además, la uretra y próstata.

Se transmite únicamente por vía sexual con un periodo de incubación de 4 a 28 días. Se calcula que el 30% de personas con vagina diagnosticadas asintomáticas presentaran síntomas en los próximos 6 meses [1]. Los síntomas más frecuentes son flujo vaginal verdoso o amarillento, prurito vulvar, irritación, disuria y dolor abdominal. Las personas no tratadas pueden evolucionar a enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), y en las personas gestantes puede generar parto prematuro y bajo peso al nacer. Además, existe transmisión al recién nacido al momento del parto vaginal con riesgo de neumonía neonatal. [2]

### Escenario epidemiológico local, regional y global

Se estima que a nivel mundial la tricomoniasis afecta al 8% de las personas con vagina, con una incidencia aproximada de 276,4 millones de casos por año [5]. Al igual que otras infecciones de transmisión sexual, es más frecuente en el rango etario de 15 a 35 años. Suele

ser más prevalente en países subdesarrollados, siendo mayor en África y América, y actualmente se encuentra en descenso en los países desarrollados. Se estima que en Estados Unidos 3.7 millones de personas presentan infección por *T. vaginalis*. En el año 2012 se diagnosticaron 13,8 millones de nuevos casos de tricomoniasis en personas con vagina y 13,6 millones de nuevos casos en la región de las Américas [3]. La prevalencia es mayor en mujeres con VIH comparada con aquellas que no tienen diagnóstico de VIH. [5]  
La resistencia de *T. vaginalis* al metronidazol es infrecuente, menor al 5% y la resistencia al tinidazol es del 1%. [4] [5]

## Diagnóstico

Existen diferentes métodos útiles para el diagnóstico:

- Examen microscópico en fresco: Requiere muestra de exudado vaginal en solución fisiológica. Se observa la movilidad del parásito y tiene una sensibilidad del 45-60% [2]. Se trata de una prueba rápida y poco costosa de realizar, aunque requiere personal capacitado. Además, se sugiere procesar la muestra en las primeras horas ya que *T. vaginalis* pierde movilidad con el tiempo.
- Cultivo de exudado vaginal: Sensibilidad del 75% al 96% y especificidad del 100%. No está disponible en todos los centros y el tiempo promedio de cultivo es de 7 días. Como ventaja, este método permite realizar pruebas de sensibilidad antibiótica. [5]
- Detección molecular: Se realiza amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) o PCR en muestra de exudado vaginal o primer chorro de orina con una sensibilidad del 88%-97% y especificidad de 99%. [2]
- Pruebas rápidas: Actualmente se comercializan pruebas rápidas para realizar en el sitio de atención. Presenta como ventaja que no requiere personal capacitado en comparación con la microscopía y el cultivo. Se encuentran aprobadas dos pruebas OSOM y AFFIRM VP11, las cuales se realizan en secreción vaginal con una sensibilidad de 83% y especificidad del 98%. [2][5] El resultado se obtiene a los 10-45 minutos.

## Tratamiento

<b>Tratamiento de elección</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metronidazol 2 gr vía oral única dosis (1A)</li> <li>• Tinidazol 2 gr vía oral dosis única (1A)</li> <li>• Metronidazol 500 mg c/12 horas vía oral por 5 días (1A)</li> </ul>
<b>Tratamiento en caso de fallo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si inicialmente se indicó metronidazol dosis única, administrar tinidazol dosis única o metronidazol 500 mg c/12 horas vía oral por 5 días. (1C)</li> <li>• Si inicialmente se indicó tinidazol dosis única, administrar metronidazol 500 mg c/12 horas vía oral por 5 días. (1C)</li> </ul>
<b>Tratamiento en la embañazada:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metronidazol 2 gr vía oral dosis única (1C)</li> </ul>
<b>Tratamiento durante la lactancia:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metronidazol 2 gr vía oral dosis única, suspender la lactancia por 24 horas posteriores a la dosis por el pasaje a leche materna. (1C)</li> <li>• Tinidazol 2 gr vía oral dosis única, suspender la lactancia por 72 horas posteriores a la dosis. (1C)</li> </ul>
<b>Tratamiento en mujeres con VIH</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metronidazol 500 mg c/12 horas vía oral por 7 días. (1A)</li> </ul>

**PRECAUCIÓN:** Se sugiere indicar abstinencia de alcohol por 48 horas luego de la ingesta de metronidazol o tinidazol por el efecto antabus.

