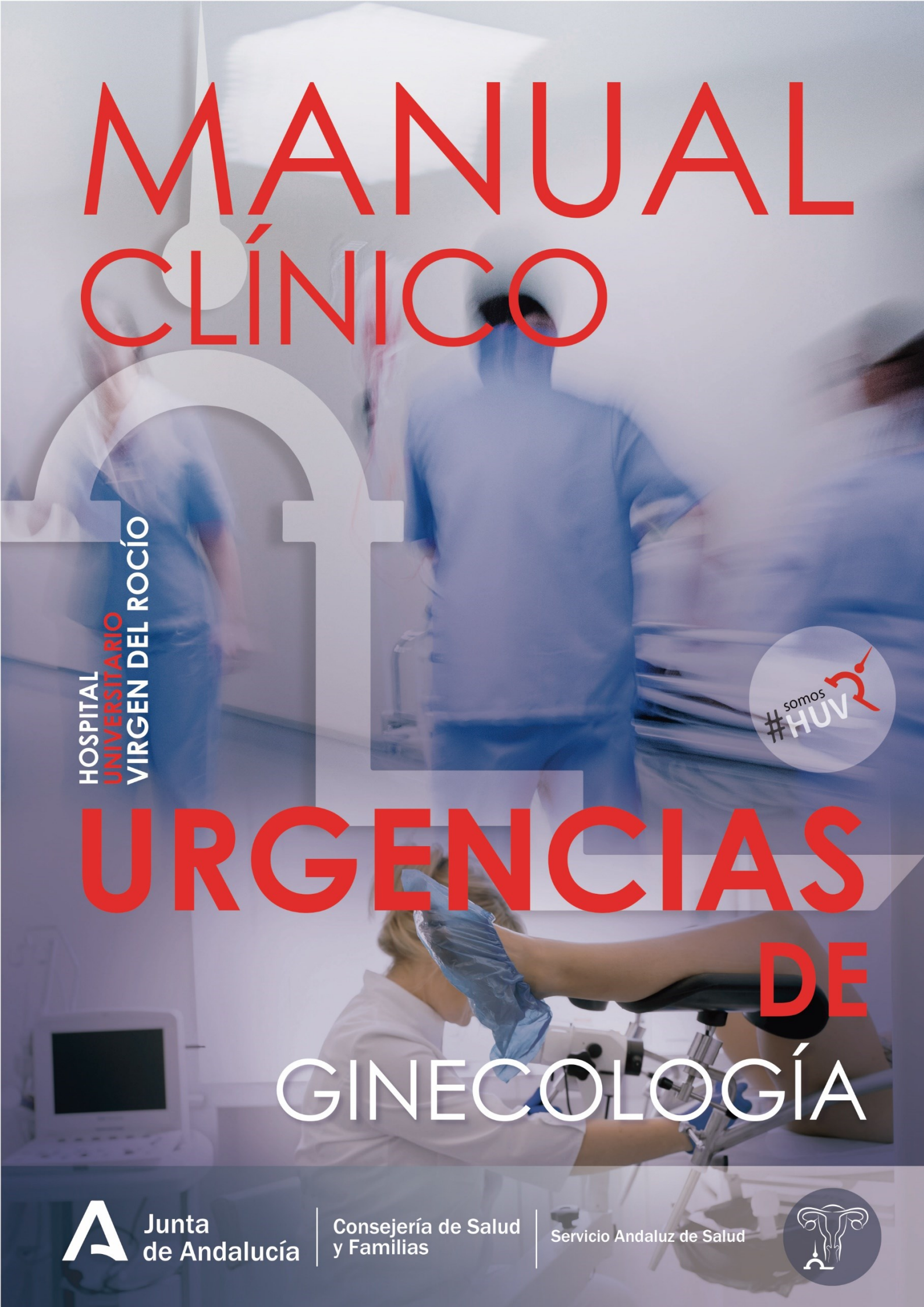
MANUAL CLÍNICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

URGENCIAS DE GINECOLOGÍA



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
Servicio Andaluz de Salud

Edita:
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Comité Editor:
Dirección Médica
UGC Urgencias del Adulto
UGC Ginecología y Patología Mamaria
Jefatura de Estudios Postgrado
Unidad de Calidad

Coordina:
Ana María Calderón Cabrera
Mª Ángeles Martínez Maestre
Ángela Mª. Núñez Jaldón

Diseño y maquetación gráfica:
H-TECNOLOGÍA Servicios, Innovación y Desarrollo en Nuevas Tecnologías SLU

Sevilla, agosto 2022

ISBN: 978-84-09-43801-3
Depósito Legal: SE 1638-2022
Copyright © 2022 Hospital Universitario Virgen del Rocío
Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.

"Hacen más por la medicina quienes buscan que quienes concluyen."

Ángeles Mastretta

A mis compañeros de la Unidad de Ginecología y Patología Mamaria, cuyos profundos conocimientos sobre el tema han dado forma a este excelente manual.
A todos los médicos residentes, a los que espero que el manual ayude a lo largo de su formación.
Y por supuesto, a mis padres, hermanas, sobrinos, y a mis dos Ángeles que me acompañan cada día.

Ana María Calderón Cabrera

INTRODUCCIÓN

La Obstetricia y Ginecología es una especialidad médico-quirúrgica que entraña cierta complejidad en su ejercicio, porque desarrolla dos campos de la Medicina a través de un único programa de formación académica. Esta formación combinada supone una ventaja para los profesionales al convertirlos en expertos en el cuidado de la salud de los órganos reproductores femeninos, así como en el manejo del embarazo parto y puerperio. Sin embargo, la necesidad de acaparar un área de formación tan extensa resulta un auténtico reto para los clínicos, que deben desarrollar conocimientos médicos y paralelamente destrezas quirúrgicas en el ámbito ginecológico y obstétrico.

Durante muchos años el ejercicio de esta especialidad ha sido eminentemente obstétrico, pero el aumento en la esperanza de vida, que ha supuesto una mayor incidencia de patologías ginecológicas muy relacionadas con la edad, como el cáncer ginecológico o mamario, las infecciones genitales, los nuevos procedimientos de anticoncepción, etc., han inclinado progresivamente la balanza hacia un área de la especialidad que va cobrando poco a poco mayor protagonismo. Esta mayor incidencia en la patología ginecológica programada se ve reflejada igualmente en la actividad de las urgencias que, si bien antaño eran casi en su totalidad urgencias relacionadas con el embarazo, hoy día van siendo desplazadas por patologías infecciosas del tracto genital, patología tumoral avanzada, complicaciones postquirúrgicas tardías, etc.

Este manual vio la luz con la intención de ayudar a todos los profesionales que de una u otra forma desarrollan su actividad en el área de urgencias, con el objetivo además de disminuir la variabilidad clínica en la toma de decisiones inmediata y diferida.

El manual desarrolla 8 temas de urgencia ginecológica pediátrica, también incluidos en el Manual de urgencias pediátricas generales, y 13 temas de urgencia ginecológica del adulto. La estructura de los capítulos es muy homogénea y visual con algoritmos de actuación que facilitan no solo la inmediatez en su uso, sino la memorización de ciertos protocolos.

Con el ánimo de facilitar su uso durante la atención urgente, la versión online del manual presenta un formato de consulta abierto, con un índice por capítulos y buscador por palabras clave. Este formato sin duda permitirá agilizar la búsqueda de información en situaciones en las que el tiempo de atención es crítico

En total han participado 29 ginecólogos, 3 pediatras y 10 médicos residentes de ambas especialidades.

Destacar el trabajo y la implicación de todos los profesionales que han participado en la elaboración del Manual y muy especialmente de las Dras. Ana Calderón Cabrera y Angela María Núñez Jaldón, que han tenido la capacidad de coordinar el trabajo de todos sus compañeros con ilusión y perseverancia.

M.ª Ángeles Martínez Maestre
Jefe de Servicio de la Unidad de Ginecología y Patología Mamaria
Hospital Universitario Virgen del Rocío

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN **4**
ÍNDICE **5**
URGENCIAS GINECOLÓGICAS DE LA MUJER ADULTA **6**
101 – SANGRADO GENITAL ANORMAL 7
102 – DOLOR ABDOMINO-PÉLVICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO 12
103 – INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL INFERIOR 18
104 – INFECCIÓN DEL TRACTO GENITAL SUPERIOR 24
105 – URGENCIAS ONCOGINECOLÓGICAS 29
106 – COMPLICACIONES DE LA HISTEROSCOPIA 34
107 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA 38
108 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROTÓMICA 44
109 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA VAGINAL 49
110 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA MAMARIA 54
111 – PATOLOGÍA MAMARIA DE URGENCIAS 58
112 – ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA 63
113 – ATENCIÓN URGENTE A LA MUJER CON SOSPECHA DE AGRESIÓN SEXUAL 69
URGENCIAS GINECOLÓGICAS PEDIÁTRICAS **74**
201 – ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) 75
202 – ALTERACIONES VULVOVAGINALES 81
203 – ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EMBARAZO Y ABORTO EN LA ADOLESCENCIA 87
204 – DOLOR ABDOMINOPÉLVICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO 91
205 – ENTREVISTA Y EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 97
206 – HEMORRAGIAS GENITALES 102
207 – INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) 108
208 – PATOLOGÍA MAMARIA 116

URGENCIAS GINECOLÓGICAS DE LA MUJER ADULTA

Coordinadora: Ana María Calderón Cabrera

URGENCIAS GINECOLÓGICAS DE LA MUJER ADULTA 6
101 – SANGRADO GENITAL ANORMAL 7
102 – DOLOR ABDOMINO-PÉLVICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO 12
103 – INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL INFERIOR 18
104 – INFECCIÓN DEL TRACTO GENITAL SUPERIOR 24
105 – URGENCIAS ONCOGINECOLÓGICAS 29
106 – COMPLICACIONES DE LA HISTEROSCOPIA 34
107 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA 38
108 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROTÓMICA 44
109 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA VAGINAL 49
110 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA MAMARIA 54
111 – PATOLOGÍA MAMARIA DE URGENCIAS 58
112 – ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA 63
113 – ATENCIÓN URGENTE A LA MUJER CON SOSPECHA DE AGRESIÓN SEXUAL 69

Capítulo perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS DE GINECOLOGÍA del Hospital Universitario Virgen del Rocío.
ISBN: 978-84-09-43801-3
Copyright © 2022 Hospital Universitario Virgen del Rocío
Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.

101 – SANGRADO GENITAL ANORMAL

Calderón Cabrera, Ana María
Chimenea Toscano, Ángel
Martínez Maestre, M.ª Ángeles

DEFINICIÓN

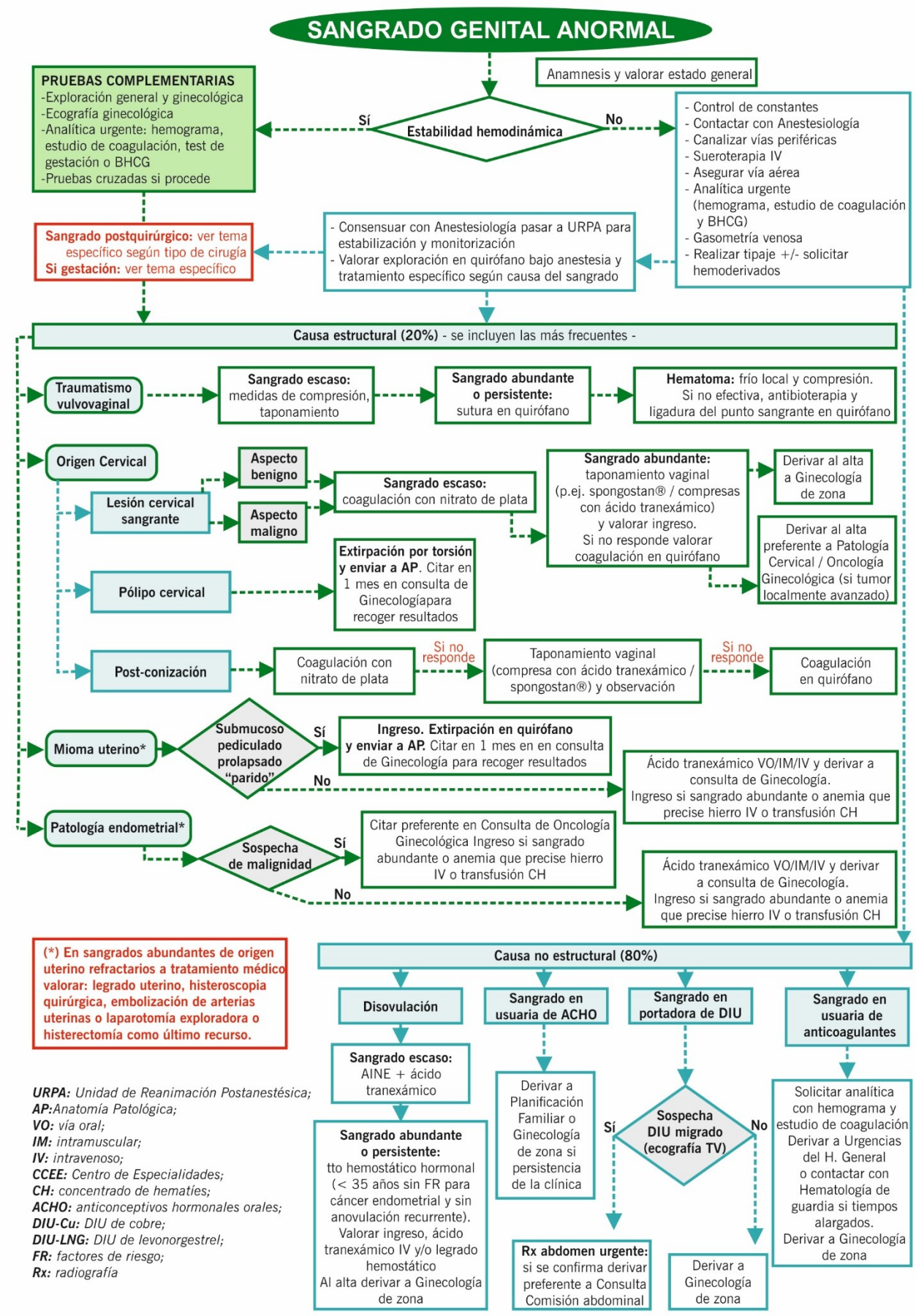
El sangrado genital anormal se erige como una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias ginecológicas: en torno al 14% de las mujeres en grupos de edades comprendidas entre la menarquia y la menopausia. Esta situación presenta un amplio abanico de etiologías, con una severidad variable, pudiendo llegar a comprometer la vida de la paciente en casos extremos. Esta variedad de etiologías ha dado lugar a una terminología diversa y confusa, por lo que la FIGO en 2011 nos recomienda emplear el término "sangrado genital anormal" en sus diferentes variantes. En la paciente no gestante en el 80% de las ocasiones el sangrado es de origen no estructural, mientras que el 20% restante presenta organicidad (estructural).

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS	EXPLORACIÓN FÍSICA	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Patología más probable por **edad**	**Toma de constantes:** TA, FC, SatO2, temperatura.	**Test de gestación / ßhCG**: si amenorrea o posibilidad de gestación
Antecedentes familiares: patología oncoginecológica, endometriosis, miomas. **Antecedentes personales:** iatrogenia (fármacos); enfermedades sistémicas (coagulopatías, hepato / nefropatías...) **Antecedentes gineco-obstétricos:** menarquia, FUR, FM, FO, método anticonceptivo, antecedente de enfermedades ginecológicas…	**Inspección:** signos de anemia **Exploración adomino-pélvica** **Exploración ginecológica:** - *Exploración de genitales externos*. Descartar lesiones vulvares. - *Especuloscopia*: cuantificar cantidad de sangrado y valorar origen del mismo. Valorar vagina y cérvix. - *Tacto bimanual:* valorar la presencia de dolor a la movilización uterina	**Ecografía ginecológica** (*transvaginal/transrectal/ abdominal*): valorar morfología, tamaño y existencia de patología a nivel uterino (cérvix, endometrio, miometrio) y anejos.
Caracterización del sangrado: volumen [número de compresas o tampones empleados (abundante: 1 tampón cada 3 horas)] y duración.		**Hemograma, estudio de coagulación y pruebas cruzadas** (si procede). Especialmente importante estudio de coagulación en pacientes anticoaguladas.
Sintomatología concomitante: dolor abdominal (localización, irradiación), fiebre (EPI), sintomatología neoplásica (astenia, pérdida de peso), sangrado extragenital (coagulopatía), cuadro sincopal.	**Tacto rectal:** si sospechamos origen digestivo, para valoración de patología oncológica o si queremos valorar afectación del tabique recto-vaginal en caso de endometriosis.	

FUR: fecha última regla; FM: fórmula menstrual; FO: fórmula obstétrica; EPI: enfermedad pélvica inflamatoria. ßhCG: hormona gonadotropina coriónica humana fracción beta; FC: frecuencia cardíaca; TA: tensión arterial; SatO2: saturación de oxígeno

ALGORITMO


SANGRADO GENITAL ANORMAL
Anamnesis y valorar estado general
Estabilidad hemodinámica
Sí
No
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
-Exploración general y ginecológica
-Ecografía ginecológica
-Analítica urgente: hemograma, estudio de coagulación, test de gestación o BHCG
-Pruebas cruzadas si procede
- Control de constantes
- Contactar con Anestesiología
- Canalizar vías periféricas
- Sueroterapia IV
- Asegurar vía aérea
- Analítica urgente (hemograma, estudio de coagulación y BHCG)
- Gasometría venosa
- Realizar tipaje +/- solicitar hemoderivados
- Consensuar con Anestesiología pasar a URPA para estabilización y monitorización
- Valorar exploración en quirófano bajo anestesia y tratamiento específico según causa del sangrado
Sangrado postquirúrgico: ver tema específico según tipo de cirugía
Si gestación: ver tema específico
Causa estructural (20%) - se incluyen las más frecuentes -
Traumatismo vulvovaginal
Sangrado escaso: medidas de compresión, taponamiento
Sangrado abundante o persistente: sutura en quirófano
Hematoma: frío local y compresión. Si no efectiva, antibioterapia y ligadura del punto sangrante en quirófano
Origen Cervical
Lesión cervical sangrante
Aspecto benigno
Aspecto maligno
Sangrado escaso: coagulación con nitrato de plata
Sangrado abundante: taponamiento vaginal (p.ej. spongostan® / compresas con ácido tranexámico) y valorar ingreso. Si no responde valorar coagulación en quirófano
Derivar al alta a Ginecología de zona
Derivar al alta preferente a Patología Cervical / Oncología Ginecológica (si tumor localmente avanzado)
Pólipo cervical
Extirpación por torsión y enviar a AP. Citar en 1 mes en consulta de Ginecologíapara recoger resultados
Post-conización
Coagulación con nitrato de plata
Si no responde
Taponamiento vaginal (compresa con ácido tranexámico / spongostan®) y observación
Si no responde
Coagulación en quirófano
Mioma uterino*
Submucoso pediculado prolapsado "parido"
Sí
Ingreso. Extirpación en quirófano y enviar a AP. Citar en 1 mes en en consulta de Ginecología para recoger resultados
No
Ácido tranexámico VO/IM/IV y derivar a consulta de Ginecología. Ingreso si sangrado abundante o anemia que precise hierro IV o transfusión CH
Patología endometrial*
Sospecha de malignidad
Sí
Citar preferente en Consulta de Oncología Ginecológica Ingreso si sangrado abundante o anemia que precise hierro IV o transfusión CH
No
Ácido tranexámico VO/IM/IV y derivar a consulta de Ginecología. Ingreso si sangrado abundante o anemia que precise hierro IV o transfusión CH
(*) En sangrados abundantes de origen uterino refractarios a tratamiento médico valorar: legrado uterino, histeroscopia quirúrgica, embolización de arterias uterinas o laparotomía exploradora o histerectomía como último recurso.
Causa no estructural (80%)
Disovulación
Sangrado escaso: AINE + ácido tranexámico
Sangrado abundante o persistente: tto hemostático hormonal (< 35 años sin FR para cáncer endometrial y sin anovulación recurrente). Valorar ingreso, ácido tranexámico IV y/o legrado hemostático
Al alta derivar a Ginecología de zona
Sangrado en usuaria de ACHO
Derivar a Planificación Familiar o Ginecología de zona si persistencia de la clínica
Sangrado en portadora de DIU
Sospecha DIU migrado (ecografía TV)
Sí
No
Rx abdomen urgente: si se confirma derivar preferente a Consulta Comisión abdominal
Derivar a Ginecología de zona
Sangrado en usuaria de anticoagulantes
Solicitar analítica con hemograma y estudio de coagulación Derivar a Urgencias del H. General o contactar con Hematología de guardia si tiempos alargados. Derivar a Ginecología de zona
URPA: Unidad de Reanimación Postanestésica;
AP:Anatomía Patológica;
VO: vía oral;
IM: intramuscular;
IV: intravenoso;
CCEE: Centro de Especialidades;
CH: concentrado de hematíes;
ACHO: anticonceptivos hormonales orales;
DIU-Cu: DIU de cobre;
DIU-LNG: DIU de levonorgestrel;
FR: factores de riesgo;
Rx: radiografía

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

TRATAMIENTO MÉDICO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL

Tratamiento no hormonal		
Antifibrinolíticos: Ácido tranexámico	1 g / 6-8 horas, durante máximo 3-5 días	Precaución en paciente con antecedente de enfermedad tromboembólica o renal Contraindicado en paciente con coagulación intravascular o hemorragia subaracnoidea
Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs): Naproxeno	500 mg / 8-12 horas, durante máximo 3-5 días	Precaución en pacientes con patología gastrointestinal y patología nefrourológica
Tratamiento combinado (ácido tranexámico + AINE)	Misma pauta	
Tratamiento hormonal		
Anticonceptivo hormonal combinado (dosis de etinilestradiol 20-30 mcg)	1 comprimido cada 8 horas 3 días; posteriormente 1 comprimido cada 12 horas 3 días; por último 1 comprimido cada 24 horas 3 días (o de forma indefinida si previamente era usuaria de ACHO)	Contraindicado en fumadoras mayores de 35 años, historia personal o riesgo de TVP/TEP, múltiples factores de riesgo cardiovascular, historia de cáncer de mama, hígado, cirrosis hepática o migraña con aura.

ACHO: anticonceptivos combinados hormonales orales; TVP: trombosis venosa profunda; TEP: tromboembolismo pulmonar

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

CRITERIOS DE INGRESO

- Inestabilidad hemodinámica
- Hemorragia incoercible, que no mejora tras administración de ácido tranexámico IV/IM en Urgencias y observación posterior o tras la aplicación de un taponamiento vaginal en Urgencias.
- Anemia en rango tranfusional o con repercusión hemodinámica
- Traumatismo vulvovaginal que requiera sutura en quirófano bajo anestesia
- Lesión cervical/sangrado postconización que requiera taponamiento vaginal mantenido, coagulación o extirpación en quirófano
- Mioma submucoso pediculado prolapsado “parido” que precise exéresis en quirófano
- Patología endometrial que requiera legrado hemostático, exploración bajo anestesia u otras técnicas quirúrgicas.
- Trastorno de la coagulación o sangrado abundante en usuaria de anticoagulantes con tiempos de coagulación alargados: consultar previamente con Hematología de guardia o derivar a Urgencias del Hospital General para valoración.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

- **Sangrado uterino anormal** que precise seguimiento, continuar estudio o tratamiento hormonal: consulta de Ginecología de zona
- **Sangrado en usuaria de ACHO**: consulta de Ginecología de zona
- **Sangrado en portadora de DIU**
    - **DIU no migrado**: consulta de Ginecología de zona
    - **DIU migrado**: consulta de Comisión Abdominal (consulta 4) preferente.
- **Útero miomatoso sintomático o sospecha de patología endometrial benigna**: consulta de Ginecología de zona
- **Sospecha de patología cervical benigna**: consulta de Ginecología de zona (para realizar citología o recoger resultado de citología realizada en Urgencias)
- **Sospecha de patología cervical maligna**: consulta de Patología Cervical de forma preferente o consulta de Oncología Ginecológica en caso de que se sospeche tumor localmente avanzado
- **Sospecha de patología uterina/vulvar/vaginal maligna**: consulta de Oncología Ginecológica de forma preferente
- **Patología genital con biopsia realizada en Urgencias**: consulta de Ginecología de zona en 1 mes para recoger resultado de la misma

ACHO: anticonceptivos combinados hormonales orales; DIU: dispositivo intrauterino

BIBLIOGRAFÍA

1. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gynaecol Obstet. 2011;113:3-13.
2. Sweet M, Schmidt-Dalton T, Weiss P, Madsen K. Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding in Premenopausal Women. Am Fam Physician. 2012;85:35-43.
3. Chelmow D, Isaacs C, Carroll A. Acute care and emergency gynecology. A case-based approach. Cambridge: Cambridge University Press, 2015. ISBN: 978-1- 107-67541-4
4. Alousi A, Ferrajoli A, McCue D, Milbourne A, Nebgen D, Pérez C, Trowbridge G, Welch MA. Abnormal Uterine Bleeding. The University of Texas MD Anderson Cancer Centre. 2017

102 – DOLOR ABDOMINO-PÉLVICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO

Calderón Cabrera, Ana María
Chimenea Toscano, Ángel
Martínez Maestre, M.ª Ángeles

DEFINICIÓN

El dolor abdomino-pélvico agudo de origen ginecológico es aquel que es debido a una isquemia o lesión en cualquier órgano ginecológico, pudiendo estar acompañado de un reflejo del sistema nervioso autónomo caracterizado por náuseas, vómitos, sudoración e inquietud. Puede ser puramente visceral (mal definido), parietal (por afección del peritoneo parietal, más localizado) o referido (en el área cutánea inervada por el mismo segmento medular).

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS	EXPLORACIÓN FÍSICA	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Patología más probable por **edad**	**Toma de constantes**: TA, FC, SatO2, temperatura.	**Test de gestación / ßhCG**
Antecedentes familiares y personales: patología oncoginecológica	**Exploración general** (abdominal, mamaria, …)	**Hemograma, estudio de coagulación y bioquímica** (perfil hepato-renal, PCR, procalcitonina, MT)
Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia, FUR, FM, FO, método anticonceptivo…	**Exploración abdominal**: - *Inspección*: superficie cutánea, volumen abdominal, peristaltismo… - *Palpación y percusión*: timpanismo, matidez, puntos dolorosos… - *Auscultación*: borborigmos, silencio…	**Elemental de orina**: valorar leucocituria, hematuria, cetonuria, glucosuria, etc.
Caracterización del dolor: localización, irradiación, modo de inicio, modificación postural…	**Exploración ginecológica**: - *Especuloscopia*: valorar morfología e integridad de genitales externos y cérvix, presencia de sangrado, características (olor, color, viscosidad) del flujo. - *Maniobra de movilización cervical*. - *Palpación bimanual uterina y anexial*	**Ecografía ginecológica** (*transvaginal/transrectal/ abdominal*): valorar tamaño y forma uterina, endometrio y anejos. **Otras pruebas de imagen**: ecografía abdominal, TAC, RM
Sintomatología concomitante: metrorragia, disuria, vómitos, disnea..	**Tacto rectal**: si sospechamos origen digestivo, para valoración de patología oncológica o para valorar afectación del tabique recto-vaginal en endometriosis.	**Laparoscopia**: casos seleccionados

FUR: fecha última regla; FM: fórmula menstrual; FO: fórmula obstétrica; MT: marcadores tumorales; ßhCG: hormona gonadotropina coriónica humana fracción beta; FC: frecuencia cardíaca; PCR: proteína C reactiva; RM: resonancia magnética; SatO2: saturación de oxígeno; TA: tensión arterial; TAC: tomografía axial computerizada

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
Dismenorrea y dolor periovulatorio	
Dismenorrea: - *Primaria* (sin anomalía pélvica responsable): dolor espasmódico en hipogastrio, que puede irradiarse a región lumbar +/- náuseas, vómitos, diarrea, mareo y cefalea. Desde unas horas antes de la menstruación, suele prolongarse 24-48 horas. - *Secundaria* (endometriosis, etc.): dolor más continuo, persistente y sordo y va en aumento durante el periodo menstrual. **Dolor periovulatorio**: intermenstrual unilateral durante el día previo y posterior a la ovulación.	No suele encontrarse alteración ecográfica ni en las pruebas de laboratorio en ausencia de patología asociada. **Ecografía ginecológica:** - *Dismenorrea*: endometrio secretor o menstrual - *Dolor periovulatorio*: endometrio triple línea junto con posible folículo periovulatorio y mínima cantidad de líquido libre en Douglas.
Endometriosis	
Dolor abdominal tipo dismenorrea, dispareunia, asociado a infertilidad. La focalidad del dolor depende de la localización del foco endometriósico: dolor habitualmente en cuadrantes inferiores, engrosamiento de ligamentos utero-sacros, dolor a la movilización uterina, afectación del tabique recto-vaginal.	**Analítica**: en urgencias las pruebas de laboratorio no presentan rentabilidad diagnóstica, salvo que sospechemos una sobreinfección de quiste endometriósico donde ganan importancia hemograma y PCR. **Ecografía ginecológica**: útil para localizar endometriomas ováricos, valorar movilidad uterina, síndrome adherencial y dilatación uretral. También pueden identificarse nódulos endometriósicos.
Torsión anexial (ovario y/o trompa de Falopio)	
Dolor abdominal en cuadrantes inferiores de inicio súbito +/- masa abdominal palpable +/- peritonismo. Puede acompañarse de náuseas, vómitos y fiebre. Puede cursar como pseudotorsión con dolor intermitente durante días/semanas. **Factores de riesgo**: masa ovárica (90%, sobre todo en quistes móviles > 5 cm), edad fértil, antecedente de quiste ovárico, síndrome de ovario poliquístico, torsión ovárica previa, etc.	**Analítica**: puede objetivarse leucocitosis. Solicitar hemograma, bioquímica, test de gestación y MT si tumoración anexial de moderado-alto riesgo de malignidad **Ecografía ginecológica + Doppler color**: ovario aumentado de tamaño, folículos en “collar de perlas”, congestión del estroma ovárico, “signo del torbellino” por rotación del pedículo vascular, ausencia de flujo venoso (su presencia no descarta el diagnóstico). **Diagnóstico definitivo: quirúrgico**

Rotura de quiste anexial o folículo hemorrágico

Dolor abdominal moderado y súbito que aparece habitualmente en mujer en edad fértil tras relación sexual o esfuerzo físico intenso. Puede acompañarse de sangrado por descamación endometrial.

Factores de riesgo: esfuerzo físico intenso o relación sexual previa, quiste anexial.

Analítica: anemia (no siempre). Test de gestación/ßhCG (descartar gestación ectópica accidentada). Solicitar tipaje y pruebas cruzadas.