Ante la falla de tratamiento, indicar un nuevo tratamiento según lo mencionado previamente y descartar la posibilidad de reinfección; interrogar sobre tratamiento de parejas sexuales. En caso de presentar nuevo episodio de fallo la sugerencia es realizar cultivo y antibiograma para descartar resistencia a metronidazol o tinidazol. Se sugiere realizar control clínico a las personas con diagnóstico de tricomoniasis a los 3 meses del tratamiento.

**ATENCIÓN:** En todas las personas con diagnóstico de tricomoniasis se sugiere investigar la existencia de otras infecciones de transmisión sexual.

## Manejo de contactos

Se sugiere el tratamiento a todos contactos sexuales, presenten síntomas o no.  
 Tratamiento: Tinidazol 2 gr vía oral dosis única o Metronidazol 500 mg c/12 horas por 7 días.  
 [1][2]

**SUGERENCIA:** La consulta médica sobre una ITS es una oportunidad de vacunación. Revisar Calendario Nacional de Vacunación. Indagar sobre el antecedente de vacunación contra Hepatitis B (eventualmente A y HPV) e indicar vacunación según corresponda.

## Vaginosis bacteriana

### Introducción

La vaginosis bacteriana se considera una disbacteriosis de la microbiota vaginal, *Lactobacillus* es la especie predominante en la flora vaginal, su producción de peróxido de hidrógeno es fundamental para mantener un pH ácido, protegiendo el aparato reproductor femenino de otras infecciones; la vaginosis bacteriana se desarrolla al producirse una disminución de *Lactobacillus*, con consecuente aumento del pH vaginal y sobre desarrollo de anaerobios. [6] Es de etiología polimicrobiana y los microorganismos involucrados con mayor frecuencia incluyen *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella spp*, *Porphyromonas spp*, *Bacteroides spp*, *Peptostreptococcus spp*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mobiluncus spp*, *Fusobacterium spp*, *Atopobium vaginae*. [7] Es más frecuente en las personas con vagina en edad reproductiva, aunque no se considera una infección de transmisión sexual. Dentro de los factores de riesgo asociados con el desarrollo de esta entidad son edad reproductiva, raza negra, tabaquismo, uso de dispositivo intrauterino, ducha vaginal, cunnilingus, cambio de pareja sexual, personas con vagina que tienen sexo con otras personas con vagina. [1][2]

Se manifiesta principalmente con flujo vaginal maloliente, pudiendo estar asociado a prurito, eritema vulgar o disuria. Hasta un 50% pueden presentar vaginosis bacteriana asintomática. Las personas con vaginosis bacteriana sintomática tienen mayor riesgo de recaídas.

La importancia del diagnóstico y tratamiento de la vaginosis bacteriana es su asociación con la enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones post operatorias, lesiones intraepiteliales del tracto genital y por facilitar la transmisión del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual [2]. En las personas gestantes se ha asociado con aborto, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis e infecciones puerperales. [6]

### Escenario epidemiológico local, regional y global

La vaginosis bacteriana es una de las causas más frecuentes de las consultas a servicios ginecológicos a nivel mundial, principalmente en personas en edad fértil y sexualmente activas. A nivel mundial la mayor prevalencia se encuentra en el África Subsahariana, principalmente en las regiones con mayor incidencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Se estima que en Estados Unidos el 30% de las personas con vagina presentan vaginosis bacteriana [8] con tasa de recurrencia del 58%; con respecto a Latinoamérica, en Chile y Brasil reportan una prevalencia del 30-32% [9] y un estudio en Lima, Perú, reportó una prevalencia de 23%. [10]. En Argentina, un estudio realizado en el subsector público del gran Buenos Aires arrojó una incidencia del 17,8% en adolescentes y del 23,8% en personas adultas [12].