Ecografía ginecológica: quiste anexial y líquido libre abdomino-pélvico variable en función de la cuantía del sangrado.

TAC (abdomen-pelvis): en casos dudosos.

Laparoscopia: si afectación hemodinámica. No es necesario realizar paracentesis, culdocentesis ni MT (elevada sensibilidad de pruebas no invasivas, elevación por irritación peritoneal).

Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) -absceso tubo-ovárico-

Origen: vía ascendente (más frecuente), vía hematógena, por contigüidad (secundaria a infección de órganos vecinos).

Diagnóstico clínico (todos los criterios mayores + 1 o más menores):

- *C. Mayores*: dolor abdomino-pélvico sordo, continuo, progresivo bilateral / dolor anexial / dolor a la movilización cervical / historia de actividad sexual en últimos meses
- *C. Menores*: Tª > 38ºC / leucocitos > 10.500 / VSG elevada / PCR elevada / exudado endocervical anormal / infección cervical documentada por *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis*.

Diagnóstico definitivo: engrosamiento tubárico con hidrosálpinx +/- líquido pélvico libre o absceso tubo-ovárico en prueba de imagen / laparoscopia que confirme el diagnóstico y aislamiento en muestra peritoneal de *N.gonorrhoeae, C. trachomatis* o flora polimicrobiana / endometritis en biopsia endometrial

* En ocasiones dolor en hipocondrio derecho secundario a síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

Exploración ginecológica: flujo maloliente, movilización cervical dolorosa.

Analítica: leucocitosis con desviación a la izquierda, aumento de VSG, PCR y procalcitonina.

Ecografía ginecológica: desde inespecífica hasta hidro/piosálpinx o absceso tubo-ovárico.

TAC (abdomen-pelvis): en casos de mala evolución tras 48 h de tratamiento antimicrobiano apropiado.

Microbiológico:

- *Cultivo aspirado endometrial/laparoscopia*
- *Cultivo endocervical*
- *Hemocultivos* (antes de antibioterapia)
- *Urocultivo*
- *Serologías*: si se sospecha ITS

Histológico: biopsia endometrial (opcional).

Laparoscopia: en casos seleccionados.

Mioma uterino

Dolor abdominal hipogástrico acíclico en mujer con antecedente de mioma uterino. La sintomatología depende de la localización del mioma:

- *Submucosos*: sangrado uterino anormal
- *Intramurales*: dolor abdominal
- *Subserosos*: dolor por degneración o torsión de pedículo vascular, clínica por compresión de estructuras vecinas (hidronefrosis, cuadros suboclusivos intestinales, etc).

Exploración física: Útero aumentado de tamaño en palpación bimanual.

Analítica: en urgencias las pruebas de laboratorio no presentan rentabilidad diagnóstica.

Ecografía: valorar localización del mioma y ecogenicidad. Es importante complementar la ecografía vaginal con la ecografía abdominal sobre todo en caso de nódulos miomatosos voluminosos.

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

TRATAMIENTO DOMICILIARIO
EIP: Ceftriaxona 250 mg IM en Urgencias (dosis única) + Doxiciclina 100 mg/12 horas VO 14 días (+ Metronidazol 500 mg / 8 horas VO 14 días, si instrumentación ginecológica en 2-3 semanas previas o sospecha infección por *Trichomonas vaginalis*). * Ver tema de infecciones del tracto genital superior.
Dismenorrea: plantear levedol® 1 comprimido/12 horas VO la semana previa a la menstruación o durante 3 meses. Para tratamiento con anovulatorios debe derivarse a Ginecología de zona.
Salvo la EIP, el resto de entidades no requiere de un tratamiento específico en domicilio. Únicamente es necesario el tratamiento con analgesia oral (AINEs salvo patología que lo contraindique).

CRITERIOS DE INGRESO

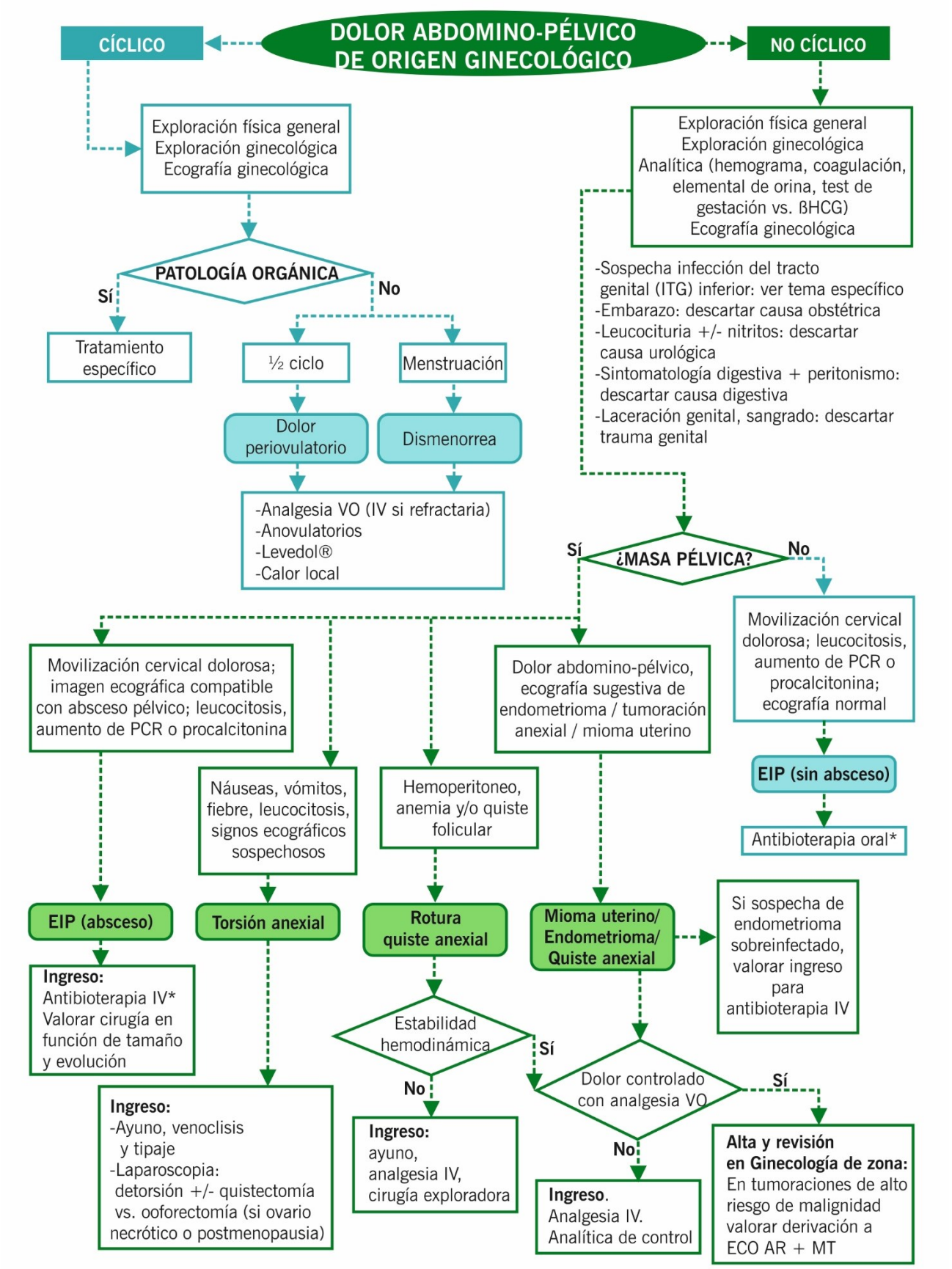
CRITERIOS DE INGRESO	
Comunes	- Inestabilidad hemodinámica o dolor abdominal refractario a analgesia oral.
Específicos	- *Rotura de quiste anexial o folículo hemorrágico*: fiebre o repercusión hemodinámica (hemoperitoneo moderado-severo, anemización brusca o progresiva o paciente muy sintomática). - *Torsión anexial*: tratamiento quirúrgico. - *EIP*: falta de respuesta, tolerancia o adherencia al tratamiento oral; enfermedad grave (fiebre > 38º, náuseas, vómitos, dolor abdominal grave); absceso tubo-ovárico con/sin necesidad de cirugía; gestantes

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA	

Patología anexial	- *Torsión anexial intervenida*: Ginecología de zona (control postquirúrgico en 1 mes).
	- *Rotura de quiste anexial o folículo hemorrágico intervenido*: Ginecología de zona (control postquirúrgico en 1 mes).
	- *Sospecha de EIP*: Ginecología de zona para control tras antibioterapia en 2 semanas.
	- *Formación anexial*:
	  o *Sospecha de benignidad*: Ginecología de zona.
	  o *Sospecha de malignidad*: Ecografía de Alta Resolución de forma preferente (previa extracción en Urgencias de marcadores tumorales).

Endometriosis o mioma uterino	Ginecología de zona. Si endometrioma o mioma de gran tamaño, sintomatología grave o características sugestivas de malignidad, derivar de forma preferente.
Dismenorrea o dolor periovulatorio	Dismenorrea grave habitual (posible asociación a endometriosis): Ginecología de zona.

ALGORITMO DE MANEJO



**EIP: enfermedad inflamatoria pélvica. Para antibioterapia VO o IV ver tema específico*
** ECO AR: consulta de ecografía de alta resolución / masas anexiales*
** MT: marcadores tumorales*

BIBLIOGRAFÍA

1. Noguer-Balcells. Exploración clínica práctica. Barcelona: Elsevier España, Masson. 28 edición, 2016. ISBN 978-8-445-82641-6
2. Barbieri R. Evaluation of acute pelvic pain in women. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. http://www.uptodate.com (accedido en marzo de 2018).
3. Huang C, Hong MK, Ding DC. A review of ovary torsion. Ci Ji Yi Xue Za Zhi. 2017;29:143-147
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pelvic Inflammatory Disease (PID). 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines
5. Jearwattanakanok K, Yamada S, Suntornlimsiri W, Smuthtai W, Patumanond J. Clinical Scoring for Diagnosis of Acute Lower Abdominal Pain in Female of Reproductive Age. Emerg Med Int. 2013; 2013:730167.
6. Hammond R. Gynaecological causes of abdominal pain. Surgery - Oxford International Edition. 2008;26,467-70.
7. Gray J, Wardrope J, Fothergill DJ. Abdominal pain, abdominal pain in women, complications of pregnancy and labour. Emergency Medicine Journal.2004;21:606-613.
8. Guías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Guía PRIOAM. https://guiaprioam.com/ [Última consulta 15/06/2021].

103 – INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

Gil Maldonado, Lorena
Blanco Campos, Margarita
Massé García, M.ª Isabel

DEFINICIÓN

Las infecciones del tracto genital inferior son uno de los motivos más frecuentes de consulta por Urgencias. Abarca un amplio abanico de cuadros clínicos. El diagnóstico diferencial entre las diferentes infecciones del tracto genital en ocasiones resulta difícil, ya que muchas presentan una clínica similar (leucorrea, úlcera, prurito, dolor). La anamnesis dirigida y la exploración clínica meticulosa son los pilares para el diagnóstico de presunción e instaurar el tratamiento adecuado.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
1. VULVOVAGINITIS		
Vaginosis bacteriana	- Aumento de secreción vaginal acuosa y maloliente (olor a pescado). - Ausencia de inflamación	- Leucorrea blanquecino-grisácea adherida a paredes vaginales - Olor a aminas
Vulvovaginitis candidiásica	- Prurito intenso e irritación vulvovaginal acompañado de secreción vaginal blanca y espesa - Disuria y/o dispareunia	- Enrojecimiento e inflamación vulvovaginal - Leucorrea blanquecina grumosa (aspecto de yogur) no maloliente, lesiones de rascado.
Tricomoniasis	- Prurito vaginal y leucorrea espumosa maloliente - Disuria y escozor vaginal	- Leucorrea espumosa - Eritema vaginal o cervical - "Cervix en fresa" (punteado hemorrágico en cérvix)
2. CERVICITIS (*)		
(C. Trachomatis, N. gonorrhoeae y Mycoplasma genitalum)	- Dolor en hipogastrio - Secreción vaginal abundante - Coitorragia y coitalgia	- Secreción mucopurulenta por cervix - Friabilidad cervical - Movilización cervical dolorosa. - Si duda sobre afectación de tracto genital superior: Hemograma + PCR para descartar EPI. - Se recomienda realizar cultivo

3. ÚLCERAS Y LESIONES VULVARES		
Herpes genital (VHS 1 y 2)	- Lesiones vulvares dolorosas múltiples - Inflamación genital - Disuria intensa	- Lesiones múltiples en distintos estadios con la siguiente evolución: vesícula - úlcera- costra- curación
Condilomas acuminados (VPH 6 y 11)	- Los síntomas van a depender de la localización, el número y el tamaño de las lesiones. En muchas ocasiones asintomáticos. - Lesiones de pequeño tamaño compatibles - Prurito e hipersensibilidad de zona vulvar.	- Lesiones milimétricas , aisladas o en placas, de base amplia o pediculadas con una superficie especulada (aspecto de coliflor)
Chancroide o chancro blando (Haemophilus ducreyi)	- Lesiones típicas 3-7 dias tras relación sexual - Pápula-pústula-úlcera dolorosa con base granulomatosa blanca + - Adenopatia inguinal	- Lesiones compatibles + Epidemiología - Lo ideal sería confirmar con cultivo.
Chancro sifilítico (Treponema pallidum)	- Periodo incubación 3-4 semanas. - Úlcera única, indurada, no exudativa ni dolorosa + adenopatia inguinal	- Epidemiologia + clinica compatible - Solicitar pruebas directas e indirectas (serología)

VHS: virus herpes simple; VPH: virus papiloma humano

Otras lesiones muy poco prevalentes: linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal.

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

	TRATAMIENTO DOMICILIARIO
VAGINOSIS BACTERIANA	- Cloruro de decualinio óvulo intravaginal 10 mg/24 horas, 6 días. - Metronidazol vía oral 500 mg/12 horas, 7 días*. - Clindamicina 2% crema vaginal/24 horas, 7 días. - Clindamicina comprimido via oral 300 mg/12 horas, 7 días. - Clindamicina óvulo intravaginal 100 mg/24 horas, 3 días.

VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA	TÓPICOS: - Clotrimazol comprimido intravaginal 500 mg/24 h dosis única. - Clotrimazol comprimido intravaginal 100 mg/12-24 horas, 3-7 días (de elección en embarazo) - Fenticonazol óvulo intravaginal 200 mg/24 horas, 3 días. - Fenticonazol óvulo intravaginal 600 mg/24 horas, dosis única. - Ketoconazol 400 mg ovulo vaginal / 24 horas 3-5 días - Sertaconazol 500 mg ovulo vaginal dosis unica - Cloruro de decualinio óvulo intravaginal 10 mg/24 horas, 6 días. SISTÉMICOS: - Fluconazol 150 mg / 24 horas dosis única - Itraconazol 200 mg / 24 horas 3 dias. SI RECIDIVANTE (Triple tratamiento): - Itraconazol 200 mg / dia 10 dias via oral - Clotrimazol 500 mg comprimido vaginal / semana 2 semanas - Clotrimazol 2% crema vaginal 1 aplicación / día 2 semanas
TRICOMONIASIS	- Metronidazol vía oral 2 g, dosis única - Metronidazol vía oral 500 mg/12 horas, 7 días. REALIZAR EL MISMO TRATAMIENTO SI PAREJA SEXUAL
CERVICITIS	- Ceftriaxona 250 mg im dosis única + Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 14 dias + Metronidazol 500 mg cada 8 horas durante 14 dias Alergia a Betalactámicos: - Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas vía oral 14 días + Metronidazol 500 mg cada 8 horas durante 14 días + Azitromizina 1 gr vía oral dosis única
BARTOLINITIS AGUDA O ABSCESO GLANDULA DE BARTHOLINO	Antibioterapia vía oral: - Cefadroxilo 1 g/12 horas, 7-10 días. - Amoxicilina/Clavulánico 1 g/8 horas, 7-10 días. Si fluctuación: Marsupialización / Drenaje percutáneo con colocación de cánula de Word 2-4 semanas.
HERPES GENITAL	PRIMOINFECCIÓN: - Aciclovir 400 mg cada 8 horas durante 10 días vía oral - Famciclovir 250 mg cada 8 horas durante 7 - 10 días vía oral - Valaciclovir 1000 mg cada 12 horas durante 10 días vía oral RECIDIVA: - Aciclovir 400 mg cada 8 horas durante 5 dias via oral - Famciclovir 1000 mg cada 12 horas 1 día vía oral - Valaciclovir 500 mg cada 12 horas durante 3 días vía oral
CONDILOMAS ACUMINADOS	- Podofilotoxina crema 1,5 mg/ gr 1 aplicación cada 12 horas durante 3 días consecutivos y 4 días de descanso (máximo 4 ciclos) - Imiquimod 5% crema 3 veces en semana días no consecutivos (máximo 16 semanas) - Sinecatequinas (extracto de las hojas del té verde) al 10% 3 veces al día (un máximo de 16 semanas)
CHANCROIDE	- Ceftriaxona 250 mg IM dosis única o Azitromicina 1 gr vo dosis única
CHANCRO SIFILITICO	- Penicilina G benzatina 2,4 millones UI via IM dosis única

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

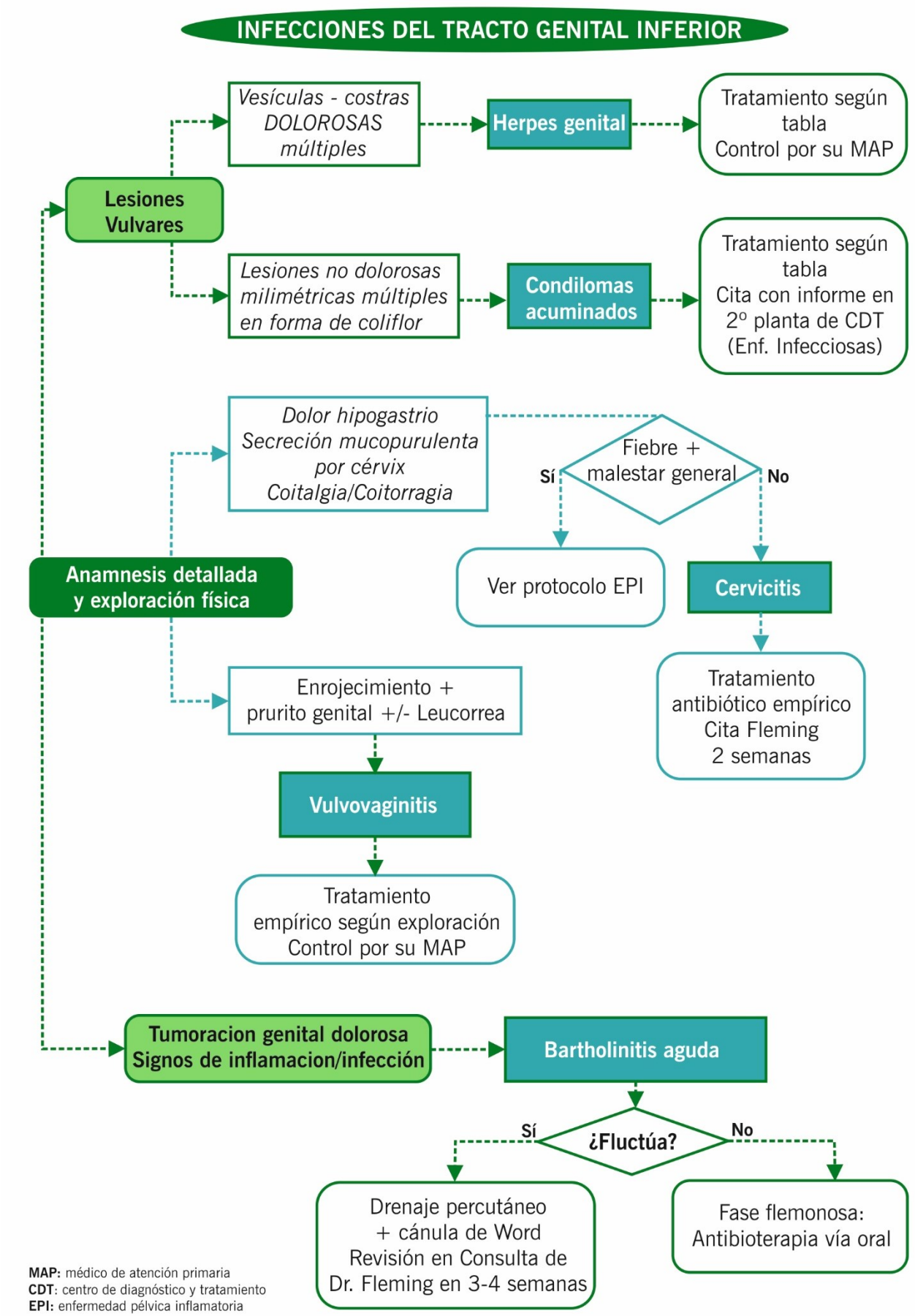
1. **Bartholinitis aguda en la que esté indicado drenaje y marsupialización.**
2. **Infección de partes blandas con afectación del estado general y necesidad de antibioterapia iv**

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

MOTIVO	CONSULTA
Vulvovaginitis candidiásica recidivante	Consulta de Ginecología de zona
Cervicitis para entrega de resultado de cultivo y revisión	Consulta Ginecología Dr. Fleming 2 semanas
Absceso de glándula de Bartholino tratado con cánula de Word	Consulta Ginecología Dr. Fleming 3-4 semanas para retirada
Condilomas acuminados, sospecha de sifilis o chancroide u otra ETS que precise revisión	2º planta de CDT (Consulta de Enf. Infecciosas) Solicitará cita la paciente con informe de Urgencias

ETS: enfermedad de transmisión sexual; CDT: centro de diagnóstico y tratamiento

ALGORITMO DE MANEJO EN URGENCIAS



MAP: médico de atención primaria
CDT: centro de diagnóstico y tratamiento
EPI: enfermedad pélvica inflamatoria

BIBLIOGRAFÍA

1. SOGC Clinical Practice Guideline. Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosi.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales [actualizado en 2018].
3. Guías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Hospital Universitario Virgen del Rocío (GUIAS PRIOAM)
4. AEPCC-Guía: Infecciones del tracto genital inferior. Coordinador: Fusté P. Autores: Alsina M., Arencibia O., Centeno C., de la Cueva P., Fuertes I., Fusté P., Galiano S., Martínez Escoriza J.C., Nonell R., Sendagorta E., Serrano M., Vall M. Revisores-editores: Torné A., del Pino M. Publicaciones AEPCC. 2016; pp: 1-66. ISBN 978-84-617-6554-6
5. AEPCC-Guía: Condilomas acuminados. Publicaciones AEPCC, noviembre 2015" ISBN 978-84-608-4146-3

104 – INFECCIÓN DEL TRACTO GENITAL SUPERIOR

Morales Zarcos, Sonia
Zamorano Alanís, Beatriz
Sánchez Oliver, Antonia

DEFINICIÓN

La infección del tracto genital superior o enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) hace referencia a la infección aguda a cualquier nivel del tracto genital superior (endometritis, salpingitis, ooforitis, abscesos tubo ováricos) así como su extensión a órganos y cavidad pélvica en sus formas más severas. Si tenemos en cuenta su etiología hasta el 85% de los casos se producen por transmisión sexual mediante ascenso de patógenos por vía vaginal, pero también existen casos que se asocian con patógenos respiratorios o entéricos.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA	DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Todos los criterios mayores y uno o más menores	VALORACIÓN ECOGRÁFICA	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
Síntomas: - Dolor en hipogastrio - Flujo vaginal anormal - Sangrado vaginal anormal - Dispareuria - Sintomas urinarios **Signos:** - Tª > de 38 ºC - Leucocitosis > 10.500 - VSG elevada - Proteína C reactiva elevada	**Criterios mayores:** - Dolor pélvico, sordo, progresivo,bilateral - Dolor anexial en la exploración - Dolor a la movilización cervical en la exploración. - Historia de actividad sexual en los últimos meses **Criterios menores:** - Temperatura > de 38ºC - Leucocitosis > 10.500 - VSG elevada - Proteína C reactiva elevada - Exudado anormal (leucorrea cervico-vaginal purulenta y/o exudado en fresco con PMN) - Infección cervical documentada por N. gonorrhoeae y/o C.trachomatis.	**Endometritis:** - Hiperecogenicidad endometrial, líquido intracavitario **Salpingitis:** - Trompa inflamada y edematosa (es posible ver la tropa por ecografía). **Piosálpinx:** - Imagen quística elongada. Hipo-anecoica con tabiques incompletos. **Salpingo-oforitis:** - Masa anexial compleja de paredes gruesas, contornos internos irregulares, con líquido heterogéneo, con un número variable de septos **Peritonitis:** - Líquido libre en cavidad abdomino-pélvica (de mayor densidad cuando el absceso se rompe a cavidad), engrosamiento y realce de peritoneo.	- Laparoscopia que confirme el diagnóstico. - Aislamiento en muestra peritoneal de N.gonorrhoeae, C. trachomatis o flora polimicrobiana. - Endometritis en biopsia endometrial.

Debido a la clínica de dolor agudo, malestar y/o fiebre la mayoría de los diagnósticos de EPI se realizan desde la puerta de urgencias. Ante una paciente que presenta una clínica compatible se realiza en un primer lugar una exploración completa para detectar: dolor a la movilización cervical, leucorrea maloliente, fiebre o febrícula, malestar general, coitalgia y/o sangrado vaginal.). Se realiza una ecografía vaginal para buscar signos de infección abdominal (abscesos tubo-ováricos, líquido libre, …). Posteriormente si la sospecha tras la exploración es confirmada se realiza un estudio analítico que confirmen el proceso infeccioso (leucocitosis, elevación de reactantes de fase aguda como la PCR), así como una muestra para cultivo tanto vaginal como endocervical. Tras completar el estudio y en función de la gravedad de los síntomas la paciente podrá ser tratada de forma ambulatoria o requerirá de ingreso hospitalario.

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Toda aquella paciente que presente dolor controlado con analgesia oral, sin signos de sepsis ni imágenes de abscesos pélvicos podrá ser tratada de forma ambulatoria con antibioterapia empírica. Será necesario explicar signos de alarma por los que debe de volver a acudir a urgencias, así como una cita de revisión ginecológica tras concluir el tratamiento para confirmar la resolución del cuadro e informar del resultado de los cultivos realizados y valorar la necesidad de mandar a la paciente a la consulta de ETS.

Pauta estándar	Ceftriaxona 500 mg IM (dosis única) + doxiciclina 100 mg/12 h VO +/- metronidazol 500 mg/8 h VO durante 14 días*
Alérgicos a betalactámicos	Ciprofloxacino 500 mg/12 h VO + metronidazol 500 mg/8 h VO durante 14 días +azitromicina 1 gr dosis única

**Metronidazol se añadirá si instrumentación ginecológica en 2-3 semanas previas o sospecha infección por Trichomonas vaginalis*

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

1. Dolor no controlado con analgesia oral
2. Fallo del tratamiento ambulatorio
3. Perfil de paciente de riesgo (gestación, inmunodepresión…).
4. Signos de sepsis **escala qSOPA** (Frecuencia respiratoria: > 22/min; Glasgow <15; PAS <100 mmHg), hipotensión, alteraciones ecográficas sugestivas de mal pronóstico (abscesos, liquido libre intraabdominal…) no pudiendo descartar un proceso o emergencia quirúrgica

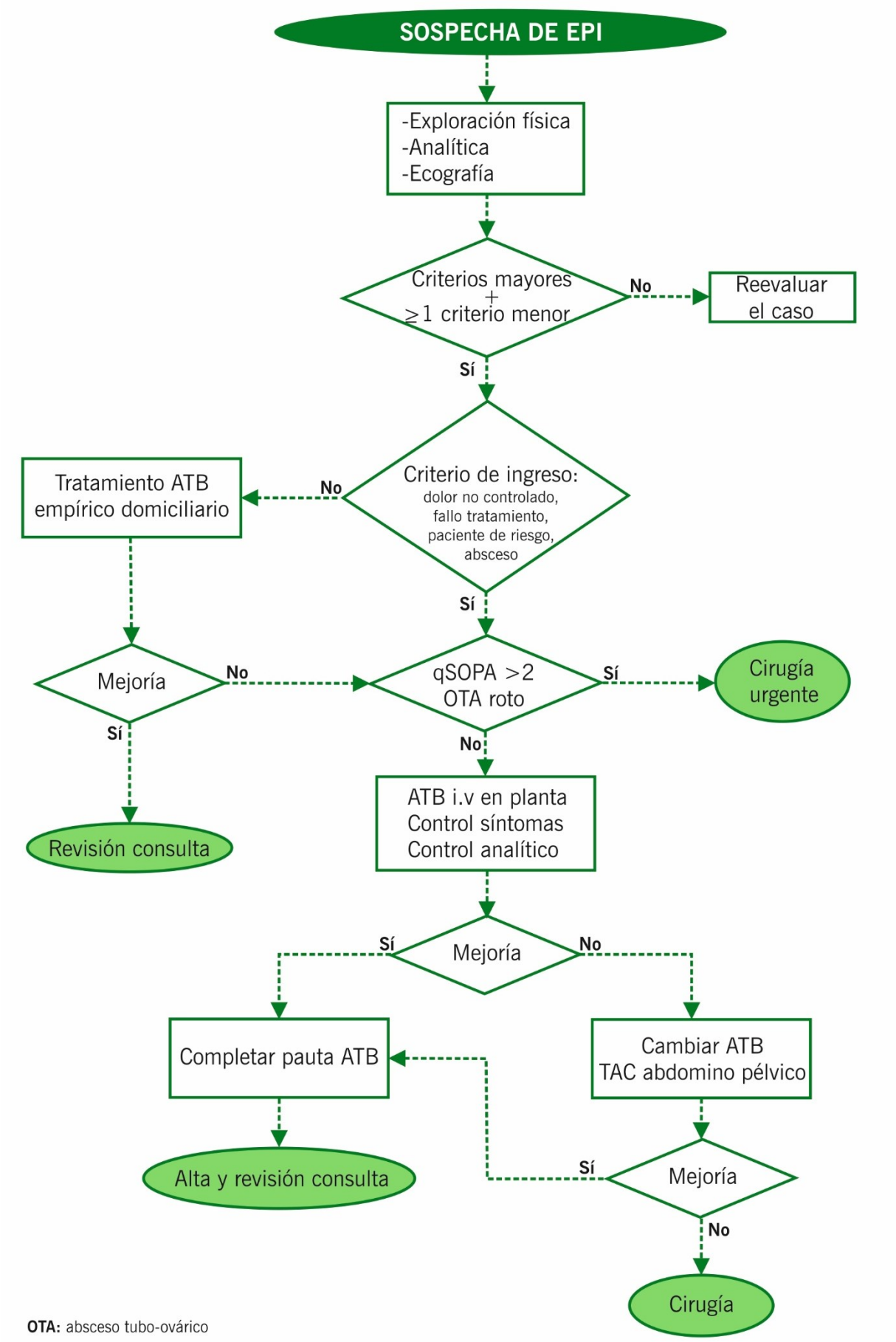
Desde la planta de hospitalización se completarán estudios con hemocultivo si la paciente presenta fiebre mayor o igual a 38ºC, urocultivo y controles analíticos en días posteriores para valorar la respuesta al tratamiento.

Pauta hospitalaria	Ceftriaxona 2 g/24 h IV + doxiciclina 100 mg/12 h IV o VO (si tolera) 100 mg/12h + Metronidazol 500 mg/8 h IV o VO **al menos 4 días y durante al menos 2 días después de la defervescencia.**
Alérgicos a betalactámicos	Clindamicina IV 900 mgr/8h + gentamicina IV 5 mg/kg /24h (monodosis) + doxiciclina100 mg/12h IV o VO (si tolera) **al menos 4 días y durante al menos 2 días después de la defervescencia**, continuar con clindamicina oral 450 mg/6h o doxiciclina oral 100 mg/12h + metronidazol oral 500 mg/8h hasta completar 14 días.
No respuesta al tratamiento	Piperacilina-tazobactam 4/0,5 g/8 h IV* + doxiciclina 100 mg/12 h IV o VO (si tolera) durante 14 días.
Shock séptico	Meropenem 1g/8h IV* + doxiciclina 100 mg/12 h IV.

**La duración del tratamiento en estos casos no se encuentra bien establecida siendo como mínimo de 14 días. Dependerá de la evolución clínica, la presencia de abscesos y drenaje del mismo. Continuar tratamiento oral en función de aislamientos vía oral dependerá de la sensibilidad de los agentes microbiológicos. Mantener al menos 14 días.*

Si no se produce una evolución favorable, cambiar antibioterapia a la espera de resultados de cultivo y realizar prueba de imágenes complementaria como el TAC abdomino-pélvico y/o intervención quirúrgica.

ALGORITMO



OTA: absceso tubo-ovárico

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía PRIOAM. Enfermedad Pélvica Inflamatoria. Autores: Marta Herrerro Romero (Coordinadora) 1, Lucas A. Cerrillos2 González, Mª Angeles Martínez Maestre2 , Mª José Gómez Gómez 1y Laura Merino Díaz1. Enero de 2018-
2. Bouquier J, Fauconnier A, Fraser W, Dumont A, Huchon C. Diagnosis of pelvic inflammatory disease. Which clinical and paraclinical criteria? Role of imaging and laparoscopy? J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2012 Dec;41(8):835-49. doi:10.1016/j.jgyn.2012.09.016.
3. Castan B. Prevention of postoperative or associated of care pelvic inflammatory diseases: CNGOF and SPILF Pelvic Inflammatory Diseases Guidelines. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2019 May;47(5):451-457. doi:10.1016/j.gofs.2019.03.002
4. Charvériat A, Fritel X. Diagnosis of pelvic inflammatory disease: Clinical, paraclinical, imaging and laparoscopy criteria. CNGOF and SPILF Pelvic Inflammatory Diseases Guidelines. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2019 May;47(5):404-408. doi:10.1016/j.gofs.2019.03.010.
5. Savaris R.F ,Fuhrich D.G, Maissiat J, Duarte R.V. Tratamiento antibiótico para la Enfermedad Pélvica Inflamatoria. Biblioteca Cochrane. Agosto 2020. Número 20.

105 – URGENCIAS ONCOGINECOLÓGICAS

Melero Cortés, Lidia María
García Arreza, Aída
Jiménez Piñanes, María Eugenia

DEFINICIÓN

Las urgencias oncológicas se definen como aquellas situaciones que pueden implicar un riesgo para la vida de la paciente o un deterioro agudo de su estado de salud, y pueden estar relacionadas directamente con complicaciones de su enfermedad neoplásica o indirectamente con complicaciones secundarias al tratamiento. En este apartado nos centraremos en el manejo de las complicaciones relacionadas con la enfermedad neoplásica de sospecha o conocida de origen ginecológico.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
HEMORRAGIA GENITAL Puede tener origen: - Vulvar - Cervical - Endometrial	- Anamnesis - Exploración física* - Exploración abdominal y ginecológica** (determinará origen del sangrado) - Ecografía (transvaginal +/- abdominal): Valorar grosor endometrial si se sospecha patología endometrial. - Biopsia de lesiones sospechosas: vulvar, cervical, aspirado endometrial con envío PREFERENTE (no en todos los casos) - Analítica (según la severidad del sangrado) - Tipaje (según la severidad del sangrado)
DOLOR EN RELACIÓN A MASA PÉLVICA Puede ir acompañado de distensión abdominal, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, oligo/anuria, fiebre, dificultad respiratoria	- Anamnesis - Exploración física - Exploración abdominal y ginecológica - Ecografía (transvaginal +/- abdominal) - TAC tórax, abdomen y pelvis (en caso de ingreso; se solicitará de forma urgente en caso de sospecha de complicación secundaria – obstrucción intestinal, obstrucción ureteral…-) - Analítica (en caso de dolor agudo, ya que nos ayudará a descartar torsión ovárica, sobreinfección…) + MT***
ASCITIS Aumento del perímetro abdominal, dificultad respiratoria, anorexia, náuseas, dolor más o menos acusado	- Anamnesis - Exploración física - Exploración abdominal (signo de la oleada ascítica) y ginecológica - Ecografía transvaginal + abdominal - Analítica: debe incluir proteínas totales
LESIÓN VULVAR +/- prurito vulvar	- Anamnesis - Exploración física - Exploración ginecológica - +/- Biopsia de lesiones sospechosas

**Valorar repercusión clínica: TA, frecuencia cardiaca, temperatura, coloración, nivel de conciencia…*
***Incluye: inspección de genitales externos, especuloscopia y tacto bimanual.*
****MT: Marcadores Tumorales: Ca 125; Ca 19.9; HE4; INDICE ROMA*

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

CLÍNICA	TRATAMIENTO DOMICILIARIO
HEMORRAGIA GENITAL	- Antifibrinolíticos: ácido tranexámico 1g/8 horas vo - Valorar sulfato ferroso vía oral
DOLOR EN RELACIÓN A MASA PÉLVICA	- Analgesia vía oral: AINES
ASCITIS LEVE	- Analgesia vía oral si dolor: AINES
LESIÓN VULVAR **+/- prurito vulvar**	- Analgesia vía oral si dolor: AINES

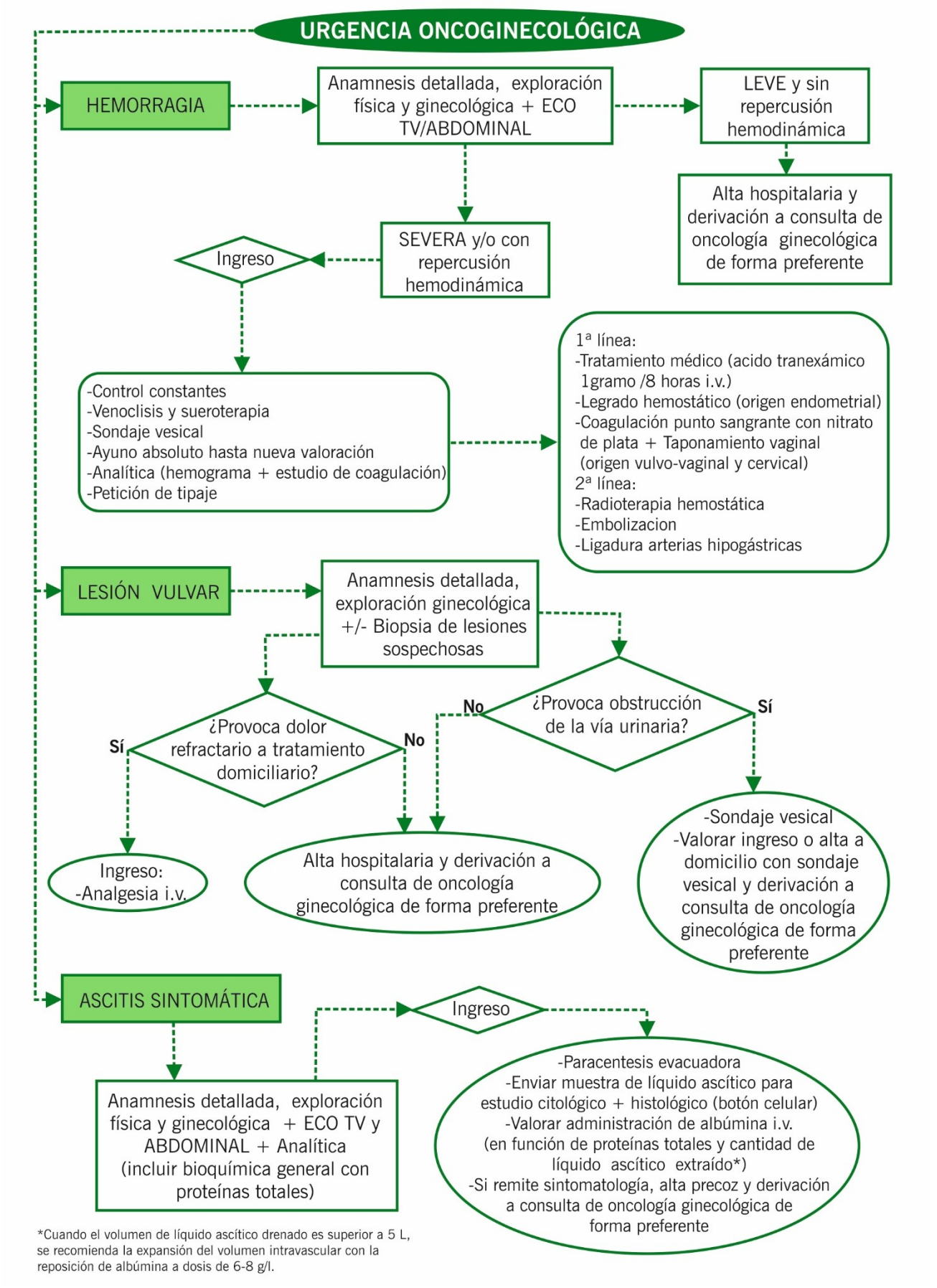
CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA DE ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA

- Sospecha ecográfica de neoplasia endometrial
- Lesión cervical/vaginal/vulvar sospechosa de malignidad
- Masa pélvica con criterios ecográficos de malignidad (valorar derivación conjunta a consulta de ecografía de masas anexiales)

CRITERIOS DE INGRESO

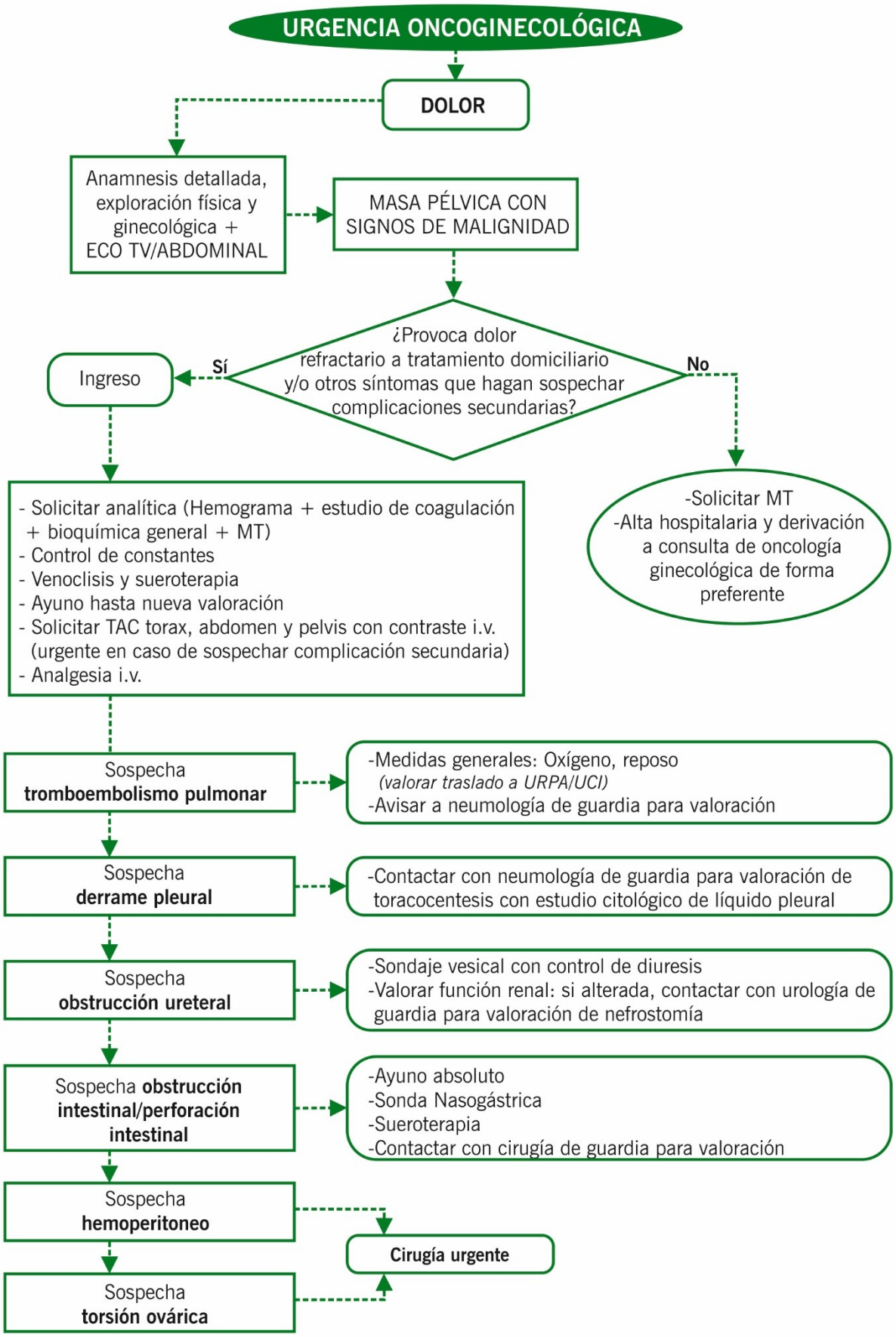
CLÍNICA	CRITERIOS DE INGRESO
HEMORRAGIA GENITAL	- Hemorragia severa - Anemia en rango transfusional
DOLOR EN RELACIÓN A MASA PÉLVICA	- Dolor refractario a analgesia vía oral - Alteración analítica que sugiera complicación - Mal estado general - Distensión abdominal - Dificultad respiratoria - Náuseas y vómitos - Diarrea o estreñimiento - Oligo/anuria - Rigidez abdominal/Blumberg positivo - Fiebre
ASCITIS SINTOMÁTICA	- Ascitis a tensión - Dificultad respiratoria
LESIÓN VULVAR **+/- prurito vulvar**	- Obstrucción vía urinaria - Dolor refractario a analgesia vía oral

ALGORITMO DE MANEJO (I)



*Cuando el volumen de líquido ascítico drenado es superior a 5 L, se recomienda la expansión del volumen intravascular con la reposición de albúmina a dosis de 6-8 g/l.

ALGORITMO DE MANEJO (II)



BIBLIOGRAFÍA

1. Alméciga A, Rodriguez J, Beltrán J, Sáenz J, Merchán A, Egurrola J, Burbano J, Trujillo L, Heredia F, Pareja R. Emergency Embolization of Pelvic Vessels in Patients With Locally Advanced Cervical Cancer and Massive Vaginal Bleeding: A Case Series in a Latin American Oncological Center. JCO Glob Oncol. 2020 Sep;6:1376-1383. doi: 10.1200/GO.20.00239. PMID: 32903119; PMCID: PMC7529508.
2. Muruzábal JC, Aguirre S, Aranda S, Elizalde FJ. Emergencies in oncological gynaecology. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 7-18.
3. Morgan A. Anexal mass evaluation in the emergency department. Emerg Med Clin North 2001; 19: 799-816.
4. Zapardiel I, de la Fuente Valero J, Bajo Arenas JM. Guía práctica de urgencias en Obstetricia y Ginecología. Protocolos SEGO. 2008.
5. Oncoguía SEGO: Guía de recuperación intensificada en ginecología oncológica 2021. ISBN: 978-84-09-29755-9 - Vol. 15.

106 – COMPLICACIONES DE LA HISTEROSCOPIA

Frías Sánchez, Zoraida
Orta Cuevas, Ángeles
Tejero Delgado, José

DEFINICIÓN

La histeroscopia es una técnica endoscópica para la visualización directa de la cavidad uterina y el canal endocervical mediante la introducción de una óptica y un medio de distensión. Se puede realizar con fines diagnósticos y/o terapéuticos (histeroscopia quirúrgica) con o sin anestesia. Las complicaciones más frecuentes pueden ser: perforación uterina, complicaciones hemorrágicas, infección o las derivadas del medio de distensión.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

	SIGNOS/SÍNTOMAS	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
PERFORACIÓN UTERINA	Dolor pélvico o abdominal intenso o persistente/distensión abdominal Sangrado vaginal abundante o persistente, hematuria, hipotensión	Hemograma y coagulación Ecografía TV/abdominal (la ausencia de hallazgos no descarta el diagnóstico): líquido libre en pelvis; sangrado intraabdominal o hematoma retroperitoneal (si signos de hipovolemia)
INFECCIÓN	Dolor abdominal, fiebre >38ºC, leucorrea Criterios mayores/menores (EIP; ver tema específico)	Hemograma, coagulación, bioquímica, PCR Ecografía TV/abdominal: trompas engrosadas y llenas de líquido +/- líquido pélvico libre, "signo de la rueda dentada" (cambios mínimos EIP) / líquido o gas en canal endometrial, engrosamiento heterogéneo o falta de definición de la franja endometrial (endometritis) / colección quística multilocular compleja de paredes gruesas en los anejos (ATO)
SANGRADO	Sangrado vaginal (valorar cuantía), valorar estado general, hipotensión	Ecografía TV/abdominal: valorar sangrado intraabdominal o formación de hematoma Control de constantes Hemograma y coagulación
HIPONATREMIA DILUCIONAL	Leve (130-135 mEq/L): Asintomática o con cambios mínimos en la función mental Moderada (120-129 mEq/L): Síntomas inespecíficos, principalmente gastrointestinales Grave (<120 mEq/L): Síntomas neurológicos, desde confusión hasta coma.	Ecografía TV/abdominal: hallazgos inespecíficos Control de constantes Hemograma, bioquímica y coagulación

ATO: absceso tuboovárico; PCR: proteína C reactiva; TV: transvaginal

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

	SIGNOS/SÍNTOMAS
PERFORACIÓN UTERINA	Analgesia VO. Antibioterapia si signos de infección Amoxicilina/Clavulánico 875/125 mg/8h VO o Ceftriaxona 500 mg IM dosis única + Metronidazol 500 mg/8h VO durante 7 días. ALTERNATIVA POR ALERGIA A BETALACTÁMICOS: Ciprofloxacino 500 mg/12h VO + Metronidazol 500 mg/8h VO
INFECCIÓN	Ceftriaxona 500 mg IM monodosis + Doxiciclina 100 mg/ 12 horas oral + Metronidazol 500 mg/8h VO durante 14 días. ALTERNATIVA POR ALERGIA A BETALACTÁMICOS: Ciprofloxacino 500 mg/12h VO + Metronidazol 500 mg/8h VO durante 14 días + Azitromicina 1 g dosis única
SANGRADO	No precisa. Observación estrecha de sangrado.
HIPONATREMIA DILUCIONAL	No precisa. Observación de signos de alarma

CRITERIOS DE INGRESO

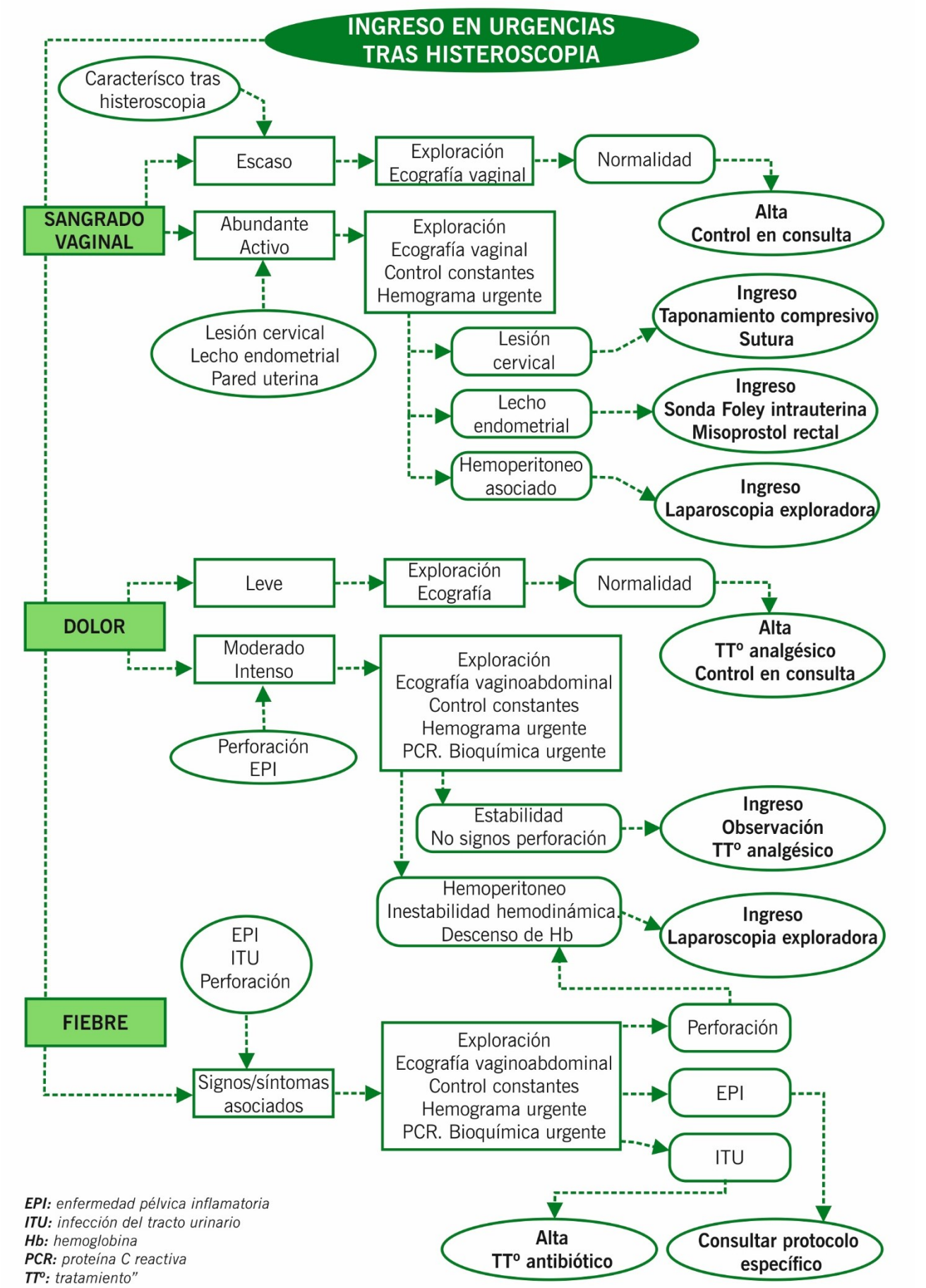
	SIGNOS/SÍNTOMAS
PERFORACIÓN UTERINA	Signos de inestabilidad hemodinámica o descenso de hemoglobina
INFECCIÓN	Diagnóstico incierto. Necesidad de tratamiento parenteral (absceso pélvico, enfermedad severa, VIH, intolerancia o incumplimiento del tratamiento oral). Paciente adolescente. Falta de respuesta al tratamiento oral tras 48 horas.
SANGRADO	Sangrado activo moderado/intenso Mal estado general, hipotensión Anemia aguda
HIPONATREMIA DILUCIONAL	Presencia de signos/síntomas de hiponatremia o alteraciones analíticas

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA

	SIGNOS/SÍNTOMAS
PERFORACIÓN UTERINA	Al alta, cita en Consulta de Ginecología CPE Dr Fleming en 2-3 semanas.
INFECCIÓN	Al alta, cita en Consulta de Ginecología CPE Dr Fleming en 2-3 semanas.
SANGRADO	Al alta, cita en Consulta de Ginecología CPE Dr Fleming en 2-3 semanas.
HIPONATREMIA DILUCIONAL	Al alta, cita en Consulta de Ginecología CPE Dr Fleming en 2-3 semanas.

CPE: Centro de Especialidades Periféricas

ALGORITMO



EPI: *enfermedad pélvica inflamatoria*
ITU: *infección del tracto urinario*
Hb: *hemoglobina*
PCR: *proteína C reactiva*
TTº: *tratamiento"*

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbara S Levy MD. Uterine perforation during gynecologic procedures. UpToDate. Mayo 2021.
2. Guía PRIOAM. Hospital Universitario Virgen del Rocío
3. Jonathan Ross MD. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. Mayo 2021.
4. Fuente: Síndrome de intravasación. Fisiopatología y prevención. Hysteroscopy Newsletter.

107 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA

García Arreza, Aída
Melero Cortés, Lidia María
González Cejudo, Carmen

DEFINICIÓN

En cirugía ginecológica laparoscópica las complicaciones están relacionadas con la complejidad del procedimiento quirúrgico y pueden ocurrir durante o después de la cirugía (precoz o tardíamente). Los tiempos ciegos, la introducción de la aguja de Veress-Palmer junto con la introducción del primer trócar, son causantes de la mayoría de las complicaciones graves vasculares e intestinales, y además son constantes independientemente del procedimiento laparoscópico de que se trate. Existen factores de riesgo asociados a una mayor tasa de complicaciones como la edad, enfermedad médica preexistente, obesidad, cirugías previas, anemia y cáncer. El diagnóstico precoz es un factor elemental para reducir la morbilidad derivada de las mismas.

DIAGNÓSTICO

- **Anamnesis adecuada**. Evaluación del procedimiento quirúrgico (hoja operatoria / evolución ingreso hospitalario).
- **Exploración**: toma de constantes, inspección, exploración vaginal con espéculo, palpación pélvica bimanual y abdominal

DIAGNÓSTICO	SIGNOS/SÍNTOMAS	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.
	COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS	
DEHISCENCIA SUTURA VAGINAL	Sangrado vaginal Dolor	
HEMATOMA DE CÚPULA VAGINAL	Sangrado vaginal Dolor	Hemograma y coagulación. Ecografía TV
HEMOPERITONEO	Dolor abdominal difuso Mal estado general Hipotensión	Ecografía TV TC de abdomino-pélvico
	COMPLICACIONES INFECCIOSAS	
ABSCESO PÉLVICO/INTRAABDOMINAL	Dolor abdominal Fiebre Leucorrea Taquicardia/taquipnea	Ecografía TV y/o TC abdomen-pélvico Hemograma Bioquímica (↑PCR) Cultivo absceso (VV) Hemocultivo
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU)	Disuria Fiebre	Sedimento y/o Urocultivo
PIELONEFRITIS	Disuria Fiebre Dolor lumbar	Hemograma Bioquímica (↑PCR) Urocultivo/Hemocultivo Ecografía renal

COMPLICACIONES DIGESTIVAS		
ÍLEO PARALÍTICO	Náuseas y/o vómitos Dolor abdominal difuso Distensión abdominal Ausencia de ruido intestinal Ausencia de deposiciones o gases	Analítica general Rx simple de abdomen en bipedestación Duda: TC
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	Dolor abdominal Distensión abdominal Náuseas y/o vómitos Ausencia de emisión de heces y/o gases Ruidos peristálticos de lucha	Analítica general (LDH) Rx simple de abdomen en bipedestación Ecografía abdominal TC abdomino-pélvico
LESIÓN DE VÍSCERA HUECA (PERITONITIS)	Fiebre Dolor abdominal Náuseas y/o vómitos Distensión abdominal Mal estado general	Analítica general (PCR) Hemocultivo TC abdomino-pélvico
COMPLICACIONES URINARIAS		
LESIÓN VESICAL	Dolor abdominal Hematuria Oligoanuria Fiebre Pérdida de orina por vagina	Analítica general (función renal) Ecografía TV/abdominal CistoTC
LESIÓN URETERAL	Dolor en flanco Distensión abdominal Oligoanuria Pérdida de orina por vagina o por herida quirúrgica	Analítica general (función renal) Ecografía TV/abdominal Bioquímica de líquido TC abdomino-pélvico UroTC
COMPLICACIONES DE LA PARED		
HEMATOMA DE PARED ABDOMINAL O HERIDA QUIRURGICA	Dolor de la herida quirúrgica Sangrado de la incisión	Hemograma Ecografía de pared y/o TC abdominal
INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA	Fiebre Dolor en la herida quirúrgica Secreción purulenta	Hemograma Cultivo de la herida Ecografía y/o TC abdominal
HERNIAS INCISIONALES	Salida de material serohemático Protuberancia en la incisión que ↑ con Valsalva	Ecografía y/o TC abdominal

ITU: infección del tracto urinario; LDH: lactato deshidrogenasa; PCR: proteína C reactiva; RX: radiografía; TC: tomografía axial computarizada; TV: transvaginal; VV: vulvovaginal

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA

- Infección herida quirúrgica sin criterios de ingreso: consulta de Ginecología de zona
- Hematoma de cúpula para comprobar resolución: consulta de Ginecología de zona