## Diagnóstico

Para el diagnóstico se utilizan los criterios de Amsel, de los cuales son necesarios la presencia de al menos tres para establecer el diagnóstico con una sensibilidad del 92%. [11]. Son pruebas sencillas de realizar y de bajo costo.

Criterios de Amsel
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flujo homogéneo</li> <li>• PH&gt;4.5</li> <li>• Prueba de aminas positiva (Fishy odor al agregado de hidróxido de potasio al 10%)</li> <li>• Presencia de "Clue Cells"</li> </ul>

Se pueden tener en cuenta otros parámetros que no forman parte de los criterios de Amsel, como la ausencia de respuesta inflamatoria demostrable por la ausencia o la existencia de un número reducido de leucocitos polimorfonucleares en el extendido vaginal (<de 10 por campo. de 400x); o el desarrollo de *Gardnerella vaginalis* en cultivo, que se encuentra en más del 95% de las personas con vaginosis bacterianas. [1]

## Tratamiento

Se sugiere indicar tratamiento a todas las personas sintomáticas y a las personas gestantes debido al riesgo de presentar complicaciones obstétricas. No hay diferencia respecto de la eficacia de los tratamientos tópicos en comparación con los orales [2]. El rol del tratamiento en las personas asintomáticas es controversial.

Tratamiento de elección
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metronidazol 500 mg c/12 horas vía oral por 7 días (1A)</li> <li>• Metronidazol 0,75% gel tópico por 5 días (1A)</li> <li>• Clindamicina 2% crema vaginal por 7 días (1A)</li> </ul>
Tratamiento alternativo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clindamicina 300 mg c/12 horas vía oral por 7 días (1C)</li> <li>• Clindamicina 100 mg óvulos intravaginal por 3 días (1C)</li> <li>• Tinidazol 2 gramos c/24 horas vía oral por 3 días (1C)</li> </ul>

## Manejo de contactos

El tratamiento de los contactos sexuales no disminuye el riesgo de vaginosis bacteriana recurrente por lo que no se sugiere su indicación.[2]



## Vaginosis bacteriana recurrente

La recurrencia de la vaginosis bacteriana se produce en el 30% de las personas al mes y el 80% a los 9 meses, siendo más frecuente en personas adultas y en raza negra [1]. En caso de presentar nuevo episodio se sugiere indicar nuevamente el tratamiento y evaluar los factores de riesgo. Se sugiere realizar control clínico al mes de instaurado el tratamiento.

**ATENCIÓN:** en todas las personas con diagnóstico de vaginosis bacteriana se sugiere realizar testeo para Vih y otras infecciones de transmisión sexual.

## Candidiasis vulvovaginal

### Introducción

La candidiasis vulvovaginal es una consulta habitual en la práctica clínica, siendo una de las infecciones más frecuentes en las personas en edad reproductiva. Puede encontrarse *Cándida* en el 10% al 20% de las personas sanas. Para el desarrollo de Candidiasis vulvovaginal no es necesario tener un factor de riesgo predisponente, aunque se han identificado algunas situaciones que se asocian con mayor frecuencia de aparición como:[1]

- Diabetes mellitus
- Uso de antibióticos de amplio espectro
- Embarazo
- Terapia de reemplazo hormonal
- Inmunosupresión
- Práctica sexual orogenital
- Estrés

Suele presentarse con prurito vulvar, dolor o quemazón, descarga vaginal blanquecina, grumosa, inolora, adherente, con eritema, edema vulvar y vaginal, excoriaciones, fisuras vulvares, disuria y/o dispareunia. En aquellas personas que presentan episodios recurrentes se pueden manifestar cuadros de depresión y ansiedad.

El 80% presentará un cuadro no complicado, mientras que el 15-20% serán clasificadas como Candidiasis vulvovaginal complicada [2]. Se consideran complicadas cuando se presenta en personas con inmunocompromiso, episodios recurrentes, formas clínicas severas o desarrollo de *Candida* no albicans.