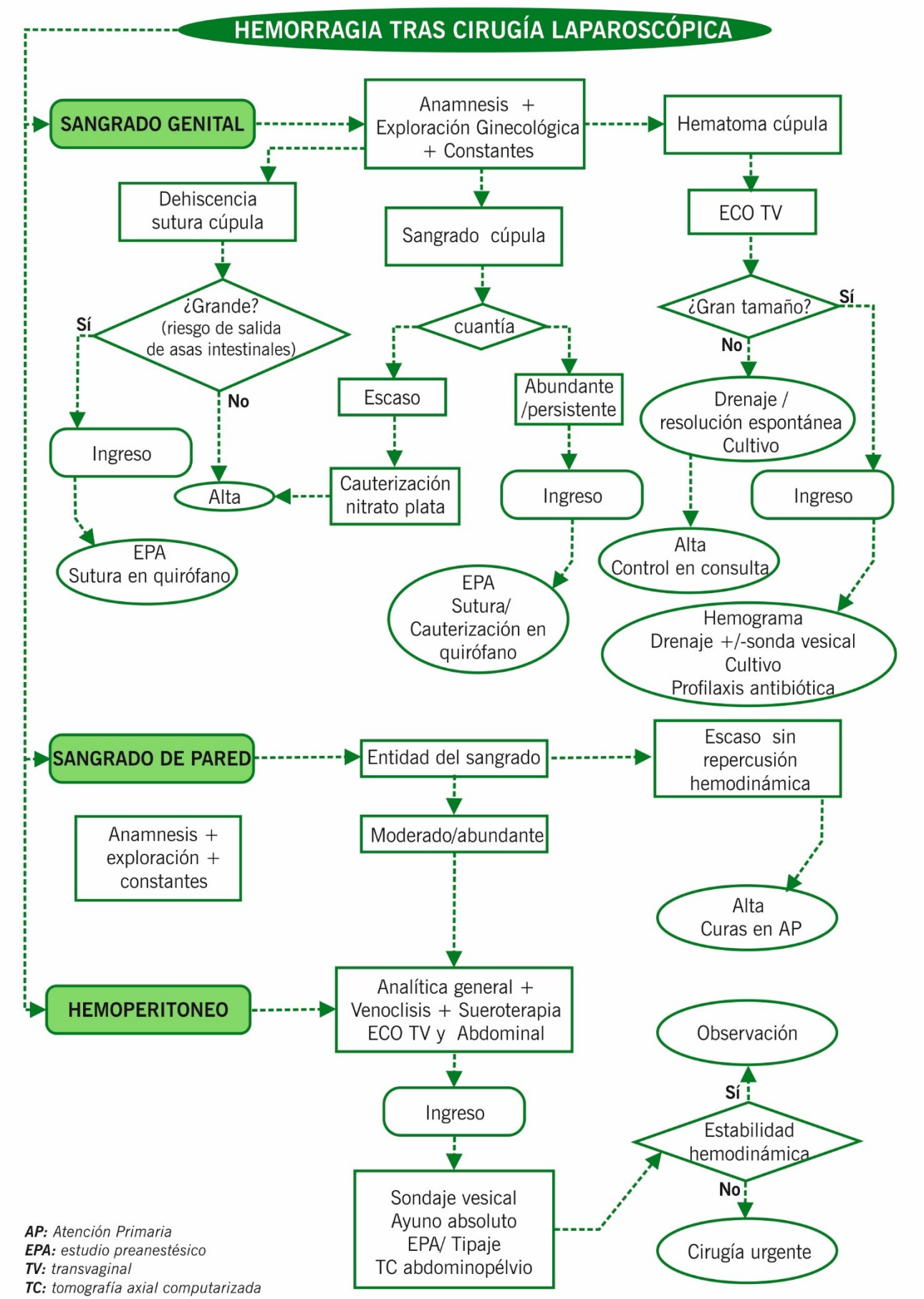
CRITERIOS DE INGRESO

CRITERIOS DE INGRESO	
HEMORRAGIA GENITAL	- Sangrado activo /severo con repercusión hemodinámica - Dehiscencia de cúpula vaginal que precisa sutura
DOLOR / FIEBRE	- Dolor refractario a analgesia vo/im en urgencias - Alteración analítica que sugiera complicación - Mal estado general - Distensión abdominal / taquicardia / taquipnea / disnea / oligo / anuria - Signos de irritación peritoneal a la exploración - Colección que requiera drenaje y/o tto ATB iv

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

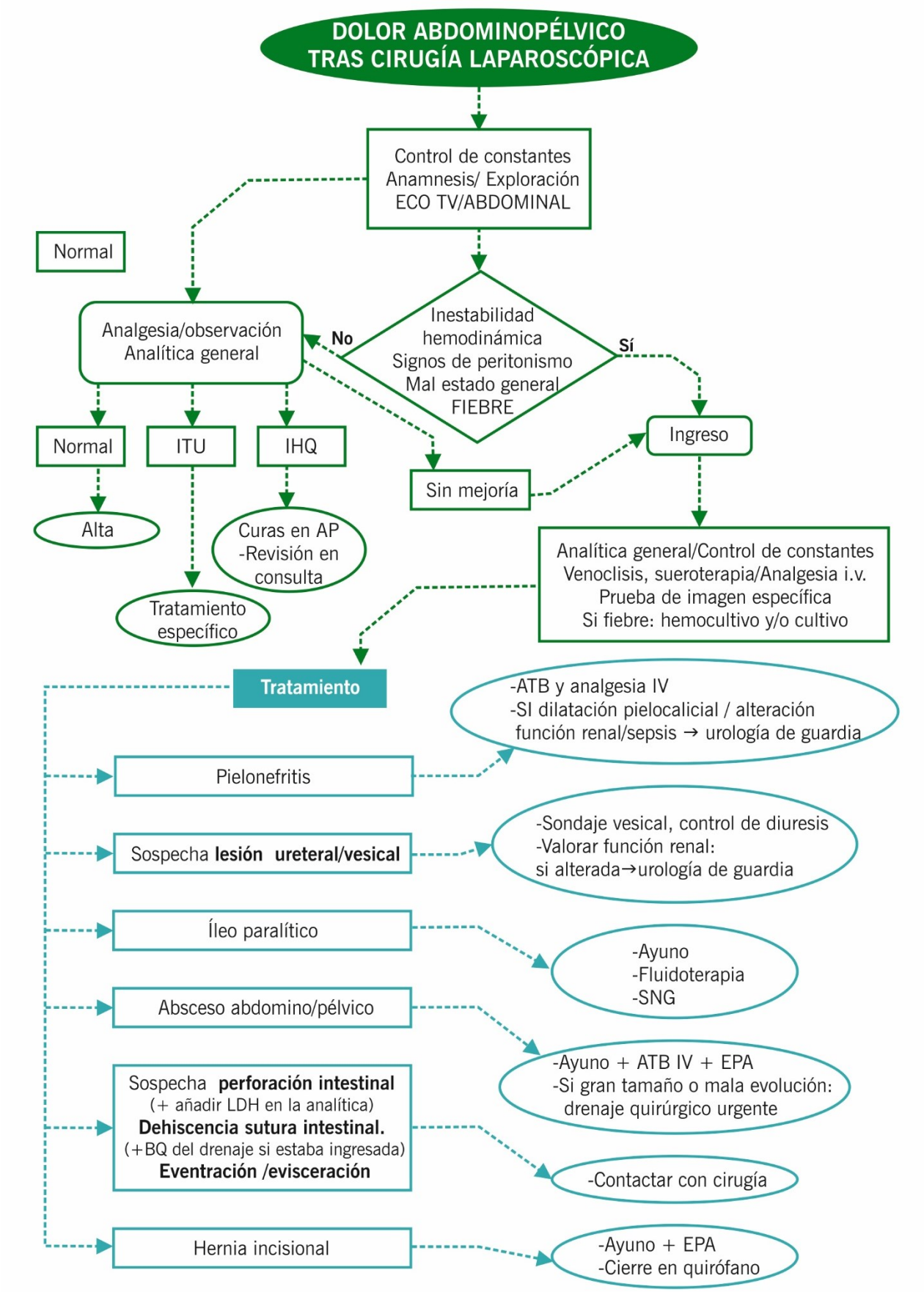
TRATAMIENTO DOMICILIARIO	
INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA	- ATB amplio espectro (amoxicilina 875mg/clavulánico 125mg oral /8h, 7-10 días), pendiente de cultivo. Alternativa clindamicina 600-900mg/6-8h vo
ITU	- Ver capítulo ITU (E. Infecciosas)

ALGORITMO DE MANEJO (I)



AP: *Atención Primaria*
EPA: *estudio preanestésico*
TV: *transvaginal*
TC: *tomografía axial computarizada*

ALGORITMO DE MANEJO (II)



AP: *Atención Primaria;* ***ATB:*** *antibioterapia;* ***BQ:*** *bioquímica;* ***EPA:*** *estudio preanestésico;* ***IHQ:*** *infección de herida quirúrgica;* ***ITU:*** *infección del tracto urinario;* ***IV:*** *intravenosa;* ***LDH:*** *lactato deshidrogenasa;* ***TV:*** *transvaginal;* ***SNG:*** *sonda nasogástrica"*

BIBLIOGRAFÍA

1. Recari E., Oroz L.C., Lara J.A.. Complicaciones de la cirugía ginecológica. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2009 [citado 2021 Mayo 23] ; 32(Suppl 1): 65-79.
2. Casasola Chamorro Javier, Gutiérrez García Sonia, Suárez Mayor María. Urinoma por iatrogenia ureteral. Arch. Esp. Urol. [Internet]. 2008 Jun [citado 2021 Mayo 24] ; 61(5): 624-626.
3. Sharp y Adelman. Prevención, Reconocimiento y Manejo de Lesiones Urológicas durante la Cirugía Ginecológica. Obstet Gynecol 2016;127:1085–96
4. D. García-Olmoa, F. Limab. Postoperative paralytic ileusCir.Esp Vol 69, issue 3, 275-280 (March 2001)
5. Clarke Pearson y Geller. Complicaciones de la histerectomía. Obstet Gynecol 2013; 121:654

108 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROTÓMICA

Ruiz Fernández, Inés
Vargas Lazcano, José Antonio
Silván Alfaro, José Manuel

DEFINICIÓN

Conjunto de procesos que complican la cirugía laparotómica ginecológica durante el postoperatorio, siendo más frecuentes tras la cirugía oncológica o cuando la anatomía se encuentra distorsionada debido a un proceso infeccioso o a endometriosis. El factor más relevante que determina el éxito de su tratamiento es el reconocimiento precoz de estas complicaciones.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

TIPO DE COMPLICACIÓN	SÍNTOMAS	SIGNOS	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
INFECCIÓN De herida quirúrgica Abscesos: de pared abdominal, pélvicos o de cúpula vaginal ITU	- Dolor cicatricial - Dolor abdominal - Dolor lumbar con irradiación ureteral - Disuria / polaquiuria	- Fiebre - Calor y eritema de cicatriz - Secreción purulenta cicatricial - Secreción maloliente vaginal	- Analítica (hemograma y PCR) y sedimento - Urocultivo - Hemocultivo seriado - Ecografía vaginal y abdominal - TC abdominal
HEMORRAGIA Precoz (<24 h): - Vaginal - Intraabdominal - Hematoma de pared Tardía (7º - 21º día): - Hematoma de cúpula vaginal	- Confusión - Mareo - Dolor abdominal progresivo	- Taquicardia (FC >100 lpm) - Hipotensión (TA <80/60 mmHg) - Oliguria (diuresis <20 ml/h) - Palidez de piel y mucosas - Sangrado vaginal / de herida quirúrgica	- Toma de constantes (TA, FC, Sat02) - Analítica (hemograma, coagulación y tipaje) - Ecografía vaginal y abdominal
COMPLICACIONES DE PARED ABDOMINAL Seroma Dehiscencia de herida quirúrgica Evisceración (extrusión de vísceras) Eventración (hernia incisional)	- Dolor y tensión cicatricial - Sensación de masa	- Edema cutáneo - Dehiscencia de herida quirúrgica - Extrusión de vísceras abdominales - Hernia incisional al valsalva	- Ecografía vaginal y abdominal - TC abdominal

DAÑO VISCERAL Digestivo: íleo, obstrucción intestinal, lesión intestinal Urológico: paresia vesical, lesión vesical o ureteral	- Dolor abdominal - Náuseas y vómitos - Dolor lumbar - Salida de orina por vagina	- Distensión abdominal - Ausencia de ruidos intestinales - Oliguria o anuria - Hematuria - Fiebre	- Ecografía vaginal y abdominal - Rx abdominal / TC de abdomen - Uro-TC
DEHISCENCIA DE CÚPULA VAGINAL (con o sin evisceración)	- Dolor abdominal o pélvico - Sangrado o secreción vaginal - Presión vaginal o sensación de masa	- Cúpula vaginal dehiscente - Prolapso de asas intestinales a través de orificio en cúpula vaginal	- Diagnóstico clínico: - Especuloscopia - Tacto vaginal
TROMBOEMBOLISMO	- Dolor en MMII - Disnea y taquipnea - Dolor torácico	- Inflamación, edema y calor en MMII - Taquicardia (FC >100 lpm)	- Analítica (hemograma, PCR, coagulación, dímero D) - Eco-doppler de MMII - Angio-TC de tórax
LINFORREA / ASCITIS QUILOSA	- Dolor abdominal difuso - Distensión abdominal progresiva - Disnea	- Aumento del perímetro abdominal - Signos de ascitis (oleada ascítica, matidez desplazable etc.)	- Analítica con bioquímica - Ecografía / TC abdominal - Paracentesis diagnóstica (análisis de líquido ascítico: elevación de triglicéridos)

FC: frecuencia cardíaca; MMII: miembros inferiores; PCR: proteína C reactiva; TA: tensión arterial; TC: tomografía axial computerizada; ITU: infección del tracto urinario; SatO2: saturación de oxígeno

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

Necesidad de valoración o revisión precoz (previa a cita de revisión postquirúrgica).

Se indicará a la paciente que solicite cita en su consulta de referencia según proceda (consulta de Oncología ginecológica o consulta de Ginecología de zona).

CRITERIOS DE INGRESO

Gran parte de las complicaciones postquirúrgicas son diagnosticadas durante el postoperatorio inmediato, estando la paciente aún ingresada. Las complicaciones tardías o diagnosticadas en Urgencias tras el alta que sean subsidiarias de control estrecho precisarán ingreso hospitalario. Los criterios de ingreso serán, entre otros:

- Inestabilidad hemodinámica.
- Fiebre postquirúrgica sin foco aparente o sospecha de infección subsidiaria de control estrecho o tratamiento antibiótico intravenoso.
- Infección de herida quirúrgica necrotizante o celulitis que no mejora con tratamiento antibiótico ambulatorio.
- Necesidad de reintervención quirúrgica: dehiscencia de cúpula vaginal, dehiscencia completa de cicatriz de herida quirúrgica, evisceración, sospecha de lesión vesical o intestinal…

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA (CELULITIS)

Las infecciones de herida quirúrgica con celulitis aislada (placa eritematosa y edematosa sin fluctuaciones) se pueden tratar con un ciclo de antibióticos orales sin necesidad de drenaje quirúrgico.

- De elección: cefadroxilo 500 mg/vo/8h durante 5 días
- Si sospecha de SARM o alergia a betalactámicos: clindamicina 300-600 mg/vo/8h durante 5 días.
- En caso de inmunosupresión o comorbilidad significativa prolongar el tratamiento hasta un total de 10-14 días.

La paciente acudirá de nuevo a Urgencias si no mejora en las próximas 48 horas, aparece fiebre > 38,5ºC, o empeora.

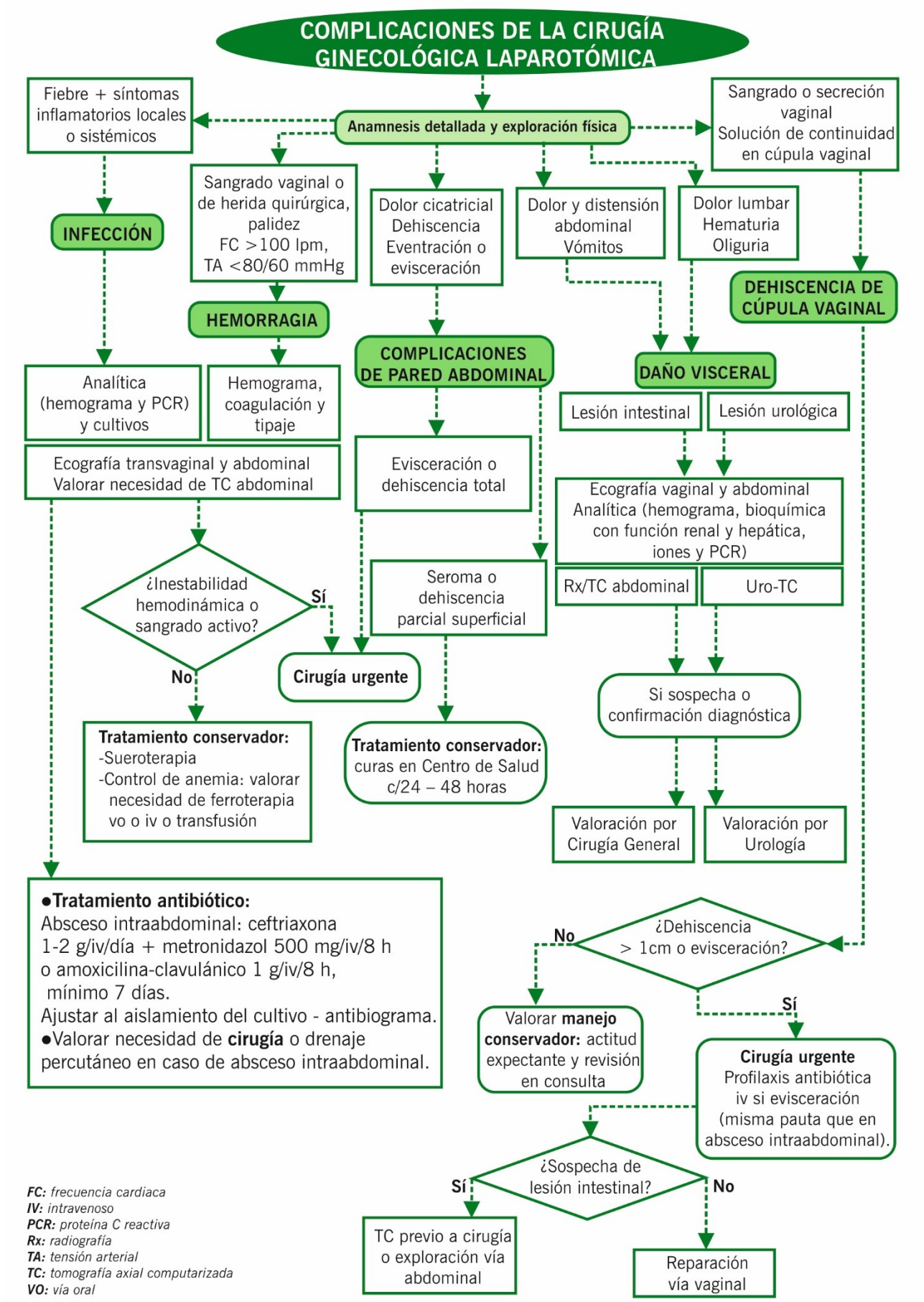
ITU

- Tratamiento de elección: Fosfomicina-trometamol 3 g/vo/una única dosis. Puede repetirse a las 48 o 72 h si persisten los síntomas.

No está indicado urocultivo de control si la paciente se encuentra asintomática tras el tratamiento.

SARM: Staphylococcus aureus resistente a meticilina

ALGORITMO DE MANEJO



FC: *frecuencia cardiaca*
IV: *intravenoso*
PCR: *proteína C reactiva*
Rx: *radiografía*
TA: *tensión arterial*
TC: *tomografía axial computarizada*
VO: *vía oral*

BIBLIOGRAFÍA

1. Hur H. Vaginal cuff dehiscence after total hysterectomy. In: UpToDate, Falcone T, Sharp HT, Eckler K (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on June, 06, 2021.)
2. López Cortés LE, Pereyra Rodríguez JJ, Martínez Brocca MA, Miralles Marrero, Pareja Ciuro F, Sánchez Martínez S. Guía PRIOAM. Infecciones de piel y partes blandas: Imétigo, erisipela/celulitis, fascitis necrotizante y pie diabético. Diciembre de 2017.
3. Mann WJ. Complications of gynecologic surgery. In: UpToDate, Sharp HT, Eckler K (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on May, 05, 2021.)
4. Odom SR. Overview of gastrointestinal tract perforation. In: UpToDate, Weiser M, Raghavendran M, Chen W (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on June, 03, 2021.)
5. Pareja Ciuró F, Rodríguez Hernández MJ, Ferrándiz Millón C, Gómez MJ, Leal R. Guía Prioam. Infecciones intraabdominales: Abscesos intraabdominales. Enero de 2018.
6. Parker WH, Wagner WH. Management of hemorrhage in gynecologic surgery. In: UpToDate, Sharp HT, Eckler K (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on May, 05, 2021.)
7. Recari E, Oroz LC, Jara JA. Complicaciones de la cirugía ginecológica. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 65-79

109 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA VAGINAL

Cano López, Margarita
Merchán Felipe, María Inés
Bernal Muñoz, María Dolores

DEFINICIÓN

Dentro de las complicaciones postquirúrgicas de la cirugía vaginal diferenciamos entre: infecciosas, hemorrágicas y urológicas.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
INFECCIOSAS: diagnóstico diferencial entre **absceso de cúpula vaginal, hematoma de cúpula sobreinfectado, infección de herida quirúrgica.**	
Leucorrea maloliente Manchado vaginal Fiebre y / o tiritona Dolor hipogástrico Taquicardia/ taquipnea	- Exploración ginecológica con especuloscopia y tacto bimanual. - Toma de TA, pulso y temperatura. - Pruebas de imagen: o Ecografía vaginal y /o abdominal: para descartar masa pélvica (absceso cúpula vs hematoma sobreinfectado). Valorar tamaño de la lesión. o Valorar TAC abdominopélvico si dudas diagnósticas o sospecha de lesión urológica y/o intestinal. - Otras pruebas complementarias: o Analítica: Hemograma con bioquímica general y PCR. Estudio de coagulación. Sedimento de orina. o Microbiológicas: Si leucorrea maloliente: toma de cultivo obtenido mediante aspiración inoculado en medio "portagerm" con petición de gram y cultivo aerobio/anaerobio.
HEMORRÁGICAS: diagnóstico diferencial entre los siguientes: **hematoma de cúpula vaginal, sangrado a través de cúpula vaginal, sangrado y/o hematoma de colporrrafia**.	
Sangrado vaginal Dolor hipogástrico	- Exploración ginecológica: especuloscopia para visualización de punto de sangrado y valorar cuantía del mismo. - Tacto bimanual: para descartar hematomas de lecho quirúrgico. - Toma de TA, pulso y temperatura. - Pruebas complementarias: o Analítica: Hemograma, bioquímica y estudio de coagulación. o Ecografía TV/abdominal. o Valorar TAC abdominal con contraste vs angioTAC.
UROLÓGICAS	
Retención aguda postoperatoria	
Sensación dolorosa suprapúbica de inicio rápido (por la vejiga llena) debido a la incapacidad de orinar (no episódica) a pesar de un esfuerzo intensivo persistente. En algunas ocasiones la micción es por rebosamiento "gota a gota".	- Paciente que no puede orinar a pesar de tener la vejiga llena. - En la exploración la vejiga está dolorosamente distendida, y es fácilmente palpable. - Ecografía abdominal /ecografía TV: se visualiza vejiga muy distendida. - Toma de TA, pulso y temperatura. - Sedimento de orina - Hemograma y bioquímica general.

Lesiones del tracto urinario: Incluimos lesiones vesicales, uretrales y ureterales.	
Incontinencia urinaria diurna y nocturna Se puede acompañar de más o menos micciones normales En ocasiones: flujo sanguinolento, hematuria o síntomas del tracto urinario inferior. Dolor o distensión abdominal Nauseas con o sin vómitos. Íleo intestinal Fiebre	- Exploración ginecológica: especuloscopia y tacto bimanual. - Confirmación de la presencia de orina en vagina: determinación de Cr y Urea en líquido es 20-50 veces superior del suero, linfa, o secreción vaginal. - Toma de TA, pulso y temperatura. - Exploración abdominal. - Puñopercusión renal. - Diagnóstico diferencial: Drenaje de líquido peritoneal e infección del muñón vaginal. - Ecografía ginecológica y abdominal: para descartar liquido libre y o masa pélvica. - Sedimento de orina para descartar ITU y hematuria. - Analítica general con bioquímica con función renal y PCR. - Ecografía de riñones y vías urinarias urgente por servicio de radiología: para descartar hidronefrosis, urinoma o colección retroperitoneal. - Valorar otras pruebas de imagen: TAC abdómino-pélvico con contraste, URO-TAC.

Cr: creatinina; ITU: infección del tracto urinario; PCR: proteína C reactiva; TA: tensión arterial; TAC: tomografía axial computarizada; TV: transvaginal

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

TRATAMIENTO DOMICILIARIO
INFECCIOSAS
- Analgesia oral - Amoxicilina – clavulánico 875/125 mg / 8 h VO 10 días o ciprofloxacino 500 mg cada 12h VO + metronidazol 500 mg cada 8 h VO 10 días. - Explicar signos de alarma para volver a consultar en urgencias. - Valorar adelantar cita postquirúrgica en consulta de Suelo Pélvico.
HEMORRÁGICAS
- Analgesia oral - Antibioterapia oral si hematoma: amoxicilina – clavulánico 875-125 mg 1 cada 8 h VO 10 días - Valorar adelantar cita en postquirúrgica en consulta de suelo pélvico
UROLÓGICAS
Retención aguda postoperatoria
Alta a domicilio con sondaje vesical permanente. Solicitará cita de forma preferente en consulta de Suelo Pélvico en las administrativas de consultas externas del semisótano Hospital de La Mujer.
Lesiones del tracto urinario
Valorar sondaje vesical Si no cumple criterios de ingreso, alta a domicilio. Añadir en informe de alta de urgencias: Solicitará cita en la consulta de Urología (UN) en la 2º planta del CDT de forma preferente con el presente informe

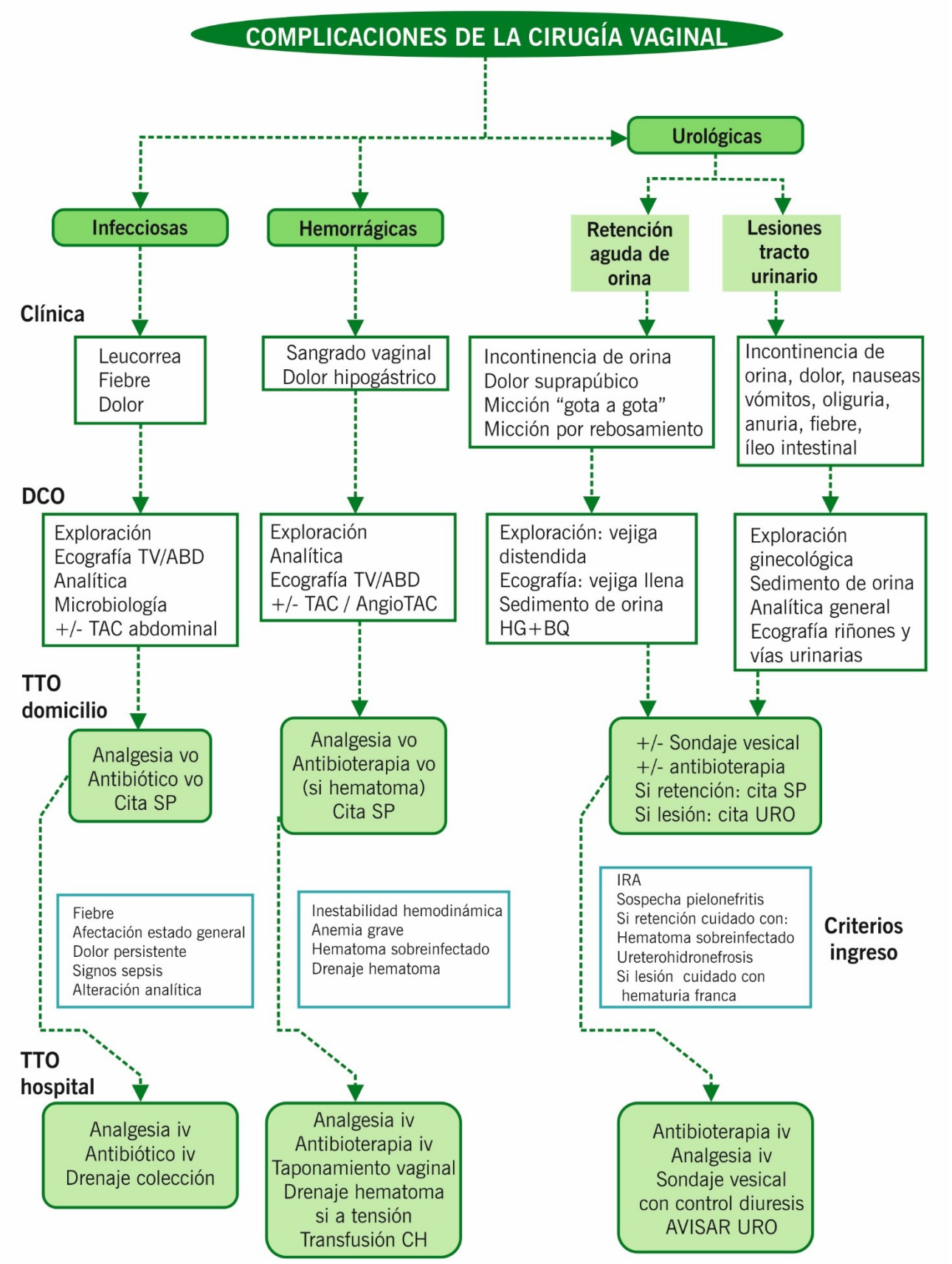
"CDT: Centro de Diagnóstico y Tratamiento

CRITERIOS DE INGRESO Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO	TRATAMIENTO HOSPITALARIO
INFECCIOSAS	
- Afectación del estado general - Fiebre - Dolor que precise analgesia IV - Alteración de la fórmula leucocitaria y/o elevación de FRA - Signos de sepsis - Absceso o hematoma sobreinfectado candidato a drenaje.	- Analgesia intravenosa - Antibioterapia empírica: ceftriaxona 2 gr / 24 h IV + metronidazol 500 mg / 8 h IV o amoxicilina - clavulánico 1 gr cada 8 h IV - Si alergia a β-lactámicos: Aztreonam 1 gr cada 8 h IV + metronidazol 500 mg cada 8 h IV - Valorar drenaje de absceso y/o hematoma sobreinfectado.
HEMORRÁGICAS	
- Inestabilidad hemodinámica - Anemia grave que precise tratamiento con hierro IV y o transfusión de hemoderivados - Sangrado persistente a pesar de medidas conservadoras - Sospecha de sobreinfección de hematoma - Hematoma a tensión con necesidad de drenaje quirúrgico	- Ayuno absoluto si inestabilidad hemodinámica y /o necesidad de abordaje quirúrgico urgente - Taponamiento vaginal mínimo 24 h si sangrado escaso- moderado de colporrafia y no hematoma a tensión que precise drenaje quirúrgico. - Si hematoma antibioterapia IV: amoxicilina - clavulánico 1 gr cada 8 H IV. - Si alergia a β -lactámicos: Ceftriaxona 2 gr cada 24 h IV + metronidazol 500 mg cada 8 h IV. - Si hematoma a tensión valorar drenaje quirúrgico - Transfusión de hemoderivados si anemia con criterios de transfusión.
UROLÓGICAS	
Retención aguda postoperatoria	
- Insuficiencia renal aguda - Sospecha de pielonefritis - Hematuria franca	- Si ITU tratamiento antibiótico específico. Ver GUIA PRIOAM. - Sondaje vesical para vaciado y si la paciente no consigue orinar espontáneamente sondaje vesical permanente - Terapia farmacológica no ha demostrado ser útil en retención urinaria postoperatoria. - No precisa profilaxis antibiótica
Lesiones del tracto urinario	
- Insuficiencia renal aguda - Sospecha de pielonefritis - Hematuria franca - Ureterohidronefrosis moderada- severa	- Control estrecho de constantes - Sondaje vesical con control de diuresis - Valorar antibioterapia si ITU o signos de sepsis y contactar con Urología de guardia.

FRA: reactantes de fase aguda; ITU: infección del tracto urinario; IV: intravenosa

ALGORITMO DE MANEJO



***ABD:** abdominal; **BQ:** bioquímica; **CH:** concentrados de hematíes; **HG:** hemograma; **IV:** intravenosa;*
***SP:** suelo pélvico; **TAC:** tomografía axial computarizada; **TTO:** tratamiento; **URO:** Urología; **VO:** vía oral"*

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía PRIOAM
2. D'Ancona CD, Haylen BT, Oelke M, Herschorn S, Abranches-Monteiro L, Arnold EP, Goldman HB, Hamid R, Homma Y, Marcelissen T, Rademakers K, Schizas A, Singla A, Soto I, Tse V, de Wachter S. An International Continence Society (ICS) Report on the Terminology for Adult Male Lower Urinary Tract and Pelvic Floor Symptoms and Dysfunction. Neurourol Urodyn. 2019 DOI: 10.1002/nau.23897
3. Postoperative urinary retention in females - UpToDate
4. Fantl JA, et al.. Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management. Clinical Practice Guideline No. 2, 1996 Update. AHCPR Publication NO. 96-0682, Agency for Health Care Policy and Research; Department of Health and Human Services, Rockville, MD 199 6.
5. Wang Y, Madley HR. Non-delayed transvaginal repair of highlying vesico-vaginal fistula.J Urol 1990; 1441: 34-6
6. The diagnosis and treatment of iatrogenic ureteral and bladder injury caused by traditional gynaecology and obstetrics operation. Dapang Rao 1, Haifeng Yu, Haibo Zhu, Ping Duan. Arch Gynecol Obstet. 2012 Mar;285(3):763-5. doi: 10.1007/s00404-011-2075-7. Epub 2011 Sep 10.

110 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA MAMARIA

Cobo Nieto, Elena
de León Carrillo, José Manuel
Santos Ridao, Fabiola

DEFINICIÓN

Las complicaciones de la cirugía mamaria son todos aquellos procesos de diferente etiología (infecciosa, hemorrágica, mecánica…) que acontecen en los días posteriores a la intervención quirúrgica sobre la mama y/o la axila (independientemente de tratarse de cirugía benigna u oncológica) y que modifican el curso postoperatorio habitual.

Estas complicaciones generan un aumento de los costes y de la estancia hospitalaria, alargan el postoperatorio y, en ocasiones, retrasan el alta hospitalaria. Además, en lo que a la cirugía del cáncer de mama se refiere, la aparición de estas complicaciones puede incluso retrasar el inicio del tratamiento oncológico complementario.

Por ello, es importante tener en cuenta en primer lugar la posibilidad de aparición de estas complicaciones durante la cirugía, realizando una profilaxis adecuada. En segundo lugar, en caso de que estas aparezcan, su diagnóstico y la aplicación de las medidas terapéuticas necesarias debe ser lo más precoz posible para minimizar las repercusiones que puedan desencadenarse.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

SIGNOS/ SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO
Mama aumentada de tamaño con zona fluctuante	Inspección visual
Piel eritematosa	Exploración física (palpación)
Aumento de temperatura local	Ecografía mamaria en urgencias
Dolor a la palpación. Mastalgia	Analítica urgente (HG + EC + BQ con PCR)
Dehiscencia sutura quirúrgica	
Drenaje espontáneo o a la expresión material seroso/hemático/ purulento	
Febrícula / fiebre termometrada	

BQ: bioquímica; EC: estudio de coagulación; HG: hemograma; PCR: proteína C reactiva

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

TRATAMIENTO DOMICILIARIO	
SEROMA	Analgesia habitual a demanda
DEHISCENCIA	Analgesia habitual a demanda. Cuidados locales de herida quirúrgica (mantener apósito limpio y seco, curas según enfermería)
HEMATOMA	Amoxicilina 875 mg / Ácido Clavulánico 125 mg cada 8h o Cefadroxilo 1 g cada 12h durante 7 días. * Alergia betalactámicos: Clindamicina 300-600mg cada 8h
ABSCESO	Amoxicilina 875 mg / Ácido Clavulánico 125 mg cada 8h o Cefadroxilo 1 g cada 12h durante 7 días. * Alergia betalactámicos: Clindamicina 300-600mg cada 8h
CUERDAS AXILARES	Tratamiento fisioterápico. Valorar tratamiento analgésico específico (en caso de dolor neuropático no controlado con analgesia habitual): Gabapentina 100 mg cada 8h +/- Amitriptilina 25 mg cada 24h

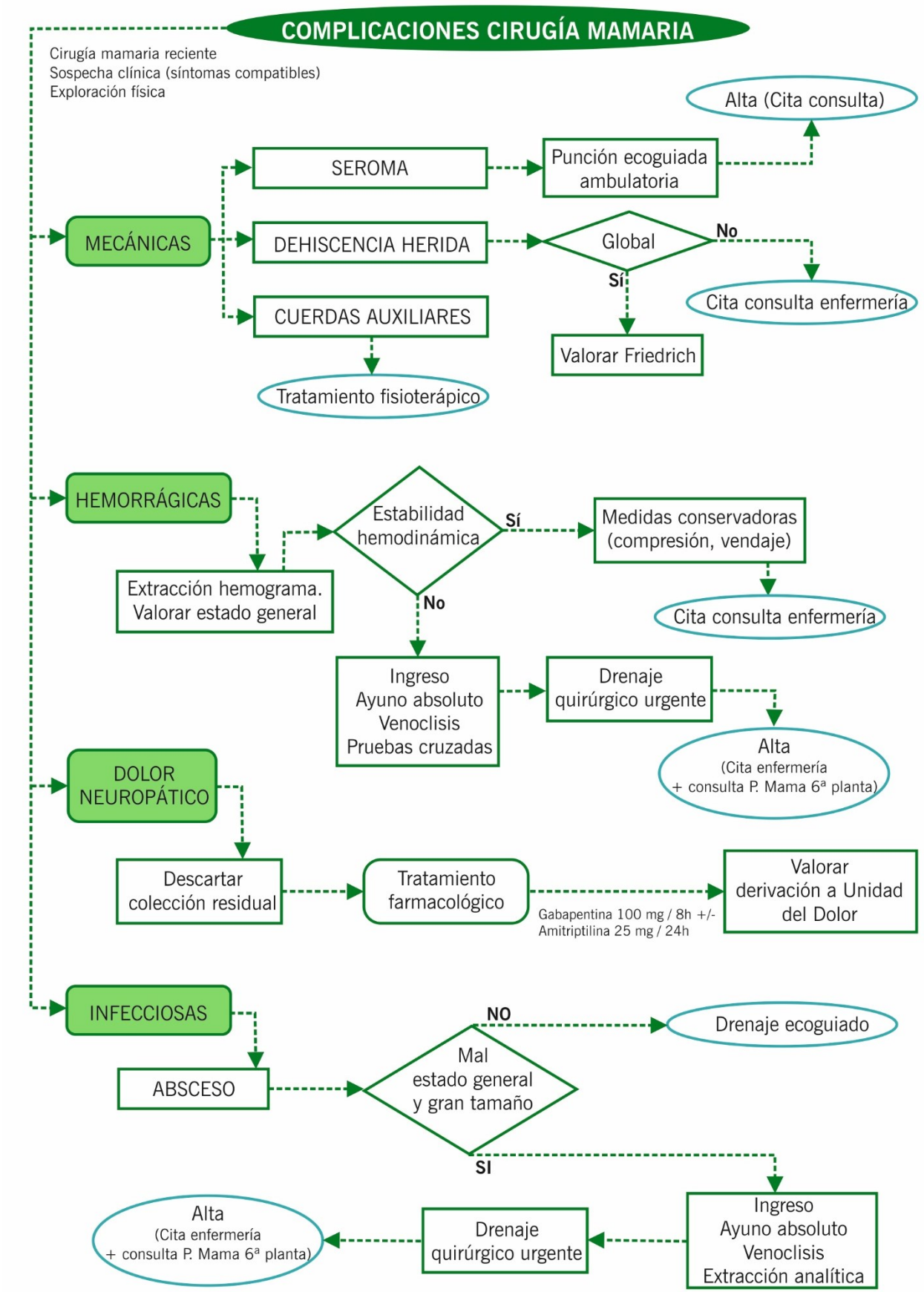
CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS	
SEROMA	Seguimiento en consulta de enfermería y consulta Patología Mamaria (6ª planta Hospital Maternal)
DEHISCENCIA	
HEMATOMA	
ABSCESO	
CUERDAS AXILARES	Derivar a Unidad de Fisioterapia (planta baja Hospital Traumatología)

CRITERIOS DE INGRESO

CRITERIOS DE INGRESO	
SEROMA	No precisa
DEHISCENCIA	
HEMATOMA	Mal estado general. Inestabilidad hemodinámica Fracaso tratamiento oral Grandes dimensiones Necesidad de drenaje quirúrgico urgente
ABSCESO	
CUERDAS AXILARES	No precisa

ALGORITMO DE MANEJO



BIBLIOGRAFÍA

1. Guías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Comisión de Infecciones y Política Antimicrobiana Hospital Universitario Virgen del Rocío (Guía PRIOAM)
2. Signos y síntomas en patología mamaria 2018. Actitudes prácticas. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria.
3. Manual de práctica clínica en Senología 2019. 4ª edición. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria.
4. A. Sierra García. Complicaciones de la cirugía de la mama. Cir Esp; 2001; 69 (3):211-216
5. E. Iglesias Martínez. Complicaciones en la cirugía senológica. Control de calidad. Rev. Senología y patol. Mam.; 1998; 11 (3): 153-158

111 – PATOLOGÍA MAMARIA DE URGENCIAS

Alfaro Galán, Lina
Sousa Vaquero, José María
Hinojal Toscano, Isabel

DEFINICIÓN

La patología mamaria benigna es un motivo de consulta muy común. Pueden ser no tumorales (síndrome de tensión mamaria premenstrual, hematoma, mastitis, absceso, anomalías del desarrollo, telorrea…), tumores benignos (fibroadenoma, tumor Phyllodes, hamartoma, lipoma, etc.) o tumorales malignas, que son menos frecuentes. Las vamos a diferenciar en función si hay o no signos inflamatorios para orientar el diagnóstico. La mamografía y la ecografía mamaria son el método de elección para establecer un diagnóstico diferencial.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

ETIOLOGÍA	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
Tumor benigno	Masas palpables (generalmente consultan por autopalpación positiva) uni o bilaterales, móviles elásticas, bien delimitadas y sin signos inflamatorios asociados.	Clínico - Anamnesis - Exploración de la mama, axila, hueco supraclavicular y cadena yugular Radiológico - Mamografía y Ecografía
Tumor maligno	Masa uni o bilateral donde se refiere crecimiento rápido y sin signos inflamatorios asociados	Clínico - Anamnesis - Exploración de la mama, axila, hueco supraclavicular y cadena yugular Radiológico - Mamografía y ecografía BAG si precisa
Infecciosa: Mastitis, galactoforitis, absceso.	Masa indurada unilateral, roja, caliente, eritematosa y dolorosa a la palpación. Si fluctúa sospecha absceso Fiebre, síntomas sistémicos , sepsis	Clínico - Anamnesis - Exploración de la mama, axila, hueco supraclavicular y cadena yugular - Valorar prueba de imagen de la mama una vez resuelto el cuadro - Derivación a UPM(F) tras realización de pruebas de imagen
Traumática	Masa unilateral dolorosa, eritematosa y mal definida. Retracción piel y pezón. Antecedente traumático. Equimosis	Clínico - Si evolución tórpida o etiología no clara ecografía de mama y derivación de UPM(F)

Anomalías del desarrollo	- Alteraciones de número y tamaño: mamas y pezones supernumerarios, agenias, hipertrofia… - Alteraciones de la forma, peso, densidad y pigmentación - En adolescentes: telarquia en niñas y ginecomastia en niños	Clínico - Anamnesis - Exploración de la mama, axila, hueco supraclavicular y cadena yugular Derivar a UPM(F)
Otras	**Telorrea:** secreción a través del pezón pudiendo ser: - Fisiológica: generalmente bilateral y multipórica, de aspecto claro o lechoso. Galactorrea (secreción láctea) - Patológica: predominantemente unilateral, unipórica, de aspecto seroso, serosanguinolento o sanguinolento: ectasia ductal…	- En caso de sospechar galactorrea remitiremos a UPM(F) de manera ordinaria - En caso de secreción unilateral no láctica realizaremos citología del material (en Urgencias), petición de mamografía, galactografía y ecografía. Derivación a UPM(F) preferente
	Mastodinia: cuadro de congestión mamaria que aparece en relación con el ciclo menstrual **Mastalgia:** dolor no relacionado con ciclo menstrual generalmente bilateral	Clínico - Anamnesis - Exploración de la mama, axila, hueco supraclavicular y cadena yugular Radiológico en caso de mastalgia - Mamografía y Ecografía

UPM (F): Unidad de Patología Mamaria en CCEE Dr. Fleming (Patología benigna)
UPM (H): Unidad de Patología Mamaria en 6º Planta de Hospital de la Mujer (Patología mamaria maligna o que requiere cuidados de Enfermería de la mama)
"BAG: biopsia con aguja gruesa

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO DOMICILIARIO
Tumoral benigno	Expectante (mediante ecografía para controlar evolución) Cirugía (si crecimiento rápido o duda diagnóstica)
Tumoral maligno	Etiológico
Infecciosa	Cefadroxilo 500mg 2 comp cada 12 h vo 7-14 días. Alternativa en alergia a B-lactámicos: Clindamicina 450 mg 1 comp cada 8h vo 7-14 días
Traumática	Analgésicos y antiinflamatorios
Mastalgia y Mastodinia	Analgésicos/tranquilizar a la paciente en la mastodinia
Telorrea	Etiológico
Anomalías del desarrollo	No precisa

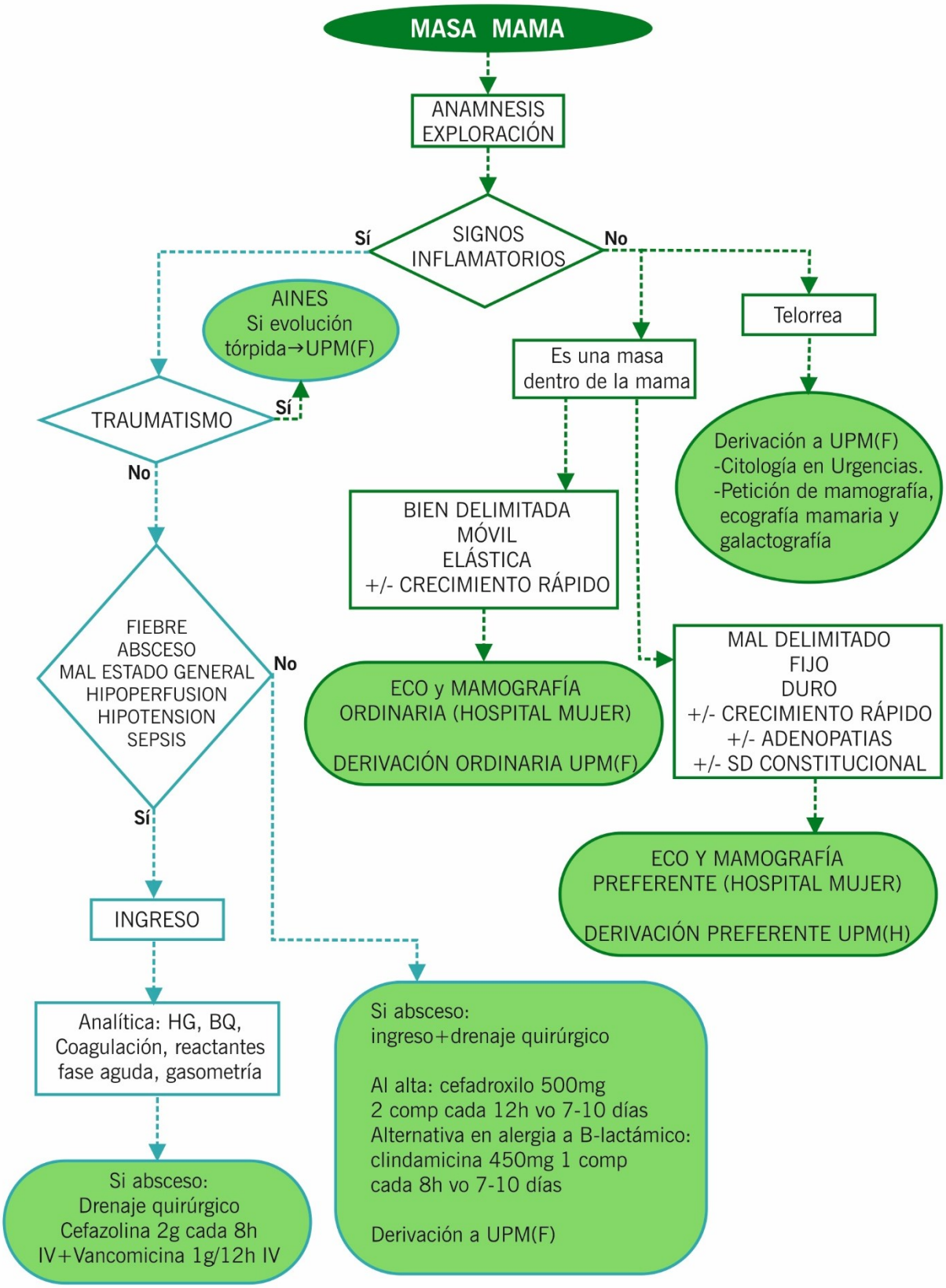
CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

ETIOLOGÍA	INGRESO
Patología tumoral	No requiere ingreso
Patología infecciosa	Absceso (drenaje quirúrgico y antibioterapia IV). Ingreso en 6º Planta de Hospital de la Mujer
Patología Traumática	Hematoma a tensión (drenaje quirúrgico). Ingreso en 6º planta de Hospital de la Mujer.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

ETIOLOGÍA	DERIVACIÓN
Patología tumoral	Petición de ecografía mamaria ordinaria o preferente en función de sospecha de benignidad o malignidad en Radiología del Hospital de la Mujer Derivación ordinaria o preferente en función de sospecha de benignidad o malignidad a unidad de patología de mama (UPM) en Fleming o 6º Planta de Hospital de la Mujer.
Patología infecciosa	Derivación a UPM(F) para seguimiento.
Patología Traumática	Derivación a UPM(F) para seguimiento
Anomalías del desarrollo	Derivación a UPM(F) para seguimiento
Telorrea	Derivación a UPM(F) para seguimiento

ALGORITMO DE MANEJO



*Seguir recomendaciones guía PRIOAM

BQ: *bioquímica;* ***HG:*** *hemograma;* ***IV:*** *intravenoso;* ***UPM(F):*** *Unidad de Patología Mamaria en CCEE Dr. Fleming (Patología benigna);* ***UPM (H):*** *Unidad de Patología Mamaria en 6º Planta de Hospital de la Mujer (Patología mamaria maligna o que requiere cuidados de Enfermería de la mama)*

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno D, Delgado C, Utor DA, Serrano I. Patología Mamaria benigna. Lesiones benignas y proliferativas sin atipias. En: Manual de práctica clínica en senología 2019. 4 ª Edición. Sociedad española de senología y patología mamaria. ISBN 978-84-09-13675-9; 2019: 128-137
2. Aguilar M, Chacón C, Chaparro E, et al. Mastitis y absceso mamario lactacional. Guía PRIOAM Virgen del Rocío. 2018. https://guiaprioam.com/indice/mastitis-y-absceso-mamario-lactacional/ (consultada el 29-05-21).
3. Muñoz M. Manual de urgencias ginecológicas. En: Muñoz M. Manual de urgencias ginecológicas. 1ª ed. Madrid, CTO; 2015:42-45.

112 – ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

Calderón Cabrera, Ana María
Ventura Sauci, Laura
Gómez Vázquez, Virginia

DEFINICIÓN

La anticoncepción de urgencia (AU) consiste en utilizar un fármaco o dispositivo para prevenir un embarazo tras una relación sexual coital desprotegida o en la que se ha producido un fallo potencial del método anticonceptivo habitual. En ningún caso se trata de un método anticonceptivo regular, y es por ello que su uso está indicado en las siguientes situaciones:

- Relación sexual coital sin protección.
- Fallo potencial de un método anticonceptivo regular: no hormonal u hormonal.
- Exposición a fármacos o sustancias teratogénicas en las situaciones anteriores.
- Violación a mujer que no utiliza método anticonceptivo habitual.

ENTREVISTA CLÍNICA
Motivo de la demanda
Fecha de la última regla. Si hay retraso menstrual hacer un test de gestación. Si éste es positivo, no administrar la anticoncepción de emergencia.
Características de los ciclos menstruales
Fecha del coito y horas transcurridas desde el mismo
Existencia de otros coitos sin protección dentro del mismo ciclo menstrual
Utilización de métodos anticonceptivos
Valorar la ausencia de contraindicaciones
Valorar el riesgo de transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS) para instaurar tratamiento profiláctico y derivar a la consulta de ITS para seguimiento si precisa.

TRATAMIENTOS DISPONIBLES

POSOLOGÍA E INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	REACCIONES ADVERSAS	INDICACIONES Y OBSERVACIONES
LEVONORGESTREL *(Postinor®, Norlevo®)*			
DOSIS: **1,5 mg VO dosis única o 2 dosis de 0,75 mg con un intervalo máximo de 12 horas** **INDICACIÓN:** **Hasta 72 horas (3 días)** después del coito	- Gestación (categoría 4 OMS) - Hipersensibilidad a LNG o a cualquier otro componente del medicamento. - Intolerancia a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa (contiene lactosa monohidrato entre sus excipientes) - Insuficiencia hepática grave Los síndromes graves de malabsorción (ej. Enf. Crohn) pueden disminuir la eficacia.	- **Muy frecuentes** (>10%): náuseas, dolor abdominal, cefalea, hemorragia uterina, hemorragia vaginal, fatiga. - **Frecuentes** (1-10%): vómitos*, diarrea, mareo, menstruación irregular, mastalgia, retraso en la menstruación. - **Muy raras** (<0,01%): dismenorrea, dolor pélvico, erupciones cutáneas, prurito, urticaria, edema facial. - **De frecuencia desconocida**: tromboembolismo * Si aparecen vómitos en las primeras 2 horas tras su toma, se debería repetir la dosis o indicar la inserción DIU-Cu.	Autorizado en ficha técnica para > **16 años**. Puede utilizarse en **cualquier momento del ciclo**. **No** hay **contraindicación** para usarla **varias veces en el mismo ciclo** pero informar de posibles alteraciones en el ciclo. Puede usarse también durante la **lactancia materna**. Aconsejar administrarla tras una toma y retrasar la siguiente al menos 8h. **Inductores enzimáticos (incluida profilaxis postexposición VIH), tratamiento actual o en los últimos 28 días**: pueden disminuir la eficacia de LNG. Recomendar DIU-Cu. Si lo rechaza se puede se les podría administrar tan pronto como sea posible y dentro de las primeras 72 horas tras la relación de riesgo.

ACETATO DE ULIPRISTAL (*EllaOne®*)			

DOSIS:
30 mg VO dosis única
 	
INDICACIÓN:
Hasta las 120 horas (5 días) después del coito
 	
** Es el único método de AU oral con licencia para ser usado entre las 72 y las 120 horas después de la relación sexual no protegida*
	- Gestación conocida (categoría 4 OMS)
	- Hipersensibilidad a AUP o a cualquier otro componente del medicamento
	- Intolerancia a galactosa (la contiene entre sus excipientes)
	- Asma grave no controlada
	- Insuficiencia hepática o renal grave
		- **Frecuentes** (1-10%): náuseas, vómitos*, dolor abdominal, cefalea, mareo, alteraciones del estado de ánimo, dismenorrea, aumento de la sensibilidad mamaria, dolor pélvico, fatiga.
		- **Poco frecuentes** (0,1-1%): diarrea, dispepsia, flatulencia, sequedad de boca, sofocos, somnolencia, migraña, ansiedad, insomnio, menorragia, metrorragia, vaginitis, acné, prutito…
		- **Raras** (0,01-0,1%): prurito vaginal, dispareunia, sequedad de garganta, vértigo…
		
		** Si aparecen vómitos en las primeras 3 horas tras su toma, se debería repetir la dosis o indicar la inserción DIU-Cu.*
			- Autorizado en ficha técnica para **> 18 años**.
			- Se puede excretar por la leche materna (hasta 5 días después), por lo que si la mujer está con lactancia natural, recomendar extracción manual y desechar la leche los 7 días posteriores.
			- **No** hay evidencia para usarlo más de una vez en el mismo ciclo.
			- **Interacciones medicamentosas**:
			  o Inductores enzimáticos: no usar AUP durante el tratamiento o en los 28 días tras finalizarlo
			  o Medicamentos que aumenten pH gástrico: no usar AUP
			  o ACHO: usar método adicional durante 14 días (combinados), 16 días (Qlaira®) o 9 días (sólo gestágenos)

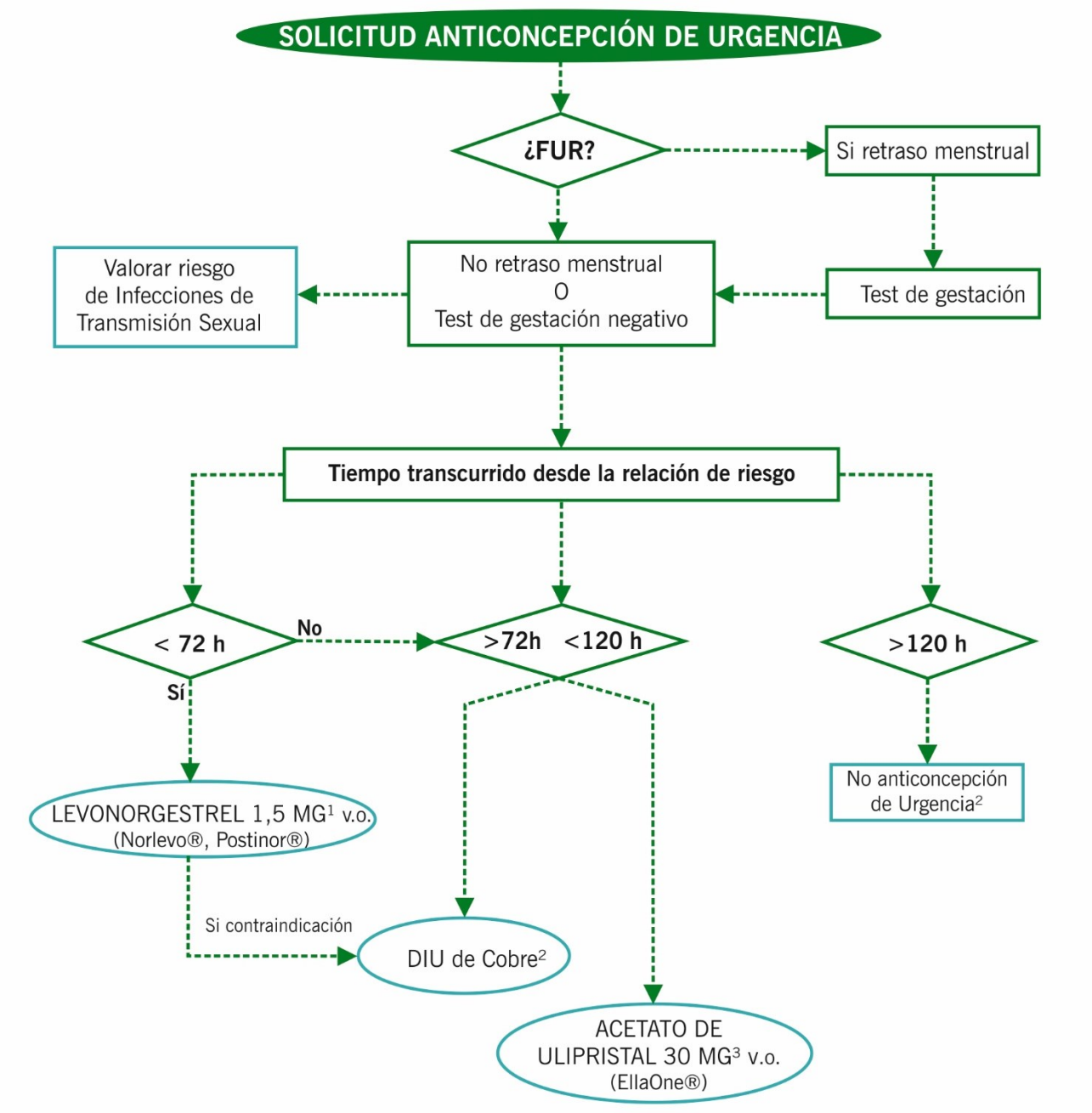
DIU-Cu (*DIU Effi-T 380®* / *Nova T 380®* /....)			
DOSIS: Dispositivo Intrauterino de cobre de alta carga activa (380 mm2) **INDICACIÓN:** **Hasta las 120 horas (5 días)** después del coito Duración: máximo 4-5 años, según el dispositivo.	- Categoría 4 de la OMS: gestación, endometritis o sepsis puerperal o postaborto, EPI activa, sangrado vaginal sin diagnosticar, ßHCG persistente o enfermedad trofoblástica maligna, ser portadora de otro DIU, ITS activa hasta su resolución, tuberculosis pélvica, SIDA mal controlado, miomas uterinos con distorsiones uterina severa, neoplasia genital sin tratar, enfermedad de Wilson - Categoría 3 de la OMS: >48h y <4 semanas postparto, múltiples parejas, carcinoma ovario, trombocitopenia severa, alto riesgo ITS, solicitud AU tras una violación	- **Perforación uterina** durante su inserción (riesgo muy bajo, 1/1.000). - **Dolor** durante o tras la inserción. - **Sangrado más abundante y prolongado** (suele disminuir en los meses siguientes).	- Se podría insertar **desde un primer momento**, pero si no es posible, dar otro método anticonceptivo y citar lo antes posible para insertarlo. - **Buena opción** para mujeres en **tratamiento con inductores enzimáticos** que lo han realizado en los últimos 28 días. - **Opción más costo-efectiva**, por su posibilidad de mantenerlo como anticoncepción a largo plazo.