NO COMPLICADA	COMPLICADA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primer episodio o esporádico</li> <li>• Síntomas leves a moderados</li> <li>• <i>Cándida albicans</i></li> <li>• Sin inmunocompromiso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episodio recurrente</li> <li>• Síntomas severos</li> <li>• <i>Cándida</i> no albicans</li> <li>• Inmunocompromiso incluyendo diabetes mellitus, Vih, uso de corticoides sistémicos</li> </ul>

La candidiasis vulvovaginal recurrente se define como la presentación de 4 episodios o más en un año.

### Escenario epidemiológico local, regional y global

El género *Cándida* se encuentra como flora normal en el 20% de las personas con vagina. Se estima que el 70-75% de las personas presentará un episodio de candidiasis vaginal en su vida, principalmente en la edad fértil [1][2], de ellas el 40-45% presentará un segundo episodio [2]; y solo del 4-10% presentará candidiasis vulvovaginal recurrente. Su prevalencia e incidencia son difíciles de estimar debido a que no es un evento de notificación obligatoria (ENO). *Candida albicans* es la especie más frecuente y responsable del 80% al 90% de los casos de candidiasis vulvovaginal, seguido de *C. glabrata*. Otras especies con menor frecuencia son *C. cruzei*, *C. tropicalis* y *C. subtropicalis*. [2][7]

### Diagnóstico

El diagnóstico se establece por las características clínicas. Se puede realizar examen microscópico directo con la presencia de levaduras y/o pseudohifas luego del agregado de hidróxido de potasio al 10%; o el desarrollo de *Cándida* en cultivo. El pH vaginal es normal (4.0-4.5), lo cual lo diferencia de la vaginosis bacteriana, que suele presentarse con pH elevado [1][2]

El desarrollo de *Candida* en cultivo de personas asintomáticas no debe considerarse como diagnóstico de candidiasis vulvovaginal por lo que no debe recibir tratamiento [2]

**IMPORTANTE:** En el caso de candidiasis vulvovaginal complicada, se sugiere solicitar cultivo con antibiograma en búsqueda de *Candida* no albicans y descartar resistencia.

### Tratamiento

El tratamiento indicado depende si es clasificada como complicada o no complicada. Para las personas con candidiasis vulvovaginal no complicada el tratamiento tópico y el oral en dosis única tiene la misma eficacia [1]; en las personas con infecciones complicadas se sugiere realizar tratamientos más prolongados de 7 a 14 días. [2]

#### Tratamiento de elección de Candidiasis no complicada

- Clotrimazol 500 mg (óvulo vaginal) dosis única. (1A)
- Clotrimazol 200 mg (óvulos vaginales) c/ 24 hs por 3 días. (1A)
- Clotrimazol 1% (crema vaginal) c/24 hs por 7-14 días. (1A)
- Clotrimazol 2% (crema vaginal) c/24 hs por 3 días (1A)
- Miconazol 2% (crema vaginal) c/24 hs por 7 días (1A)
- Miconazol 5% (crema vaginal) c/24 hs por 3 días (1A)
- Fluconazol 150 mg vía oral dosis única (1A)

<b>Tratamiento de Candidiasis complicada</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluconazol 150 mg c/ 72 hs vía oral por 3 dosis (1B)</li> <li>• Itraconazol 200 mg c/12 hs vía oral por 3 días (1B)</li> </ul>
<b>Tratamiento Candidiasis recurrente.</b>
<p>Inducción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluconazol 150 mg c/ 72 hs vía oral por 3 dosis (1B)</li> <li>• Itraconazol 200 mg c/12 hs vía oral por 3 días (1B)</li> </ul> <p>Mantenimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluconazol 150 mg vía oral una vez por semana durante 6 meses (1B)</li> <li>• Itraconazol 100-200 mg/día durante 6 meses (1B)</li> </ul>
<b>Tratamiento Cándida glabrata o Cándida krusei</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido bórico (cápsulas vaginales 600 mg) 1 x día durante 14 días (1C)</li> <li>• Nistatina (tabletas vaginales 100.000 unidades) 1 x día durante 14 días (1C)</li> </ul>