AU: anticoncepción de urgencia; AUP: acetato de ulipristal; ACHO: anticonceptivos combinados hormonales orales; ßhCG: hormona gonadotropina coriónica humana fracción beta; DIU-Cu: dispositivo intrauterino de cobre; EPI: enfermedad pélvica inflamatoria; ITS: infecciones de de transmisión sexual; LNG: levonorgestrel; OMS: Organización Mundial de la Salud; SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VO: vía oral

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA
Administración de AU vía oral: derivación a planificación familiar para recomendar método anticonceptivo habitual.
Indicación de DIU: inserción en consulta de urgencias obstétrico-ginecológicas y solicitar revisión post-inserción en consultas de obstetricia de área en 6-8 semanas.

ALGORITMO DE MANEJO



[1]Si tratamiento con inductores enzimáticos o tratamiento profiláctico post-exposición frente a VIH (≤28 días): dar 2 comprimidos. Venta libre en Farmacia, no financiado por el SAS. Disponible en el Servicio de Urgencias.

[2]Posibilidad de inserción hasta 7 días tras la relación de riesgo según la Sociedad de Obstetricia Y Ginecología Canadiense. Independiente del Índice de Masa Corporal.

[3]No es eficaz al 100%, por lo que si presenta un retraso menstrual >7 días debe acudir al Centro de Salud para realizarse una prueba de embarazo. Venta libre en Farmacia, no financiado por el SAS.

[4]Lactancia materna: Si Levonorgestrel, evitar lactancia hasta 8 horas después. Si Acetato de Ulipristal, evitar lactancia hasta 7 días después.

DIU: *dispositivo intrauterino;* ***FUR:*** *fecha de última regla;* ***SAS:*** *Servicio Andaluz de Salud*

BIBLIOGRAFÍA

1. Turok D. Emergency contraception (2021). En Schreiber CA (Ed.), Eckler K (Ed.), UpToDate. Recuperado el 1 de junio de 2021.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Contracepción (SEC). Protocolo anticoncepción de urgencia. 2013
3. Consejería de Salud y Familias. Servicio Andaluz de Salud. Consulta de reorientación de la demanda. Protocolo asistencial. Anticoncepción. 2020.
4. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. Anticoncepción de emergencia. Protocolo de Dispensación. 2006.
5. Moreau C, Trussell J. Results from pooled Phase III studies of ulipristal acetate for emergency contraception. Contraception 2012;86(6):673-80.
6. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2009. http//wholibdoc.who.int/publications/20110/9789241563888_eng.pdf.

113 – ATENCIÓN URGENTE A LA MUJER CON SOSPECHA DE AGRESIÓN SEXUAL

Merchán Felipe, María Inés
Rosso González, María Rosario
Rosales Torbaño, Cristina

DEFINICIÓN

a) **Agresión sexual:** Cualquier atentado contra la libertad sexual realizado con violencia o intimidación.
b) **Violación:** Cuando la agresión sexual consiste en la penetración del órgano sexual masculino por via vaginal, anal o bucal o la introducción de cualquier objeto o miembro corporal por via vaginal o bucal.
c) **Abuso sexual:** Cualquier atentado contra la libertad e indemnidad sexuales en los que se actúa sin mediar violencia o intimidación, aunque sin consentimiento.

La edad de consentimiento sexual es la edad por debajo de la cual, está prohibido realizar actos de carácter sexual con un menor, por ley es a los 16 años.

DIAGNÓSTICO

Recepción	¡¡NO EXPLORAR SIN MÉDICO FORENSE PRESENTE!! - Recepción: La paciente pasará a una consulta o sala donde pueda permanecer sola o con familiares que la acompañen para salvaguardar su intimidad. - Comunicar los hechos y datos de la paciente al Juzgado de Guardia (Teléfono 600157594). Ocasionalmente se debe enviar FAX al juzgado para hacerlo oficial; en el que debe aparecer un teléfono de contacto (Busca de ginecología de guardia). - Transcripción inicial de los hechos referidos: Fecha, hora, circunstancias de lo acontecido, presunto agresor. - Informar de todas las exploraciones que se le van a realizar y su finalidad.	
Anamnesis	Recoger antecedentes médicos, quirúrgicos, alergias medicamentosas, antecedentes ginecológicos (Fecha de última regla, fórmula menstrual, método anticonceptivo, ETS).	
Exploración	**General**	Lesiones extragenitales genéricas de violencia (Contusiones, mordeduras, heridas, fracturas…). Si existen estas lesiones, es motivo de valoración en urgencias del Hospital de Traumatología.
	Ginecológica	- Inspección vulvo-vaginal minuciosa (himeneal en caso de no relaciones sexuales previamente). - Especuloscopia. - Tacto bimanual. - Ecografía transvaginal/abdominal.
Toma de muestras	Es el médico forense el que decide las muestras que se van a tomar. La custodia normalmente es ejercida por la policía científica o forense. Si por orden judicial corre a cargo del ginecólogo, existe un documento en el protocolo andaluz de actuación sanitaria ante violencia de género para garantizar la custodia. La toma de muestras incluye: - Toma vaginal y/o anal y/o bucal con hisopo seco y estéril. - Lavado vaginal y/o anal y/o bucal con 10 cc de suero fisiológico que se recogerá en tubo estéril. - Toma de muestra con torunda para cultivo vaginal y tomas específicas para gonococo y clamidias (inicial y repetir a los 7 días). - Peinado púbico sobre sábana blanca (posibles pelos del agresor). - Recorte de uñas (posible piel del agresor). - Ropas de la paciente.	
Pruebas complementarias	Hemograma, estudio de coagulación y bioquímica con PCR y BHCG. Serología: VHB (inicial y a las 6 semanas), VHC, VIH (inicial, 6 semanas, 3 meses, 6 meses), sífilis (inicial, 6 semanas). Tóxicos en orina (si el médico forense lo reclama).	

ßhCG: hormona gonadotropina coriónica humana fracción beta; ETS: enfermedades de transmisión sexual; PCR: proteína C reactiva; VHB: virus hepatitis B; VHC: virus hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Profilaxis de ETS	**General**	Ceftriaxona 250 mg IM dosis única + Metronidazol 2 gr VO dosis única + Doxiciclina 100 mg/12 horas VO 7 días
	Alergia B-lactámicos	Espiramicina 2 gr IM dosis única + Metronidazol 2 gr VO dosis única + Doxiciclina 100 mg/12 horas VO 7 días
	Gestantes	Azitromicina 1 gr VO dosis única + Eritromicina 500 mg/6 horas VO 7 días
Prevención de VIH	Truvada (Emtricitabina + Tenofovir) + Isentress (Raltegravir) 1 cada 24 horas VO durante 72 horas.	
Anticoncepción de urgencia	- Levonorgestrel (Postinor®, Norlevo®) 1.5 mg VO 1 comprimido si < 72 horas. - Ver tema específico.	

ETS: enfermedades de transmisión sexual; IM: intramuscular; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VO: vía oral

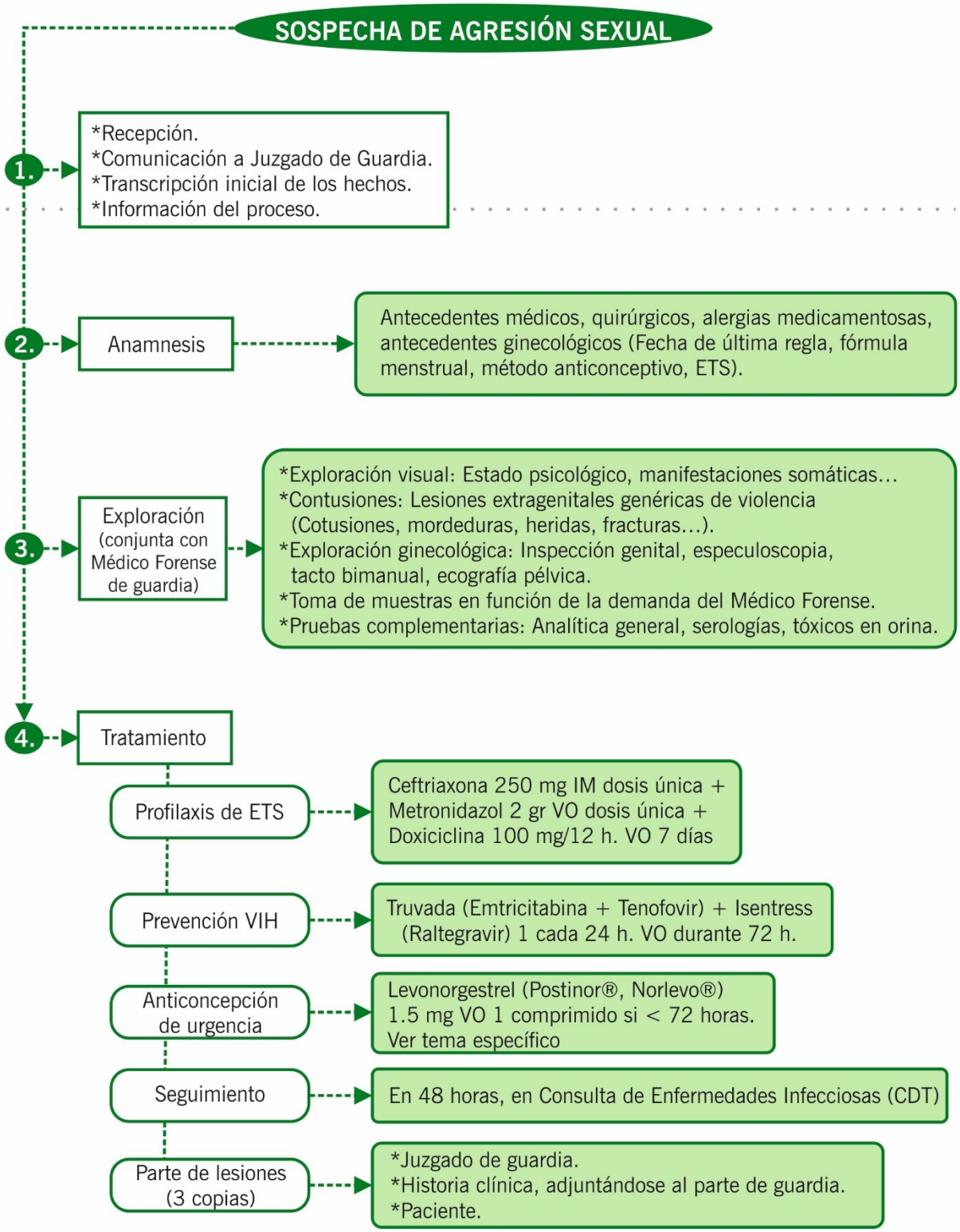
CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

- Pacientes con lesiones importantes
- Cuando sea necesario ampliar estudio.
- Como alternativa a un centro de acogida cuando la protección no esté asegurada

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS EXTERNAS

El resultado de las pruebas complementarias será valorado en consulta de Enfermedades Infecciosas (Centro de Diagnóstico y Tratamiento, CDT). La paciente pedirá cita en 48 horas con el informe de alta.

ALGORITMO DE MANEJO



CDT: *Centro de Diagnóstico y Tratamiento;* ***ETS:*** *enfermedades de transmisión sexual;*
IM: *intramuscular;* ***VIH:*** *virus de la inmunodeficiencia humana;* ***VO:*** *vía oral"*

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía. 1ª edición 2020.
2. Alonso M, Bedoya JM, Cayuela A, Dorado M, Gómez M, Hidalgo D. Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. Progresos en Obstetricia y Ginecología 2004; 47:511-20.
3. Boletín Oficial del Estado (BOE) de 16 de septiembre de 2006. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Accedido el 21 de enero de 2007]. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/ pdfs/A32650-32679.pdf
4. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos: plan de acción contra la violencia doméstica (1998-2000). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer; 2000.
5. Delgado A, Aguar M, Castellano M, Luna del Castillo JD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. Atención Primaria. 2006, 38(2):82-9.
6. Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, et al. Violencia Doméstica. SEMFYC. Madrid; 2003.
7. García-Moreno C. Dilemas and opportunities for an appropriate health-service response to violence againts women. Lancet 2002; 359:1509-1514.
8. Larrión Zugasti JL, de Paúl Ochotorena J. Mujer, violencia y salud. Med Clin (Barc) 2000; 115: 620-24.
9. Ministerio del Interior. Anuarios Estadísticos [accedido 22 enero 2006] Disponibles FT en: http://www.mir.es/sites/mir/otros/publicaciones/catalogo/unidad/secgenTecnica/ periodicas.html.
10. Romito P, Molzan TJ, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. Soc Sci Me 2005;60:1717-27.

URGENCIAS GINECOLÓGICAS PEDIÁTRICAS

Coordinadora: Ana María Calderón Cabrera

URGENCIAS GINECOLÓGICAS PEDIÁTRICAS 74
201 – ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) 75
202 – ALTERACIONES VULVOVAGINALES 81
203 – ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EMBARAZO Y ABORTO EN LA ADOLESCENCIA 87
204 – DOLOR ABDOMINOPÉLVICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO 91
205 – ENTREVISTA Y EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 97
206 – HEMORRAGIAS GENITALES 102
207 – INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) 108
208 – PATOLOGÍA MAMARIA 116

Capítulo perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS DE GINECOLOGÍA del Hospital Universitario Virgen del Rocío.
ISBN: 978-84-09-43801-3
Copyright © 2022 Hospital Universitario Virgen del Rocío
Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.

201 – ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

Anchóriz Esquitino, Macarena
Merchán Felipe, Inés
Calderón Cabrera, Ana María

DEFINICIÓN

La violencia sexual a personas menores de edad (VSPME) o abuso sexual infantil (ASI), incluye las acciones de contenido sexual realizadas en la persona de un menor de edad con asimetría de poder (edad, madurez, jerarquía…) bajo coacción, agresión o engaño (seducción) y con la condición de ocultarlo.

La violencia sexual no implica de forma obligada violencia física.

CLÍNICA

INDICADORES DE SOSPECHA

1. El menor o el acompañante adulto manifiesta que es objeto de conductas compatibles con ASI.
2. Conductas hipersexualizadas/ autoeróticas (raras a su edad)
3. Conocimientos sexuales inusuales para su edad.
4. Dolor anal o genital.
5. Heridas o marcas en genitales. Alteraciones del himen (fisuras, laceraciones, desgarros, etc.).
6. Heridas o marcas en región anal o perianal (fisuras, dilatación, erosiones rotura del esfínter anal).
7. Equimosis, hematomas, impresiones digitales en otras zonas (muslos, crestas iliacas, antebrazos, etc.).
8. Sangrado vaginal o anal.
9. Cuerpos extraños en vagina o ano.
10. Presencia de semen u otro material biológico.
11. Infecciones de transmisión sexual (ITS).
12. Embarazo.

ANTE ELLOS…

- El abuso sexual debe ser incluido en el diagnóstico diferencial.
- No siempre son específicos de abuso sexual.
- La presencia de uno, por sí solo, en pocas ocasiones permite establecer o descartar el diagnóstico de abuso sexual; se requiere completar el estudio médico, social y psicológico en todos los casos.

DATOS QUE APOYAN LA SOSPECHA CLÍNICA

- El menor o sus cuidadores no ofrecen una explicación convincente del mecanismo de producción o contagio.
- La localización o la naturaleza de las lesiones no es compatible con accidente, existencia de enfermedades o mecanismo de producción referidos.
- Las características de las lesiones, enfermedades o conductas del niño se relacionan específicamente con prácticas de abuso sexual.

DIAGNÓSTICO

EXPLORACIÓN FÍSICA

- No forzar al niño a la exploración.
- Repetir la exploración el menor número de veces posible. Debe realizarla el profesional más formado en ASI.
- Exploración completa por aparatos y de las tres áreas: genital, anal y bucal.
- Describir y enumerar el tamaño, localización y número de las lesiones en piel y mucosas.
- Sólo será necesario revisar los genitales internos con espéculo u otros dispositivos cuando se sospeche la introducción de un cuerpo extraño, o cuando el paciente presente hemorragias genitales.
- El tacto rectal no es necesario en la valoración de la VSPME.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Laboratorio de urgencias: hemograma, estudio de coagulación, bioquímica básica y análisis elemental de orina. Test de gestación en niñas con menarquia.

Tóxicos en sangre y orina

Serología en sangre: treponema pallidum, marcadores hepatitis B y C, VIH, herpes simple tipo 1 y 2.

Microbiología:

- Bacteriología (tubo con medio de cultivo, tapón azul) para cultivo de secreción vaginal y de úlceras y lesiones exudativas si las hubiera.
- PCR para Neisseria gonorrhoeae, clamidias, mycoplasma urealyticum, herpes simple 1 y 2 (medio de virus, tapón rojo).
- PCR para VPH (tubo con medio específico, tapón blanco)

En las solicitudes especificar en observaciones "sospecha de ASI" Hospital Infantil.

Consultar con médico forense la cadena de custodia.

¿CUÁNDO REALIZAR DETECCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)?

Independientemente del tiempo transcurrido desde la agresión:

- Si ha existido contacto sexual genital-anal no únicamente digital (con certeza)
- Si el agresor tiene una enfermedad de transmisión sexual (ETS) conocida o múltiples parejas
- Si se trate de una comunidad con elevada prevalencia de ETS
- Si existen signos clínicos de ETS, penetración traumática o historia familiar de ETS
- Si lo solicita el paciente o sus familiares.

La toma de muestras médicas para el despistaje de ITS, se realizará tras hacer constar en la historia clínica el consentimiento informado verbal del progenitor acompañante.

TRATAMIENTO

Quimioprofilaxis de ITS

Se realizará cuando existan indicadores de sospecha de abuso sexual y contacto con fluidos del agresor, cuando tengamos sospecha o confirmación de que el agresor tenga una ITS o la existencia de síntomas y signos de infección en el niño.

- Ceftriaxona 125 ó 250 mg IM en dosis única según peso (< ó > 45 kg)
- Azitromicina 20 mgr / Kg VO (máximo 1 g) en dosis única
- Metronidazol 2 g VO dosis única

Profilaxis hepatitis B

Si está vacunado correctamente	No hacer nada
Si está incorrectamente vacunado	Reiniciar o proseguir la vacunación según la pauta indicada
Si no está vacunado	- Inmunoglobulina específica antihepatitis B (HBIG) 0,06 ml/kg (máximo 5 ml) antes de transcurridas 24 horas de la agresión. - Primera dosis de la vacuna por vía IM 0,5 ml (10 mg) si es menor de 10 años de edad y 1 ml (20 mg) si es mayor de 10 años. Se completará la vacunación según calendario vacunal vigente.

Quimioprofilaxis VIH

Valoración de riesgo según:

- Práctica sexual
- Estado serológico de la pareja
- Susceptibilidad del huésped

Niños < 12 años:

zidovudina (4 mg/kg/12h) + emtricitabina (6 mg/kg/24h) + lopinavir/ritonavir (230-300 mg/m2 cada 12 horas). Existen preparados en solución de los fármacos.

Niños ≥ 12 años:

tenofovir 245 mg + emtricitabina 200 mg en un sólo comprimido/24 horas + raltegravir 400 mg/12 horas. Iniciar en las primeras 72 horas tras contacto y mantener 28 días.

Derivación a **consulta de Infecciosos Pediátrico** para cribado de otras ITS y seguimiento.

Anticoncepción de emergencia

Se recomienda en niñas puberales si se ha producido coito o contacto genital con semen.

- Levonorgestrel 1,5 mg VO en dosis única. (POSTINOR®, NORLEVO®). Autorizado en ficha técnica para mayores de 16 años. En menores de 16 años debe contar con autorización de sus padres o tutor legal. Debe administrarse en las primeras 72 horas.

En caso de **lesiones graves que precisen tratamiento específico** se solicitará intervención de los **especialistas necesarios** (ginecología, cirugía, traumatología…).

OBSERVACIONES

- La elaboración de parte judicial es obligatoria ante la existencia de indicadores de sospecha de abuso sexual.
- No es preciso el consentimiento de los padres para la toma de muestras si la exploración se realiza en presencia del forense aunque se debe informar verbalmente de todo el procedimiento a los padres o tutores.
- Anotar el nombre de todos los profesionales que intervienen (médicos, enfermería) y el del médico forense de guardia (MFG) que acude.
- Se anotarán en las hojas de consulta los datos identificativos (nombre, apellidos, dirección, teléfono) de ambos progenitores, o en su defecto de la persona acompañante.
- Una vez completado el informe clínico, si la exploración se ha realizado en ausencia del MFG, se remitirá de forma urgente mediante fax al juzgado de guardia (JG), como documento adjunto al parte judicial enviado con anterioridad.

CRITERIOS DE INGRESO

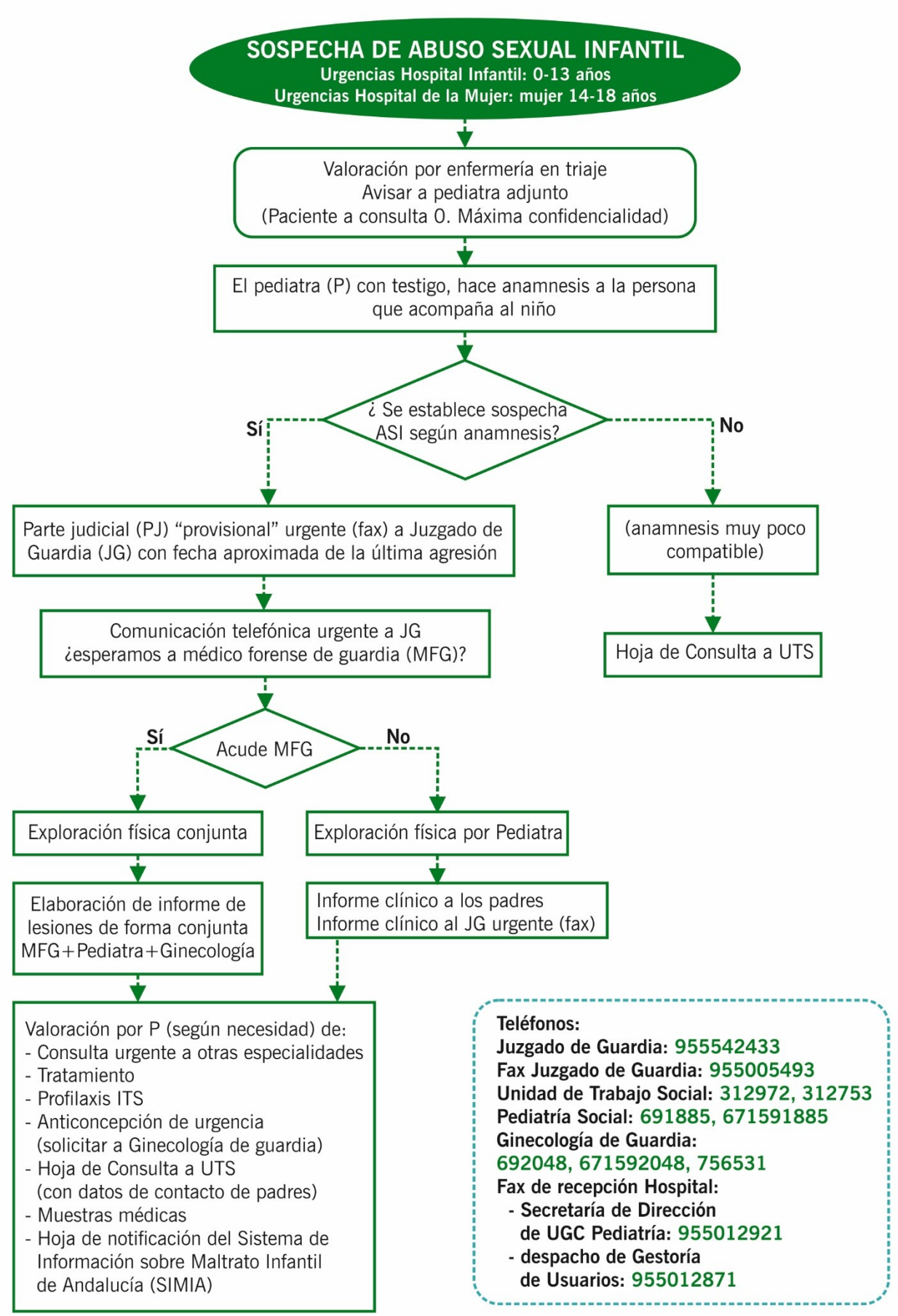
- Aquellos pacientes con lesiones importantes.
- Cuando exista peligro para su vida.
- Cuando existan indicadores de falta de protección al menos por parte de uno de los progenitores.

Esto se realizará con el consentimiento verbal de los padres y haciéndolo constar en la historia clínica. Si no lo otorgasen se pondrá en conocimiento de Fiscalía de Protección de Menores o en su defecto del Juzgado de Guardia.

SEGUIMIENTO

- Citar en Consulta de Infecciosas pediátrica (desde el Servicio de Urgencias) si se han extraído serologías y/o se ha administrado profilaxis el primer día laborable.
- La Unidad de Trabajo Social (UTS) solicitará si procede el estudio psicológico en ADIMA (Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la prevención del Maltrato).

ALGORITMO


SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL
Urgencias Hospital Infantil: 0-13 años
Urgencias Hospital de la Mujer: mujer 14-18 años
Valoración por enfermería en triaje
Avisar a pediatra adjunto
(Paciente a consulta 0. Máxima confidencialidad)
El pediatra (P) con testigo, hace anamnesis a la persona que acompaña al niño
¿ Se establece sospecha ASI según anamnesis?
Sí
No
Parte judicial (PJ) "provisional" urgente (fax) a Juzgado de Guardia (JG) con fecha aproximada de la última agresión
(anamnesis muy poco compatible)
Hoja de Consulta a UTS
Comunicación telefónica urgente a JG
¿esperamos a médico forense de guardia (MFG)?
Acude MFG
Sí
No
Exploración física conjunta
Exploración física por Pediatra
Elaboración de informe de lesiones de forma conjunta MFG+Pediatra+Ginecología
Informe clínico a los padres
Informe clínico al JG urgente (fax)
Valoración por P (según necesidad) de:
- Consulta urgente a otras especialidades
- Tratamiento
- Profilaxis ITS
- Anticoncepción de urgencia (solicitar a Ginecología de guardia)
- Hoja de Consulta a UTS (con datos de contacto de padres)
- Muestras médicas
- Hoja de notificación del Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA)
Teléfonos:
Juzgado de Guardia: 955542433
Fax Juzgado de Guardia: 955005493
Unidad de Trabajo Social: 312972, 312753
Pediatría Social: 691885, 671591885
Ginecología de Guardia:
692048, 671592048, 756531
Fax de recepción Hospital:
- Secretaría de Dirección de UGC Pediatría: 955012921
- despacho de Gestoría de Usuarios: 955012871

BIBLIOGRAFÍA

1. Gil J, Sánchez AR, Cosano I, Espinosa JM, Torró C, Llamas MV, et al. Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil.
2. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. J Pediatr Adolesc Gynecol 2018;31(3):225-31.
3. Pereda N, Abad J. Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. Rev Esp Med Legal 2013;39(1):19-25
4. Christian CW, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. Committee on child abuse and neglect. The evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics 2015;135(5):e1337-54.
5. Guía de indicadores para la detección de casos de violencia sexual y pautas de actuación dirigidas a los Centros de Protección de Menores. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Dirección General de Personas Mayores, Infancia y Familias. 2014.
6. Grupo de Trabajo del Observatorio de la Infancia sobre "Buenas Prácticas para la Prevencióndel Abuso sexual Infantil". Guía de buenas prácticas para la prevención y protección del abuso y la explotación sexual infantil. 2017.
7. Save the Children. Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales. Guidelines on Paediatric Forensic Examinations in Relation to Possible Child Sexual Abuse. Faculty of Forensic and Legal Medicine, 2012.
8. Adams JA. Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse. J Pediatr Adolesc Gynecol 2004;17:191–7.
9. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. Pediatrics 2013;132(2):e558-67.

202 – ALTERACIONES VULVOVAGINALES

Escorial Albéndiz, Rosa
Melero Cortés, Lidia
García Arreza, Aida

DEFINICIÓN

Hacemos referencia a todos aquellos cuadros que afectan los genitales externos femeninos. Las alteraciones vulvovaginales y concretamente las vulvovaginitis, son la causa más frecuente de consulta ginecológica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PATOLOGÍA VULVOVAGINAL

	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
1. VULVOVAGINITIS	Enrojecimiento genital, prurito, disuria y/o dispareunia, que puede ir acompañado o no de aumento del flujo vaginal y/o de sangrados genitales anómalos.	Anamnesis + inspección
1.1. Vulvovaginitis no infecciosas	Etiología: *ITU recurrente, atopia*… uso de irritantes como jabones o determinados materiales de lencería, relaciones sexuales, alergia, radioterapia, diabetes o infecciones de orina y se encuentran favorecidas por el hipoestrogenismo ESCOZOR, DOLOR PERINEAL Y DISURIA POR CONTACTO. Infrecuente la secreción vaginal.	Importante: historia de atopia, comorbilidades o tratamientos usados en la higiene habitual.
1.2. Vulvovaginitis por oxiuros	Etiología: *Enterobius vermicularis* Infección anal concomitante, oxiuros que ascienden del ano a la vagina, presentando cuadros de PRURITO VULVAR POR LA NOCHE.	Exploración: infestación por parásitos, lesiones por rascado.
1.3. Vulvovaginitis por cuerpo extraño	Etiología: Cuerpo extraño dentro de genitales. PRURITO, infrecuente leucorrea.	Exploración: Lesiones por rascado, escoriaciones…
1.4. Vulvovaginitis por cándida	Etiología: C*ándida albicans, glabrata*… Factores predisponentes: Gestación, toma de ACHO, inmunodepresión, hiperglucemia, antibioterapia de amplio espectro. PRURITO INTENSO, AUMENTO FLUJO VAGINAL, DISURIA, ARDOR Más frecuente premenstrual pH vaginal <4	Exploración: Leucorrea blanca, grumosa, caseosa, adherente. Mucosa eritematosa. Puede haber fisuras y escoriaciones.

1.5. Vaginosis bacteriana	Etiología: *Sobrecrecimiento de flora anaerobia (gardnerella, bacteroides…)* Factores predisponentes: Disminución de lactobacillus, Relaciones sexuales. Prurito ausente, AUMENTO FLUJO VAGINAL, GENERALMENTE DE OLOR FUERTE A "AMINAS". Se exacerba tras coito o postmentrual pH vaginal >4.5	Exploración: Leucorrea blanco-grisáceo, fluida, MALOLIENTE. Mucosa no eritematosa.
1.6. Vaginosis por trichomonas	Etiología: *Trichomonas vaginalis* Factores predisponentes: ITS. Prurito leve, AUMENTO FLUJO VAGINAL, DISURIA, ARDOR	Exploración: Leucorrea amarillo verdosa, espumosa y en ocasiones sanguinolenta. Con o sin eritema vaginal o cervical (punteado hemorrágico a nivel del cérvix, "CÉRVIX EN FRESA")
2. QUISTE DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO **(Tumor de la vulva, ocasionado por el cierre del conducto excretor de la glándula de Bartholino)**	Si pequeño tamaño pueden ser asintomáticos, puede ocasionar dolor y sensación de tumefacción vulvar si aumentan de tamaño.	Anamnesis + inspección
3. ABSCESO DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO **(Infección localizada a nivel de la glándula de Bartholino)**	Dolor, tumefacción vulvar, inflamación y en ocasiones fiebre	Anamnesis + inspección.
4. ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ O ÚLCERA GENITAL AGUDA	Niñas y adolescentes con úlcera genital de aparición súbita (lesión necrótica, profunda y muy dolorosa) junto con síndrome febril (fiebre elevada, odinofagia, astenia, mialgias, linfadenopatías y cefalea).	Anamnesis + inspección.

TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA VULVOVAGINAL

VULVOVAGINITIS

Medidas generales	Evitar los agentes irritantes como la ropa ajustada, los tejidos sintéticos, la humedad mantenida…, lavados de asiento con manzanilla amarga 2 veces al día, realizar una adecuada higiene genital con un gel con pH ácido para lavado específico de la zona y edad y uso de hidratantes vulvares/vaginales.
Vulvovaginitis no infecciosas	Evitar causa que lo origina +/- Uso de corticoides tópicos: *Hidrocortisona 1%; Aceponato de metilprednisolona 0,1%*…
Vulvovaginitis por cuerpo extraño	Retirada de cuerpo extraño. Pueden ser recomendables lavados vaginales.
Vulvovaginitis por oxiuros	Medidas higiénicas específicas: Lavado de sábanas, ropa íntima, toallas de todo el núcleo familiar a 60ºC. DESDE EL NACIMIENTO: *Pamoato de pirantel 11 mg/kg/día (dosis máxima 1 g), dosis única*. A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD: *Mebendazol 100 mg vía oral, dosis única*. **Debe tratarse a TODO EL NÚCLEO FAMILIAR y deben repetirse el tratamiento y las medidas higiénicas de toda la familia a los 15 días.
Vulvovaginitis candidiásica	ANTES DE LA MENARQUIA: *Clotrimazol 2% crema vaginal 5g/24 horas, 7 días*. DESPUÉS DE LA MENARQUIA: *Clotrimazol óvulo intravaginal 500 mg/24 h dosis única.* *Clotrimazol óvulo intravaginal 100 mg/12-24 horas, 3-7 días.* *Fenticonazol óvulo intravaginal 200 mg/24 horas, 3 días.* *Fenticonazol óvulo intravaginal 600 mg/24 horas, dosis única.* *Cloruro de decualinio óvulo intravaginal 10 mg/24 horas, 6 días*. SI RECIDIVANTE: *Fluconazol comprimido vía oral 150 mg/ 24 horas, 3 días*.
Vaginosis bacteriana **(Poco frecuente en niñas, más en adolescentes)**	*Cloruro de decualinio óvulo intravaginal 10 mg/24 horas, 6 días.* *Metronidazol vía oral 500 mg/12 horas, 7 días*.* *Clindamicina 2% crema vaginal/24 horas, 7 días.* *Clindamicina comprimido via oral 300 mg/12 horas, 7 días.* *Clindamicina óvulo intravaginal 100 mg/24 horas, 3 días*.
Vaginosis por trichomonas **(Poco frecuente en niñas, más en adolescentes)**	REALIZAR EL MISMO TRATAMIENTO SI PAREJA SEXUAL *Metronidazol vía oral 2 g, dosis única* (mala tolerancia oral pero mejor adherencia)*. *Metronidazol vía oral 500 mg/12 horas, 7 días**.
QUISTE DE LA GLANDULA DE BARTOLINO	Drenaje si síntomas.
ABSCESO DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO	Antibioterapia vía oral: - *Cefadroxilo 1 g/12 horas, 7-10 días.* - *Amoxicilina/Clavulánico 1 g/8 horas, 7-10 días.* Si fluctuación: Marsupialización/Drenaje percutáneo con colocación de cánula de Word 6 semanas.
ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ O ÚLCERA GENITAL AGUDA	No precisa. Resolución espontánea en 1-2 semanas.

*Ojo, efecto antabús si se toma con alcohol.

OTRAS LESIONES	
QUISTE DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO	Drenaje si síntomas.
ABSCESO DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO	Antibioterapia vía oral: - *Cefadroxilo 1 g/12 horas, 7-10 días.* - *Amoxicilina/Clavulánico 1 g/8 horas, 7-10 días.* Si fluctuación: Marsupialización/Drenaje percutáneo con colocación de cánula de Word 6 semanas.
ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ O ÚLCERA GENITAL AGUDA	No precisa. Resolución espontánea en 1-2 semanas.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA

Vulvovaginitis resistentes a líneas de tratamientos habituales.

Bartolinitis tratadas de forma ambulatoria con colocación de cánula de Ward para retirada a las 6 semanas.

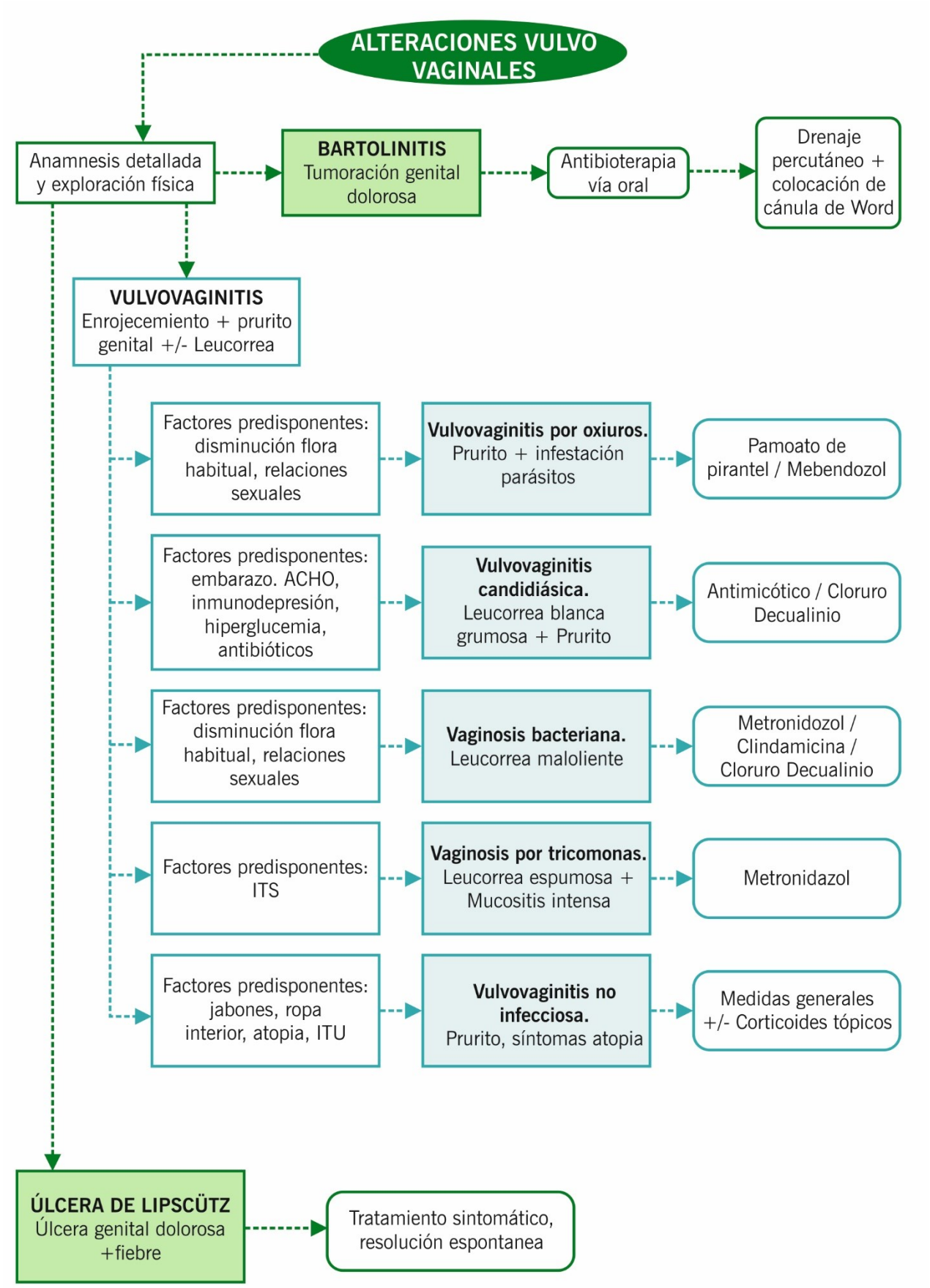
CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

Bartolinitis (régimen de CMA) para drenaje quirúrgico (mala tolerancia al dolor, episodios recurrentes…).

OTRAS ALTERACIONES VULVO-VAGINALES

Quistes de origen uretral y parauretral; Quistes sebáceos; Quistes epidérmicos o de inclusión; Quistes congénitos: *serosos o del conducto de Nuck, mucosos o de Gartner o dermoides*; Papiloma fibroepitelial; Hidradenoma papilífero; Nevus pigmentarios vulvares; Vestibulitis vulvar…

ALGORITMO ALTERACIONES VULVO-VAGINALES



BIBLIOGRAFÍA

1. SOGC Clinical Practice Guideline. Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosi. J Obstet Gynaecol Can. 2015; 37(3): 266-274.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales [actualizado en 2016]. Prog Obstet Ginecol. 2016; 59(5): 350-362.
3. Ruiz V, Correa LA, Hernández N, Velásquez MN. Dermatosis de la vulva. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2014; 22 (4): 317-330.
4. García Reymunod M, Montero Salas A, González Álvarez CM, Real Terrón R. Úlcera de Lipschütz: causa poco conocida de úlcera genital aguda. An. Pediatr. 2010; 72 (6): 443-444.
5. Guías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Hospital Universitario Virgen del Rocío
6. Guía de Terapéutica Antimicrobiona del Área Aljarafe. 3º Edición.

203 – ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EMBARAZO Y ABORTO EN LA ADOLESCENCIA

Arias Fernández, José Luis
Chimenea Toscano, Ángel
Fernández Perea, Yolanda

Las relaciones sexuales en la adolescencia se caracterizan por ser irregulares, espaciadas y monógamas, aunque la duración de la pareja suele ser breve (monogamia "en serie").

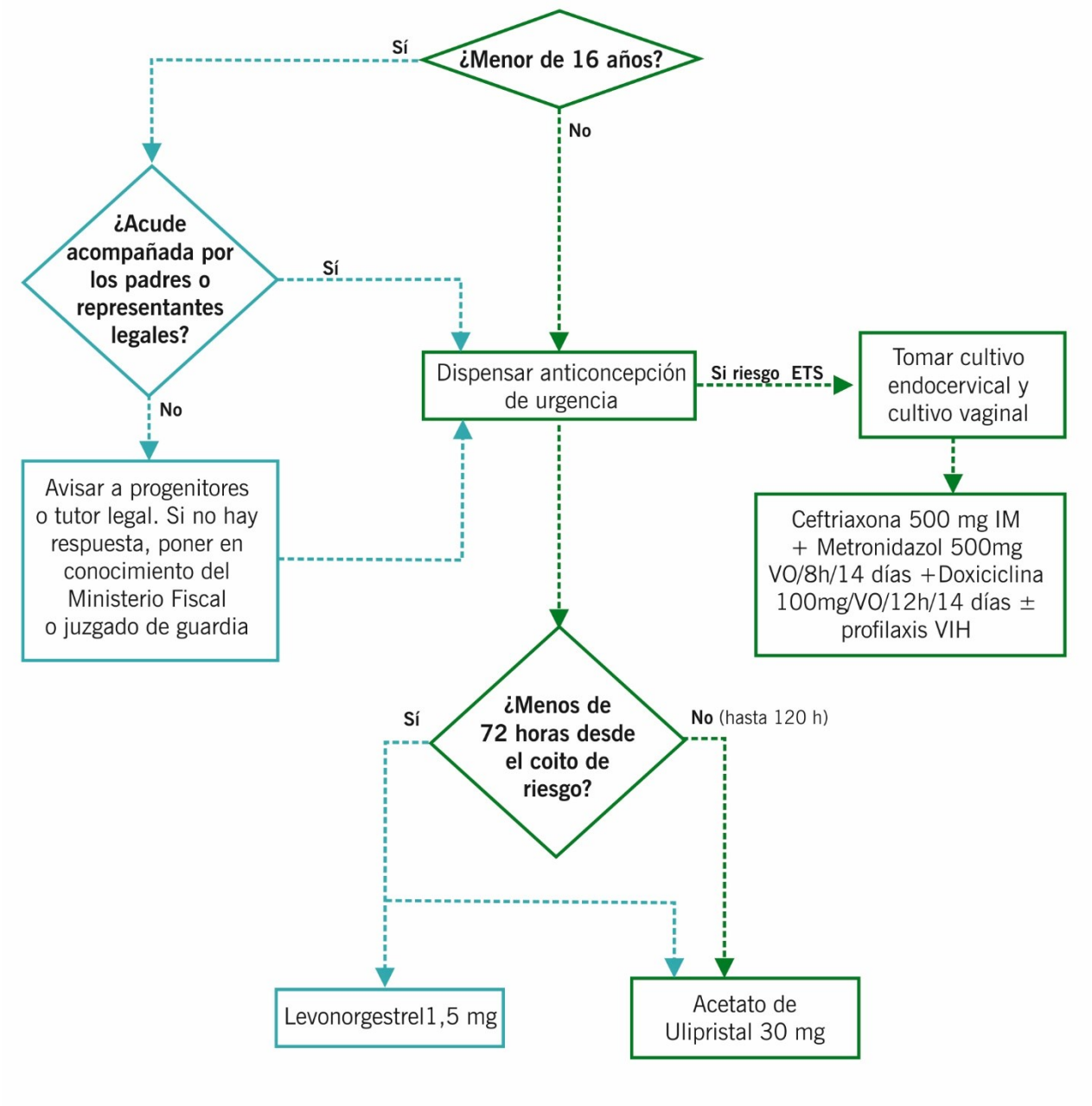
Esta situación ligada a la menor percepción de riesgo y a la presión de grupo hace que este grupo etario posea un perfil de riesgo para el desarrollo de enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) y la aparición de embarazos no planificados.

También conlleva una mayor solicitud de anticoncepción de emergencia, ya que hasta el 25% de los jóvenes no emplea un método anticonceptivo regular.

La **edad de consentimiento** sexual se define como la edad por debajo de la cual está prohibido realizar actos de carácter sexual con un menor. Esta edad fue establecida en 1995 en nuestro país en 13 años, valorando hasta los 16 años la madurez del menor para la toma de decisiones.

No obstante, desde el 31 de marzo de 2015, se emite la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo que establece definitivamente dicha edad en **16 años**.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN LA ADOLESCENCIA



EMBARAZO Y ABORTO EN LA ADOLESCENCIA

Elementos a considerar en la anamnesis y exploración:

- Respetar costumbres locales relacionadas con las normas de género.
- Garantizar la privacidad.
- Iniciar la anamnesis por las cuestiones menos delicadas o intimidatorias.
- Si acude acompañada, llegar a un acuerdo sobre si desea que su acompañante esté durante toda la anamnesis o exploración.
- Informar previamente sobre las maniobras que se van a realizar.
- Obtener consentimiento verbal de la paciente.

GESTACIÓN EN ADOLESCENTE: ACTUACIÓN

< 16 años	>= 16 años
Avisar a progenitores o representantes legales. - Desea gestación: seguimiento en Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (salvo ecografía obstétrica de semana 12 y semana 20, que se realizarán en dispositivo de área). - No desea gestación: gestionar interrupción legal de la gestación en su médico de atención primaria (en caso de gestaciones < 14 semanas). Tras el proceso, citar en consultas de planificación familiar.	Seguimiento habitual de la gestación en consultas de tocología de zona.

Manejo ante el aborto espontáneo:

- No existe contraindicación para tratamiento médico o legrado. No obstante, la actitud activa recomendable en este grupo de edad es el tratamiento médico, al considerarse un manejo más conservador teniendo en cuenta el largo futuro reproductivo de la paciente.
- La dosis de tratamiento y el circuito no difieren al establecido para otras edades.

GESTACIÓN EN ADOLESCENTE: EFECTOS

- Mayor requerimiento de energía y nutrientes (crecimiento materno y fetal)
- Aumento de grasa corporal en III trimestre
- Sobrepeso residual en postparto
- Mayor riesgo de anemia
- Incremento del riesgo de fetos con bajo peso para la edad gestacional (BPEG), crecimiento intrauterino restringido (CIR), prematuridad y preeclampsia.
- Mayor incidencia de cesáreas y partos instrumentados
- Mayor riesgo de depresión postparto
- Riesgo socioeconómico familiar aumentado
- Aumento de niños con problemas de salud y cognitivos
- Soldadura precoz de cartílagos y desmineralización ósea en casos de lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quintana Pantaleón R. Anticoncepción en la adolescencia. En: Castellano G et al. Medicina de la adolescencia. Madrid: Ergon; 2004. p. 124-32
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.). Guía de Asistencia a la Práctica Clínica: Contracepción en la adolescencia. 2013
3. «BOE» núm. 77, de 31 de marzo de 2015, páginas 27061 a 27176. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 183.
4. Chacko MR. Pregnancy in adolescents. https://www.uptodate.com/contents/search. Accessed Dec. 20, 2020.
5. Guías de actuación clínica en Ginecología y Obstetricia. SEGO. Actualización en 2013.
6. El embarazo en la adolescente. Adolescere 2015; III (2)
7. Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines, Food and Nutrition Board, and Board on Children, Youth and Families. Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines. Institute of Medicine and National Research Council. http://www.nap.edu. Accessed Oct. 17, 2017.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tratamiento médico del aborto. Ginebra: 2018. ISBN 978-92-4-355040-4

204 – DOLOR ABDOMINOPÉLVICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO

Calderón Cabrera, Ana María
Chimenea Toscano, Ángel
Martínez Maestre, María Ángeles

DEFINICIÓN

El dolor abdomino-pélvico ginecológico agudo corresponde a aquel ocasionado por una isquemia o lesión en cualquier órgano ginecológico. Este cuadropuede ocasionar un reflejo del sistema nervioso autónomo, apareciendo náuseas, vómitos, sudoración e inquietud. El dolor puede ser puramente visceral (mal definido), parietal (por afección del peritoneo parietal, más localizado) o referido (en el área cutánea inervada por el mismo segmento medular).

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS	EXPLORACIÓN	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Patología más probable por **edad**	**Toma de constantes:** TA, FC, SatO2, temperatura.	**Test de gestación / ßhCG** (adolescentes)
Antecedentes familiares y personales	**Exploración general**(abdominal, mamaria, …)	**Hemograma, estudio de coagulación ybioquímica** (perfil hepato-renal, PCR, procalcitonina)
Antecedentes gineco-obstétricos	**Exploración abdominal:** *Inspección:* superficie cutánea, volumen abdominal, peristaltismo… *Palpación y percusión*: timpanismo, matidez, puntos dolorosos… *Auscultación:* borborigmos, silencio…	**Elemental de orina:** valorar leucocituria, hematuria, cetonuria, glucosuria, etc.
Caracterización del dolor	**Exploración ginecológica:** *Vaginoscopia (bajo anestesia):* con vaginoscopio, espéculo virginal u histeroscopio. Valorar morfología de vagina, cérvix y características del flujo. *Himen no íntegro*: tacto bimanual y movilización cervical	**Ecografía ginecológica** (*transvaginal / transrectal / abdominal*): valorar tamaño y forma uterina, endometrio y anejos. **Otras pruebas de imagen:** ecografía abdominal, TAC,RM
Sintomatología concomitante	**Tacto rectal:** en caso de sospecha de origen digestivo	**Laparoscopia:** casos seleccionados

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
Dismenorrea y dolor periovulatorio	
Dismenorrea: *Primaria* (sin anomalía pélvica responsable): dolor espasmódico en hipogastrio, que puede irradiarse a región lumbar +/- náuseas, vómitos, diarrea, mareo y cefalea. Desde unas horas antes de la menstruación, suele prolongarse 24-48 horas. *Secundaria* (endometriosis, etc.): dolor más continuo, persistente y sordo y va en aumento durante el periodo menstrual. **Dolor periovulatorio:** intermenstrual unilateral durante el día previo y posterior a la ovulación.	No suele encontrarse alteración ecográfica ni en las pruebas de laboratorio en ausencia de patología asociada. **Ecografía ginecológica:** *Dismenorrea:* endometrio secretor o menstrual *Dolor periovulatorio:* endometrio triple línea junto con posible folículo periovulatorio y mínima cantidad de líquido libre en Douglas.
Himen imperforado	
Dolor abdominal cíclico en paciente con amenorrea primaria (tras la menarquia) +/- masa abdominal palpable. Puede acompañarse de estreñimiento, disuria, retención aguda de orina. Discrepancia entre avanzado estado de desarrollo puberal y ausencia de menarquia.	**Exploración ginecológica:** no se evidencia orificio himeneal, membrana himeneal abombada, protruyente, de aspecto violáceo. **Ecografía ginecológica:**hematocolpos, hematómetra e incluso hematosálpinx; globo vesical si retención aguda de orina por compresión de uretra.
Torsión anexial	
Dolor abdominal en cuadrantes inferiores de inicio súbito +/- masa abdominal palpable +/- peritonismo. Puede acompañarse de náuseas, vómitos y fiebre. Puede cursar como pseudotorsión con dolor intermitente durante días/semanas. ***Factores de riesgo:*** *masa ovárica (90%, sobre todo en quistes móviles > 5 cm), edad fértil, antecedente de quiste ovárico, síndrome de ovario poliquístico, torsión ovárica previa, etc.*	**Analítica:** puede objetivarseleucocitosis. **Ecografía ginecológica + Doppler color:** ovario aumentado de tamaño, folículos en "collar de perlas", congestión del estroma ovárico, "signo del torbellino" por rotación del pedículo vascular, ausencia de flujo vascular (su presencia no descarta el diagóstico). **Diagnóstico definitivo: quirúrgico**
Rotura de quiste anexial o folículo hemorrágico	
Dolor abdominal moderado y súbito en adolescente tras esfuerzo físico intenso (o relaciones sexuales si las mantiene). Puede acompañarse de sangrado por descamación endometrial. ***Factores de riesgo:*** *esfuerzo físico intenso o relación sexual previa, quiste anexial.*	**Analítica**: anemia (no siempre). Test de gestación/ßhCG (descartar gestación ectópica accidentada). Solicitartipaje y pruebas cruzadas. **Ecografía ginecológica:** quiste anexial y líquido libre abdomino-pélvico variable en función de la cuantía del sangrado. **TAC (abdomen-pelvis):**en casos dudosos.

Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) -absceso tubo-ovárico-	
Infrecuente en este tramo de edad. **Origen:** vía ascendente (más frecuente), vía hematógena, por contigüidad (secundaria a infección de órganos vecinos). **Diagnóstico clínico**(todos los criterios mayores+ 1 o más menores): *C. Mayores:* dolor abdomino-pélvico sordo, continuo, progresivo bilateral / dolor anexial / dolor a la movilización cervical / historia de actividad sexual en últimos meses *C. Menores:* Tª> 38 ºC / leucocitos > 10.500 / VSG elevada / PCR elevada / exudado endocervicalanormal/ infección cervical documentada por *N. gonorrhoeae* y/o *C.trachomatis.* **Diagnóstico definitivo:** engrosamiento tubárico con hidrosálpinx+/- líquido pélvico libre o absceso tubo-ovárico en prueba de imagen / laparoscopia que confirme el diagnóstico y aislamiento en muestra peritoneal *de N.gonorrhoeae, C. trachomatis* o flora polimicrobiana / endometritis en biopsia endometrial	**Exploración ginecológica:** flujo maloliente, movilización cervical dolorosa (himen no íntegro). **Analítica:** leucocitosis con desviación a la izquierda, aumento de VSG, PCR y procalcitonina. **Ecografía ginecológica:** desde inespecífica hasta absceso tubo-ovárico. **TAC (abdomen-pelvis):** en casos de mala evolución tras 48 h de tratamiento antimicrobiano apropiado. **Microbiológico:** *Cultivoaspirado endometrial/laparoscopia* *Cultivo endocervical* *Hemocultivos*(antes de antibioterapia) *Urocultivo* *Serologías:* si se sospecha ITS **Histológico:** *biopsia endometrial (opcional).*
Tumores ginecológicos (benignos o malignos)	
Dolor abdominal +/- masa abdominal palpable.	**Ecografía ginecológica + Doppler color:** criterios IOTA/IETA para diferenciar patología anexial y uterina benigna de maligna. **Marcadores tumorales** (CA125, CA19.9, ßhCG, CEA, AFP, HE4, ROMA) si sospecha ecográfica de malignidad.

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

EIP
- Ceftriaxona 250 mg IM (125 mg si <45 kg) (dosis única) + doxiciclina 100 mg/12 h VO (1-2mg/kg/12h si <45 kg) +/- metronidazol 500 mg/8 h VO durante 14 días (si sospecha de infección por trichomonas) - Alergia a beta-lactámicos: Ciprofloxacino 500 mg/12 h VO + metronidazol 500 mg/8 h VO durante 14 días + azitromicina 1 gr dosis única.
Salvo la EIP, el resto de entidades no requiere de un tratamiento específico en domicilio. Únicamente es necesario el tratamiento con analgesia oral.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

PATOLOGÍA ANEXIAL

- *Torsión anexial intervenida*: Ginecología de zona (control postquirúrgico en 1 mes).
- *Rotura de quiste anexial o folículo hemorrágico intervenido*: Ginecología de zona (control postquirúrgico en 1 mes).
- *Sospecha de EIP*: Ginecología de zona para control tras antibioterapia en 2 semanas.

TUMOR DE ORIGEN GINECOLÓGICO

- *Sospecha de benignidad*: Ginecología de zona.
- *Sospecha de malignidad*: Ecografía de Alta Resolución de forma preferente (previa extracción en Urgencias de marcadores tumorales).

OTROS

- *Dismenorrea severa habitual* (posible asociación a endometriosis): Ginecología de zona.
- *Himen imperforado intervenido*: Ginecología de zona (control postquirúrgico en 1 mes).

CRITERIOS DE INGRESO

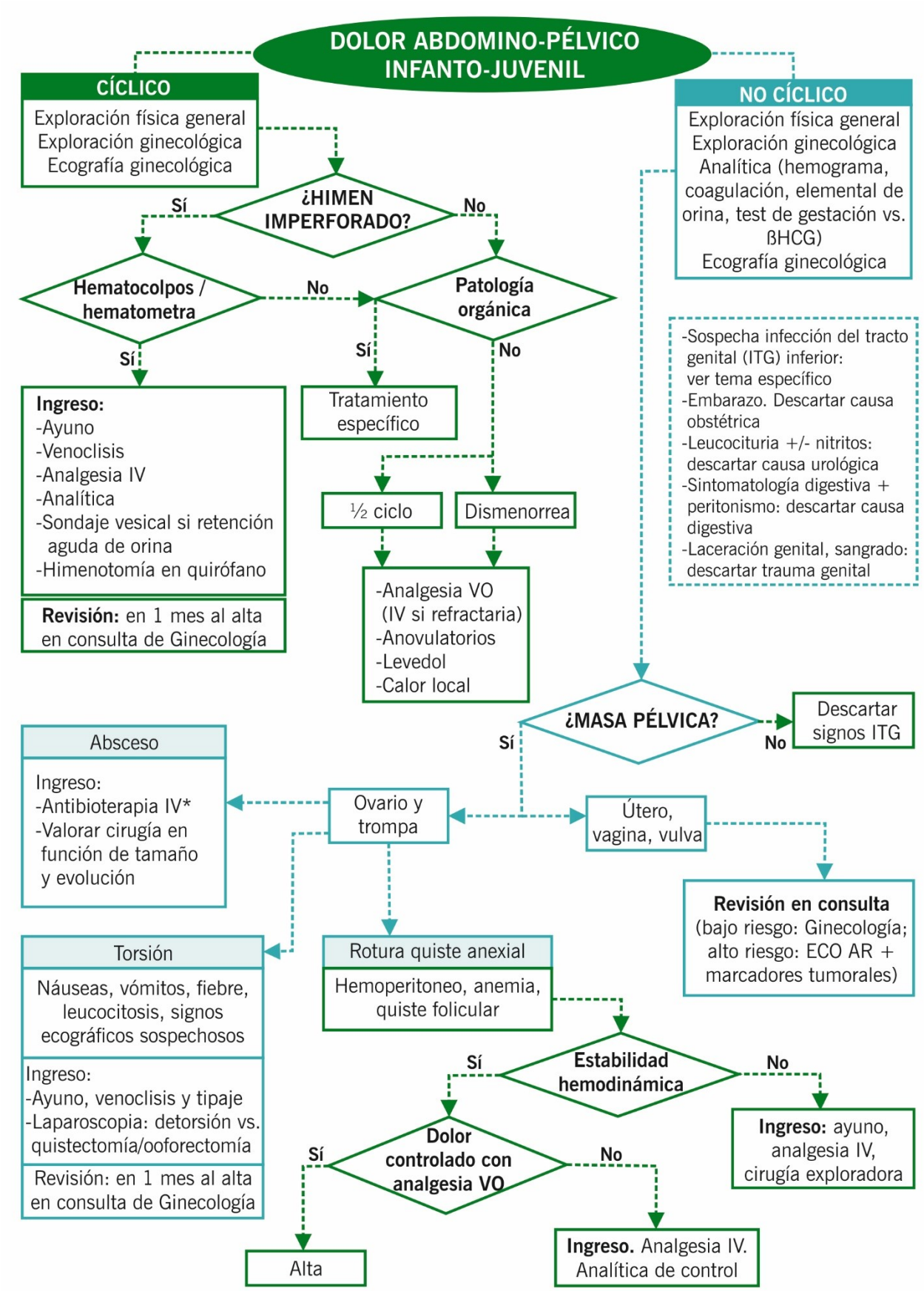
COMUNES

- Inestabilidad hemodinámica o dolor abdominal refractario a analgesia oral.