### Manejo de los contactos

Debido a que no es considerada una infección de transmisión sexual no está recomendado el tratamiento de las parejas sexuales [2]. En los casos de episodios recurrentes la indicación es controvertida. Si la pareja sexual tiene síntomas se sugiere el tratamiento.[7]

### Resumen diagnóstico [13]

<b>Personas con exudado vaginal</b>			
	pH vaginal	Exudado	Test de aminas
Vaginosis bacteriana	>4,5	Grisáceo homogéneo	Positivo
Trichomonas vaginalis	>4.5	Amarillento espumoso	Positivo/Negativo
Candidiasis vulvovaginal	=/< 4.5	Blanquecino con grumos	Negativo

## Enfermedad Pélvica Inflamatoria

### Introducción

La EPI es una infección del tracto genital femenino superior incluyendo cuello del útero, endometrio, trompas de Falopio, ovarios, tejidos blandos adyacentes y peritoneo. Es de etiología polimicrobiana siendo su principal fisiopatología la vía ascendente debido a una infección o colonización del tracto genital inferior, seguido por complicaciones de maniobras gineco-obstétricas como son biopsia del endometrio, legrados, DIU, histeroscopia. Menos frecuente, la vía hematogena en el caso de infección por *Mycobacterium tuberculosis*. [1][2]

### Factores de riesgo:

- Infecciones de transmisión sexual
- Edad temprana de inicio de la actividad sexual
- Múltiples parejas sexuales
- Ducha vaginal
- DIU (mayor riesgo durante el primer mes de colocación)
- Aborto
- Histerosalpingografía
- Instrumentación del útero
- Fertilización asistida
- EPI previa
- Bajo nivel socioeconómico
- Vaginosis bacteriana

Según el tiempo de evolución se pueden clasificar en aguda (menos de 30 días) y subagudas o crónicas (más de 30 días). La etiología varía según esta clasificación. [1]

EPI Aguda	EPI subaguda	EPI crónica
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Mycoplasma genitalium</i> <i>Peptostreptococcus spp.</i> <i>Bacteroides spp.</i> <i>Atopobium spp.</i> <i>Leptotrichia spp.</i> <i>M. hominis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i> <i>Clostridium spp.</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> Estreptococo Grupo A <i>E. coli</i> <i>Bacteroides fragilis</i> Estreptococo Grupo B <i>Campylobacter spp.</i>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Actinomyces spp.</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i>

Se presenta principalmente con dolor abdominal y exudado inflamatorio por el orificio cervical externo con flujo genital anormal, algunas personas presentan sangrado vaginal. Además, pueden manifestar disuria o dispareunia y según su extensión puede manifestarse con signos sistémicos como fiebre, o reacción peritoneal. [14]

Al examen físico, las personas con EPI pueden presentar signo de Frenkel, de alto valor predictivo positivo. Se caracteriza como el dolor a la movilización de cuello uterino durante la palpación bimanual y sensibilidad aumentada al tacto del fondo de saco posterior. Las formas oligosintomáticas exigen un mayor nivel de sospecha clínica. [1]

Las personas con EPI pueden presentar complicaciones como absceso tuboovárico, ruptura a cavidad con peritonitis, perihepatitis, con secuelas posteriores como estenosis tubaria con aumento de riesgo de embarazo ectópico y esterilidad. En personas gestantes pueden producir parto pretérmino. [14]

#### **Clasificación evolutiva:**

- Estadio I: Endometritis y/o salpingitis sin reacción peritoneal.
- Estadio II: Salpingitis con reacción peritoneal sin masas anexiales.
- Estadio III: Absceso tubo-ovárico o central del ovario.
- Estadio IV: Peritonitis difusa.

### **Escenario epidemiológico local, regional y global**

La incidencia de la enfermedad pélvica inflamatoria en países industrializados se encuentra en aumento, afectando principalmente a personas jóvenes en edad fértil. La organización mundial de la salud (OMS) estima que se producen 448 millones de infecciones de transmisión sexual por año a nivel mundial con el consecuente riesgo de desarrollar EPI, [15] con una tasa en países desarrollados de 10-20 casos cada 1000 personas en edad reproductiva. En Estados Unidos se reportan 1 millón de casos al año. Se estima que del 10% al 40% de las personas con Cervicitis por Chlamydia trachomatis no tratada puede evolucionar a enfermedad pélvica inflamatoria. [16].

### **Diagnóstico**

El diagnóstico es principalmente clínico. En personas con sospecha de infección grave o complicaciones se solicitará hemograma completo, PCR, ERS y estudios por imágenes (ecografía transvaginal o resonancia magnética) con el fin de descartar absceso tuboovárico.

Se sugiere en todos los casos realizar diagnóstico microbiológico por medio de especuloscopia, con toma de muestras de exudado [1]; una muestra para tinción de gram, giemsa y recuento de leucocitos para evidenciar la respuesta inflamatoria; otra muestra para cultivo de gonococo y última muestra para métodos moleculares en búsqueda de Chlamydia trachomatis y Mycoplasma genitalium por métodos moleculares como NAAT o PCR.

Una muestra no inflamatoria tiene un valor predictivo negativo para EPI mayor del 95%. [1][14]

En caso de no poder realizarse especuloscopia, se puede realizar toma de muestra por hisopado vaginal, la cual presenta menor sensibilidad y especificidad. [1]

**IMPORTANTE:** En toda persona con sospecha de EPI se sugiere descartar otras infecciones de transmisión sexual.

**IMPORTANTE:** Se sugiere solicitar prueba de embarazo en todas las personas con capacidad de gestar y sospecha de EPI.

En toda persona con sospecha de EPI se sugiere hacer diagnóstico diferencial con embarazo ectópico, apendicitis aguda, endometriosis, síndrome del intestino irritable, complicaciones de un quiste ovárico (ruptura, torsión) o dolor funcional. [14].

## Tratamiento

La elección del tipo de tratamiento varía según la gravedad de la infección. En infecciones leves puede ser ambulatorio, mientras que infecciones graves se sugiere en internación y tratamiento de administración endovenosa. [1][2]. Los estadios evolutivos 1 y 2 son considerados leves-moderados, mientras que 3 y 4 severos.

### Criterios de Internación:

- Intolerancia oral
- EPI severa
- Prueba de embarazo positiva
- Falta de respuesta al tratamiento oral
- Sospecha de absceso tuboovárico
- Leucocitosis mayor a 11.000 células/mm<sup>3</sup>

Tratamiento ambulatorio
<p>Elección: Ceftriaxona 500 mg intramuscular (IM) dosis única + Doxiciclina 100 mg vía oral c/12 hs por 14 días ± Metronidazol 500 mg c/12 hs vía oral por 14 días(1A)</p>
<p>Alternativo: Ceftriaxona 500 mg dosis única IM o EV + Azitromicina 1 g dosis única seguida por una segunda dosis de 1 g a la semana. (1B) o Azitromicina 500 mg el 1er día y luego 250 mg día hasta completar 5 días.</p>
Tratamiento ambulatorio en personas con antecedentes de alergia mayor a betalactámicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levofloxacin 500 mg vía oral c/24 hs + Metronidazol 500 mg vía oral c/12 hspor 14 días. (1B)</li> <li>• Moxifloxacin 400 mg vía oral c/24 hs + Metronidazol 500 mg vía oral c/12 hspor 14 días. (1B)</li> </ul> <p>Debido a la elevada resistencia a quinolonas de <i>N. gonorrhoeae</i>, se sugiere realizar cultivo con antibiograma + seguimiento clínico estrecho en todas las personas que reciban este esquema.</p>

En aquellas personas que reciben tratamiento ambulatorio se sugiere realizar control clínico cada 48 a 72 horas, en caso de no presentar mejoría, indicar internación y administrar antibióticos endovenosos [2][14]

En las personas portadoras de DIU con EPI se sugiere retirar el dispositivo, solo en aquellos casos en que no haya mejoría clínica a las 72 hs de iniciado el tratamiento antibiótico. [2]

## Manejo de contactos

Se sugiere evaluar a todas las parejas sexuales identificadas dentro de los 60 días previos al inicio de los síntomas, y tratarlas con Ceftriaxona 500 mg IM dosis única + doxiciclina 100 mg c/12 hs por 7 días o, azitromicina 1 g vía oral dosis única [2].

## Metodología

Este algoritmo fue elaborado de novo mediante el consenso de expertos representantes de la Comisión de Uso Adecuado de Recursos de la Sociedad Argentina de Infectología, la Coordinación de Uso Apropiado de Antimicrobianos de la Dirección de Control de Enfermedades Transmisibles, con la revisión asesores de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias y Ministerio de Salud de la Nación. El modo de enunciar las recomendaciones contenidas en el presente documento, no responde a los criterios e implicancias correspondientes a metodologías de desarrollo de otro tipo de documentos como por ejemplo el sistema GRADE empleado para la elaboración de GPC.

## Bibliografía:

- [1] Cuello A. Fridman V. Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual de la Comisión de HIV/SIDA y de ITS de la Sociedad Argentina de Infectología Año: 2020
- [2] Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. Erratum in: MMWR Recomm Rep. 2015 Aug 28;64(33):924. PMID: 26042815; PMCID: PMC5885289.
- [3] OPS, Infecciones de transmisión sexual, tricomoniasis [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14868:sti-trichomoniasis&Itemid=3670&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14868:sti-trichomoniasis&Itemid=3670&lang=es)
- [4] Bouchemal K, Bories C et al 2017. Strategies for prevention and treatment of trichomonas vaginalis infections. Clinical Microbiology Reviews Jul 2017 30
- [5] M. Huberman, Reflexionando sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la infección por VIH, Trichomonas Vaginalis. Sociedad Argentina de Infectología, año 2019.
- [6] Paavonen, J., & Brunham, R. C. (2018). Bacterial Vaginosis and Desquamative Inflammatory Vaginitis. New England Journal of Medicine, 379(23), 2246–2254.
- [7] Grupo de expertos del grupo de estudio de sida de la SEIMC (gesida), secretaría del plan nacional sobre el sida (SPNS), grupo de estudio de ITS de la SEIMC (geits), grupo español para la investigación de las enfermedades de transmisión sexual de la academia española de dermatología y venereología y de la sociedad española de infectología pediátrica (SEIP). Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (marzo 2017).
- [8] Koumans EH, Sternberg M, Bruce C, McQuillan G, Kendrick J, Sutton M, et al. The prevalence of bacterial vaginosis in the United States, 2001- 2004; associations with symptoms, sexual behaviors, and reproductive health. Sex Transm Dis. 2007;34(11):864-9.
- [9] López-Torres, L., Chiappe, M., Cárcamo, C., Garnett, G., Holmes, K., & García, P. (2016). Prevalencia de vaginosis bacteriana y factores asociados en veinte ciudades del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 33(3), 448.
- [10] Medina G, Rechkemmer P, Garcia- Hjarles M. Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana en pacientes con flujo vaginal anormal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima Perú. Rev Med Hered. 1999;10(4):144-50.
- [11] Nyirjesy, P. (2014). Management of Persistent Vaginitis. Obstetrics & Gynecology, 124(6), 1135–1146.
- [12] Di Bartolomeo P., Rodriguez Fermepin M. Prevalencia de microorganismos asociados a



secreción genital femenina, Argentina. Rev Saúde Pública 2002;36(5):545-52 545

[13] Ortega C. Castaño R. GUÍA PRÁCTICA INTEGRAL (Clínica-Laboratorio) DE DIAGNÓSTICO DE VAGINOSIS-VAGINITIS en la ATENCIÓN PRIMARIA de la MUJER EN EDAD FÉRTIL Y MENOPAUSIA. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Año 2012

[14] Ross, J., Guaschino, S., Cusini, M., & Jensen, J. (2017). 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. International Journal of STD & AIDS, 29(2), 108–114.

[15] World Health Organization. Sexually transmitted infections. Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>. Accessed: February 2, 2010

[16] Simms, I. (2000). Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? Sexually Transmitted Infections, 76(2), 80–87.

*primero  
la gente*



[argentina.gob.ar/salud](https://argentina.gob.ar/salud)