ESPECÍFICOS

- *Himen imperforado*: hematocolpos/hematómetra: tratamiento quirúrgico.
- Rotura de quiste anexial o folículo hemorrágico:
    - Fiebre
    - Repercusión hemodinámica (hemoperitoneo moderado-severo, anemización brusca o progresiva o paciente muy sintomática).
- *Torsión anexial*: tratamiento quirúrgico.
- *EIP*:
    - Falta de respuesta, tolerancia o adherencia al tratamiento oral
    - Enfermedad grave (fiebre > 38º, náuseas, vómitos, dolor abdominal grave)
    - Absceso tubo-ovárico con/sin necesidad de cirugía

ALGORITMO



*1ª elección: Ceftriaxona 2 g/24h IV + Doxicilina 100mg/12h VO (1-2mg/kg/12h si <45 kg VO) +/- Metronidazol 500 mg/8h IV/VO (si sospecha de Trichomonas vaginalis) al menos 4 días y durante al menos 48h afebril."

BIBLIOGRAFÍA

1. Noguer-Balcells. Exploración clínica práctica. Barcelona: Elsevier España, Masson. 28 edición, 2016. ISBN 978-8-445-82641-6
2. Rodríguez-Jiménez MJ. Problemas ginecológicos más frecuentes en la infancia y adolescencia. Nuevos problemas. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 193-202.
3. Brown K, Lee JA. Evaluation of acute pelvic pain in the adolescent female. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. http://www.uptodate.com (accedido en enero de 2021).
4. Hammond R. Gynaecological causes of abdominal pain. Surgery - Oxford International Edition. 2008;26,467-70.
5. Herrero M, Cerrillos LA, Martínez MA, Gómez MJ, Merino L. Enfermedad pélvica inflamatoria. Guías del PRIOAM para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Comisión de Infecciones y Política Antimicrobiana. Hospital Universitario Virgen del Rocío. 2018.

205 – ENTREVISTA Y EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Castillo Cantero, Isabel Adela
González Cejudo, Carmen
Rosso González, María Rosario

INTRODUCCIÓN

En la infancia, la sintomatología ginecológica y mamaria urgente más común es el sangrado genital, dolor pélvico, infección vulvo-vaginal, traumatismo, mastitis y abuso sexual. Es importante establecer una adecuada relación con los padres y con la paciente de manera que la anamnesis, y sobre todo la exploración, se realice en un clima de confianza que elimine el miedo que pueda sentir la menor.

ANAMNESIS

Por lo general, la anamnesis puede obtenerse de la niña, pero principalmente procede de los padres. La naturaleza de la historia depende del motivo de consulta.

EXPLORACIÓN GINECOLOGICA

OBJETIVOS:

- Descartar o confirmar la normalidad del aparato genital.
- Diagnosticar la existencia de patología.
- Tomar muestra si precisa.

Es importante que el médico explique lo que va a realizar con el fin de obtener la cooperación de la paciente, dependiendo de su edad y de su nivel de compresión.

FLUJOGRAMA 1: EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA EN PEDIATRÍA

PREPARACIÓN

Favorecer un ambiente distendido y distraído.

Explicar procedimiento a la paciente.

Preparar el material necesario, mostrar a la niña.

↓

POSICIONAMIENTO

Puede ayudar colocarla en el regazo de la madre.

Decúbito supino con piernas en posición de “rana”, genuflexión o genupectoral.

↓

GENITALES EXTERNOS

- Normalidad de labios mayores y menores.
- Clítoris y meato uretral.
- Configuración del himen.
- Estado de las mucosas.
- Flujo.

↓

GENITALES INTERNOS

Será necesaria en caso de sospecha de cuerpo extraño, sangrado genital de origen desconocido, o sospecha de ITS.

↓

PALPACIÓN RECTAL

Para la búsqueda de cuerpos extraños intravaginales, determinar volumen uterino o valorar improntas de masas anexiales.

↓

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (TABLA 2)

Se valorará la necesidad de las mismas en función del motivo de consulta y hallazgos de la exploración.

HALLAZGOS NORMALES EN LA EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA POR ETAPAS

	Recién nacido	Prepuberal	Puberal
Clítoris	Engrosado	Longitud media 3 mm	Longitud media 5 mm
Himen	Grueso y redundante, puede protruir más allá del introito.	Conformación variable. De aspecto atrófico, fino, con vasos visibles.	Conformación variable. Estrogenizado, de color rosado.
Labios mayores	Abultados y rellenos	Planos	Más rellenos con respecto al tejido circundante.
Labios menores	Engrosados y pueden sobresalir de los mayores.	Delgados y pequeños	Conformación variable. Más elongados, pero pueden no terminar de desarrollarse hasta más adelante.
Vagina	Longitud de unos 3-6 cm. Mucosa eritematosa y turgente. Secreción blanquecina fisiológica.	Longitud de unos 4-7 cm. Paredes atróficas, enrojecidas y delgadas por la ausencia de estrógenos.	Longitud > 8 cm. Estrogenizada, de color rosáceo, húmeda y con pliegues.
Cérvix	Prominente.	No prominente en continuidad con la vagina.	Forma adulta, rosa mate. La eritroplasia periorificial es normal.
Útero	Longitud media 3,5 cm. Endometrio ecogénico.	Longitud media ≤ 3,5 cm. Endometrio delgado o ausente.	Longitud media > 3,5 cm. Endometrio visible.
Ovarios	Intraabdominales. Ausencia de folículos visibles.	Intraabdominales La ausencia de folículos es normal.	Pélvicos Se visualiza folículos en la corteza.

Tabla 1: Hallazgos normales en la exploración ginecológica por etapas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS

Se valorará la necesidad de las mismas en función del motivo de consulta y resultados de la exploración.

Para la realización de algunas de estas pruebas puede precisarse de la colaboración de equipos multidisciplinares, requiriéndose a veces la sedación de la paciente.

	Indicación	Materiales
Vaginoscopia	- Sospecha de cuerpo extraño - Sangrados genitales - Sospecha de anomalías urogenitales	- Bajo sedación o anestesia. - Otoscopio - Histeroscopio rígido o flexible (3-5 mm)
Ecografía abdominal / transrectal / perineal / transvaginal (si ha mantenido relaciones)	- Tumoraciones abdomino-pélvicas - Sangrados genitales - Sospecha de malformación genital - Dolor abdominal/pélvico	- Ecógrafo con sonda abdominal y/o vaginal
Cultivo vaginal / PCR vaginal	- Vulvovaginitis - Sospecha de ITS	- Hisopo pequeño / uretral
TC abdomino-pélvico	- Dolor abdominal/pélvico - Tumoraciones abdomino-pélvicas	

Tabla 2: Pruebas complementarias en urgencias

BIBLIOGRAFÍA

1. Meredith B Loveless, Dayna Finkenzeller, Sherrine Ibrahim, Andrew J Satin. A simulation program for teaching obstetrics and gynecology residents the pediatric gynecology examination and procedures. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011 Jun;24(3):127-36. PMID: 21296597 DOI: 10.1016/j.jpag.2010.12.003
2. Ginecología pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).
3. Simms-Cendan J. Examination of the pediatric adolescent patient. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2018 Apr; 48:3-13. doi:10.1016/j.bpobgyn.2017.08.005.
4. Howell JO, Flowers D. Prepubertal Vaginal Bleeding: Etiology, Diagnostic Approach, and Management. Obstet Gynecol Surv. 2016 Apr;71(4):231-42. doi: 10.1097/OGX.0000000000000290. PMID: 27065069
5. Cheikhelard A, Chaktoura Z, Thibaud E. Gynecologic clinical examination of the child and adolescent. Endocr Dev. 2012;22:1-10. doi: 10.1159/000326622. Epub 2012 Jul 25. PMID: 22846517.
6. Herter LD, Golendziner E, Flores JA, Becker E Jr, Spritzer PM. Ovarian and uterine sonography in healthy girls between 1 and 13 years old: correlation of findings with age and pubertal status. AJR Am J Roentgenol. 2002 Jun;178(6):1531-6. doi: 10.2214/ajr.178.6.1781531. PMID: 12034633.

206 – HEMORRAGIAS GENITALES

Calderón Cabrera, Ana María
Zamorano Alanís, Beatriz
García García, Emilio

DEFINICIÓN

Se define como sangrado genital aquel que proviene de la vulva y/o vagina en niñas prepúberes y puede ser ocasionado por infecciones vaginales, traumatismo genital, cuerpo extraño en vagina, abuso sexual, menarquia precoz, dermatosis u otras causas más raras. En adolescentes el origen suele ser endometrial y se conoce como hemorragia uterina disfuncional, caracterizada por un sangrado irregular, abundante o prolongado.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

	CLÍNICA	HALLAZGOS EN LA EXPLORACIÓN	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. OBSERVACIONES
Vulvovaginitis	Flujo no fisiológico, prurito, sangrado	Inflamación, lesiones de rascado, diferentes tipo de flujos, laceraciones…	*Ver tema específico.*
Cuerpo extraño	Sangrado persistente y maloliente y/o emisión de material purulento o maloliente.	Si se encuentra en tercio inferior de vagina o vulva podremos visualizarlo con la exploración.	Valorar necesidad de vaginoscopia si no se visualiza completamente en la exploración.
Traumatismo genital	Sangrado tras historia de trauma previo.	Hematomas, laceraciones, heridas penetrantes… Descartar siempre traumatismo penetrante y abuso sexual *(ver tema específico).*	Valorar necesidad de vaginoscopia o exploración en quirófano bajo anestesia si no se visualiza completamente en la exploración.
Liquen escleroso	Prurito y sangrado	Área hipopigmentada perianal, periintroito.	El diagnóstico es clínico. No es necesaria biopsia, por dificultad para la toma y por baja probabilidad de malignidad.
Prolapso uretral	Sangrado, dolor, escozor y disuria. Más frecuente en niñas de raza negra.	Masa circular congestionada, que rodea el meato urinario.	
Menarquia precoz en el contexto de pubertad precoz *(brote mamario o telarquia antes de los 8 años)*	Sangrado autolimitado de cuantía variable.	Cambios puberales previos: telarquia, aceleración del crecimiento.	- Pubertad precoz central: menarquia 1-2 años tras telarquia. - Pubertad precoz periférica: cambios abruptos, menarquia días, semanas o meses tras telarquia. Si la causa es transitoria la telarquia habrá desaparecido en el momento de la menarquia.
Menarquia precoz aislada idiopática	Sangrado escaso esporádico o cíclico en ausencia de signos puberales.	Ningún signo puberal y ningún hallazgo genital (diagnóstico de exclusión).	
Hemorragia uterina disfuncional	Sangrado irregular, abundante o prolongado.	Sin hallazgos en la exploración, salvo sangrado uterino.	Realizar analítica (hemograma + estudio de coagulación) y test de gestación. Plantear valoración por especialista y/o realización de pruebas de imagen si clínica de dolor o mal estado general.

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Hemorragia prepuberal	**Menarquia precoz aislada idiopática**	
	No precisa tratamiento domiciliario desde Urgencias. No se conoce su causa.	
	Menarquia precoz en el contexto de pubertad precoz	
	Tratamiento etiológico tras estudio de la pubertad precoz (PP): - PP central: descartar lesión del sistema nervioso central y valorar triptorelina. - PP periférica: descartar lesión ovárica o suprarrenal, suspender exposición a sustancias estrogénicas (medicamentos, cosméticos, de herbolario, drogas).	
	Otras causas	
	El resto de causas no suelen precisar tratamiento domiciliario desde Urgencias.	
Hemorragia uterina disfuncional (adolescente)	**Tratamiento no hormonal**	
	Antifibrinolíticos: ácido tranexámico 500-1500 mg / 8-12 horas vía oral durante 3-5 días	Precaución en paciente con antecedente de enfermedad tromboembólica o renal. Contraindicado en CID
	Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs): naproxeno 250-500 mg / 6-8 horas vía oral durante 3-5 días	Precaución en pacientes con patología gastrointestinal
	Tratamiento combinado (ácido tranexámico + AINE) Misma pauta	
	Tratamiento hormonal (anovulatorio)	
	ESTRÓGENOS Y GESTÁGENOS COMBINADOS **1. Tratamiento hemostático con estrógeno y gestágeno combinado** (cohíben hemorragia aguda; al menos 30 mcg de etinilestradiol): 1 comp/8 horas, 3 días → 1 comp/12 horas, 3 días → 1 comp/día, 3 días **2. Estrógeno + gestágeno** 1 comprimido diario durante 21 días (pauta 21/7) o durante 24 días (pauta 24/4)* * Estrógeno: etinilestradiol al menos 20-30 mcg; * Gestágeno: dienogest controla bien el ciclo menstrual	NO suelen precisar tratamiento ya que la mayoría son secundarias a una inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y habitualmente mejoran de forma espontánea. Se tratará según la repercusión hemodinámica que presente, y la evolución del cuadro. El tratamiento hemostático sólo si anemia severa. En < de 16 años: autorización de progenitor/representantes legales. Mantener tto. 3-6 meses y valorar la evolución de los ciclos tras la suspensión del mismo. Contraindicado si historia personal o riesgo de TVP/TEP.
	GESTÁGENOS EN 2ª FASE DEL CICLO: **1. Progesterona micronizada** 200 mg 1 comprimido / día vía oral o vaginal del día 16 al 25 del ciclo **2. Acetato de medroxiprogesterona** 5-10 mg / 24 horas vía oral, del día 16 al 25 del ciclo	

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS Y CRITERIOS DE INGRESO

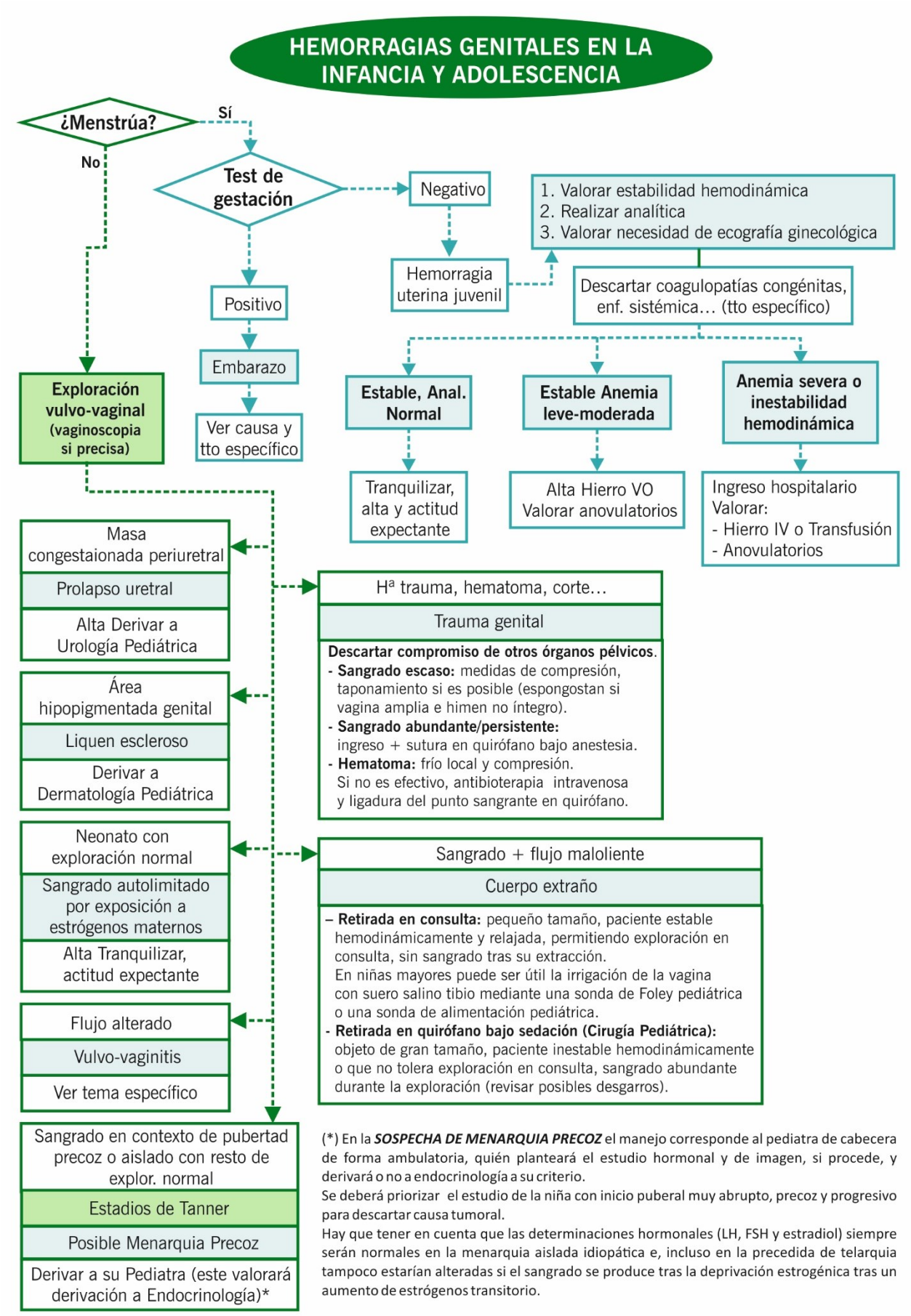
CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

- Traumatismo genital con sospecha de abuso sexual infantil subyacente (Ver tema ASI).
- Menarquia precoz: derivar a su Pediatra, quien valorará derivación a Endocrinología Pediátrica, siendo prioritarias las niñas con inicio puberal muy abrupto, precoz y progresivo a descartar causa tumoral.
- Hemorragia uterina anormal que precise tratamiento hormonal: Ginecología de zona.
- Sospecha de coagulopatía congénita: Unidad de Hemofilia (1ª Planta del Centro de Diagnóstico y Tratamiento. Hematología). Derivar mediante hoja de consulta.
- Prolapso uretral: Urología Pediátrica.
- Liquen escleroso: Dermatología Pediátrica.

CRITERIOS DE INGRESO

- Inestabilidad hemodinámica
- Hemorragia incoercible
- Anemia grave (cuando la paciente presenta repercusión hemodinámica o Hb< 7 g/dl)
- Traumatismo genital que requiera sutura en quirófano bajo anestesia
- Cuerpo extraño en vagina que requiera retirada en quirófano bajo anestesia

ALGORITMO


HEMORRAGIAS GENITALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
¿Menstrúa?
Sí
No
Test de gestación
Negativo
Positivo
Embarazo
Ver causa y tto específico
Hemorragia uterina juvenil
1. Valorar estabilidad hemodinámica
2. Realizar analítica
3. Valorar necesidad de ecografía ginecológica
Descartar coagulopatías congénitas, enf. sistémica… (tto específico)
Estable, Anal. Normal
Tranquilizar, alta y actitud expectante
Estable Anemia leve-moderada
Alta Hierro VO Valorar anovulatorios
Anemia severa o inestabilidad hemodinámica
Ingreso hospitalario Valorar:
- Hierro IV o Transfusión
- Anovulatorios
Exploración vulvo-vaginal (vaginoscopia si precisa)
Masa congestaionada periuretral
Prolapso uretral
Alta Derivar a Urología Pediátrica
Área hipopigmentada genital
Liquen escleroso
Derivar a Dermatología Pediátrica
Neonato con exploración normal
Sangrado autolimitado por exposición a estrógenos maternos
Alta Tranquilizar, actitud expectante
Flujo alterado
Vulvo-vaginitis
Ver tema específico
Sangrado en contexto de pubertad precoz o aislado con resto de explor. normal
Estadios de Tanner
Posible Menarquia Precoz
Derivar a su Pediatra (este valorará derivación a Endocrinología)*
Hª trauma, hematoma, corte…
Trauma genital
Descartar compromiso de otros órganos pélvicos.
- Sangrado escaso: medidas de compresión, taponamiento si es posible (espongostan si vagina amplia e himen no íntegro).
- Sangrado abundante/persistente: ingreso + sutura en quirófano bajo anestesia.
- Hematoma: frío local y compresión. Si no es efectivo, antibioterapia intravenosa y ligadura del punto sangrante en quirófano.
Sangrado + flujo maloliente
Cuerpo extraño
– Retirada en consulta: pequeño tamaño, paciente estable hemodinámicamente y relajada, permitiendo exploración en consulta, sin sangrado tras su extracción.
En niñas mayores puede ser útil la irrigación de la vagina con suero salino tibio mediante una sonda de Foley pediátrica o una sonda de alimentación pediátrica.
- Retirada en quirófano bajo sedación (Cirugía Pediátrica): objeto de gran tamaño, paciente inestable hemodinámicamente o que no tolera exploración en consulta, sangrado abundante durante la exploración (revisar posibles desgarros).
(*) En la SOSPECHA DE MENARQUIA PRECOZ el manejo corresponde al pediatra de cabecera de forma ambulatoria, quién planteará el estudio hormonal y de imagen, si procede, y derivará o no a endocrinología a su criterio.
Se deberá priorizar el estudio de la niña con inicio puberal muy abrupto, precoz y progresivo para descartar causa tumoral.
Hay que tener en cuenta que las determinaciones hormonales (LH, FSH y estradiol) siempre serán normales en la menarquia aislada idiopática e, incluso en la precedida de telarquia tampoco estarían alteradas si el sangrado se produce tras la deprivación estrogénica tras un aumento de estrógenos transitorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez MJ, Brañas P: El ciclo menstrual y sus trastornos. Hemorragia uterina disfuncional. Dismenorrea. Síndrome premenstrual. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM (eds.). Medicina de la adolescencia. Atención integral. 1ª ed. Majadahonda: Ergon; 2004. p. 292-8.
2. Marín M, Ordóñez O, Palacios A. Manual de Urgencias de Pediatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid: Ergon. 2011.
3. Howell JO, Flowers D. Prepubertal Vaginal Bleeding: Etiology, Diagnostic Approach, and Management. ObstetGynecolSurv 2016;71(4):231-42.
4. Martínez-Aedo Ollero MJ, Godoy Molina E. Pubertad precoz y variantes de la normalidad. Protocdiagn ter pediatr. 2019;1:239-52.
5. Guerrero-Fernández J. Menarquia precoz / prematura. En: Guerrero-Fernández J, González-Casado I. Manual de diagnóstico y terapéutica en endocrinología pediátrica. Madrid, Ergón; 2016:577-82.

207 – INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Sánchez Díaz, Carolina
Silván Alfaro, José Manuel
Falcón Neyra, María Dolores

DEFINICIÓN

Conjunto de infecciones transmitidas, principalmente, por contacto sexual (oral, vaginal, anal) producidas por más de 30 virus, bacterias, hongos, protozoos o artrópodos. Aproximadamente un 80% de las infecciones de transmisión sexual (ITS) son asintomáticas. El adelanto de la edad de inicio de relaciones sexuales (15-16 años) y los cambios en la conducta sexual, entre otros factores, han llevado a un aumento de las ITS en adolescentes. Ante el hallazgo de una de estas infecciones debemos descartar siempre el abuso sexual, coinfección con otras ITS y, en mujeres en edad fértil, descartar embarazo.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

ITS MÁS FRECUENTES EN ADOLESCENTES

AGENTE		CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
Treponema pallidum	**Sífilis primaria**	Pápula/úlcera indolora en inoculación (genital/bucal) y adenopatías bilaterales indoloras. Involuciona en 4-6 semanas.	RPR (+/-) FTA-Abs (+). Exudado de úlcera genital (+/-).
	Sífilis secundaria	Exantema maculopapularpalmoplantar no pruriginoso, sistémicas (adenomegalias, esplenomegalia, etc). Alta contagiosidad.	RPR (+) FTA-Abs (+)
	Sífilis latente	Precoz: < 1 año tras contacto. Tardía: > 1 año tras contacto. Asintomática.	RPR/VDRL (+/-) FTA-Abs/TPPA (+)
Neisseria gonorrhoeae **(Incubación 2-5 días en varones; 5-10 días en mujeres)**	**Gonococia asintomática**	Asintomática sobre todo en mujeres.	Diagnóstico por cribado poblacional.
	Gonococia no complicada	Genitourinaria: uretritis con secreción purulenta y disuria, vulvovaginitis, cervicitis con secreción vaginal purulenta, dolor suprapúbico, dispareunia, disuria, sangrado intermenstrual.	PCR muestra o cultivo Tinción de Gram/cultivo
		Rectal: mayoría asintomática, proctitis con secreción anal, prurito, hemorragia, dolor, tenesmo rectal, estreñimiento.	
		Faringitis gonocócica: mayoría asintomática, puede progresar a infección gonocócica diseminada.	
		Conjuntivitis/oftalmitis: poco frecuente. Síntomas leves a queratitis ulcerativa.	
	Infección gonocócica diseminada	Artralgia asimétrica, lesiones cutáneas en zonas acras (pústulas, petequias), tenosinovitis, artritis supurativa. Carditis, meningitis, osteomielitis.	
Herpes genital: VHS-1, VHS-2 (Incubación 7 días)	**Infección primaria**	Sistémicos (fiebre, malestar, mialgias…) y locales (parestesias, prurito, quemazón) previos a lesiones vesiculosas genitales, evolución a úlceras húmedas muy dolorosas, adenopatías regionales dolorosas, secreción vaginal, uretral, disuria	PCR VHS: método diagnóstico de elección. Serología: útil en primoinfección y en identificación de los tipos de VHS.
	Recurrencias	Clínica más leve o asintomáticas.	
Virus del papiloma humano (VPH 6,11)		Verrugas anogenitales o condilomas únicos o múltiples. Cérvix, vagina, pene, genitales externos, región intra y perianal y muslos. Asintomáticas, a veces producen prurito, dolor, sangrado leve o molestias urinarias.	
Chlamydia trachomatis (Incubación 7-14 días)		Asintomática en muchos casos. Puede causar uretritis, epididimitis, cervicitis, salpingitis, proctitis, EIP.	PCR en orina, exudadovaginaluretral.Tinción de Gram/cultivo
Trichomonas vaginalis		Eritema vulvar, intenso. Flujo amarillo-verdoso, espumoso y maloliente. Cervicitis, uretritis, vaginitis. Alta tasa de coinfección.	Protozoos flagelados móviles en fresco, Gram, cultivo o PCR.

Tabla 1. ITS más frecuentes en adolescentes

SÍNDROMES RELACIONADOS CON ITS EN EL ADOLESCENTE

	AGENTE	CLÍNICA		DIAGNÓSTICO
		Características lesiones	**Adenopatías**	
ÚLCERAS Y ADENOPATÍAS	**Herpes***VHS-1, VHS-2*	Vesículas evolucionadas a úlceras, muy dolorosas.	Bilaterales, dolorosas.	*Véase Tabla 1*
	Sífilis primaria*Treponema pallidum*	Úlcera superficial, borde engrosado. Indolora.	Bilaterales, indoloras.	
	Linfogranuloma venéreo (LGV) *Chlamydia trachomatis L1-L3*	A veces úlcera ausente. Lesión papulosa/pustulosa en lugar de inoculación.	Unilateral, dolorosa. Tras desaparición de lesión primaria.	
	Granuloma inguinal *Klebsiella granulomatis*	Pápula ulcerada muy vascularizada y sangrante. No dolorosa.	No.	Biopsia: cuerpos de Donovan.
	Chancroide *Haemophilusducreyi*	Úlcera profunda, amarillenta, secreción purulenta. Mal olor. Dolorosa.	Unilaterales. Dolorosas. Supurativas	Gram, cultivo o PCR. (En exudado de lesión primaria o adenopatía)
URETRITIS Y CERVICITIS	**Gonocócica** *Neisseria gonorrhoeae*	Incubación 2-5 días. Inicio brusco. Exudado abundante, purulento, hemorrágico.		Examen en fresco, Gram, cultivo y PCR. Si en tinción de Gram se observan diplococos G- sospecharemos N. gonorrhoeae, mientras que si es negativa debemos pensar en C. trachomatis (confirmar con PCR)
	No gonocócica *Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, Haemophilus spp.*	Incubación 7- 14 días. Inicio insidioso. Exudado escaso, seroso, mucoide.		
PROCTITIS	*N. gonorrhoeae, C.trachomatis, C. trachomatis L1-L3 (linfogranuloma venéreo), VHS, T.pallidum*	Alto porcentaje de asintomáticos. Dolor, tenesmo, secreción rectal, afectación del estado general.Edema y eritema. Úlceras (LGV, HCS, sífilis).		Gram, PCR N.gonorrhoeae, C. trachomatis, LGV, VHS Estudio parasitológico y bacteriológico en heces.
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA	*N. gonorrhoeae, C.trachomatis, M.genitalum*	https://guiaprioam.com/indice/enfermedad-pelvica-inflamatoria/		PCR/cultivo N.gonorrhoeae, C. trachomatis. Cultivo bacteriano (vaginosis) Serología ITS.

Tabla 2. Síndromes relacionados con ITS en el adolescente.

TRATAMIENTO EMPÍRICO POR SÍNDROME

SÍNDROME	PRIMERA ELECCIÓN	ALTERNATIVA
Uretritis y cervicitis	**Si < 45 kg:** Ceftriaxona 25-50mg/kg i.m dosis única +eritromicina 50 mg/kg/día c/6 h v.o durante 14 días **Si > 45 kg**: https://guiaprioam.com/indice/cervicitis/	https://guiaprioam.com/indice/cervicitis/
Proctitis	Ceftriaxona o doxicilina 100mg c/12 h v.o 7 días Si sospecha VHS o sífilis, tratamiento específico	
Enfermedad inflamatoria pélvica	https://guiaprioam.com/indice/enfermedad-pelvica-inflamatoria/	https://guiaprioam.com/indice/enfermedad-pelvica-inflamatoria/

TRATAMIENTO DIRIGIDO POR SÍNDROME

AGENTE	PRIMERA ELECCIÓN	ALTERNATIVA
***C.trachomatis* (1)**	**> 45 kg**: azitromicina 1 g v.o. dosis única	Doxiciclina 100 mg v.o. c/12 h durante 7 días (sólo en > 8 años)
	< 45 kg: eritromicina 50 mg/kg/día v.o c/6h durante 14 días (dosis máx. 2 g/día)	
Linfogranuloma venéreo (2)	Doxicilina 100 mg v.o. c/12 h, 21 días	Azitromicina v.o 1 g semanal, 3 semanas
Granuloma inguinal (3)	Doxicilina 100 mg v.o. c/12 h, 3-4 semanas.	Azitromicina v.o 1 g semanal, 3 -4 semanas.
***N.gonorrhoeae* (4)**	**>45 kg**: Ceftriaxona 250 mg i.m dosis única o azitromicina 1 g v.o dosis única.	Cefixima 400 mg v.o. en dosis única + azitromicina 1 g v.o dosis única
	< 45 kg: Ceftriaxona 50 mg/kg iv o im dosis única (máx. 125 mg)	
	Ingreso hospitalario en infección gonocócica diseminada grave	
***T.vaginalis* (5)**	Metronidazol 2 g vo dosis única o Metronidazol 500 mg vo c/12 h 7 días	Clotrimazol 100 mg vaginal 7 días, clotrimazol crema vaginal 2%, c/24 h, 3 días
***H. ducreyi (chancroide)* (6)**	**>45 kg**: Azitromicina 1 g vo, dosis única ó Ceftriaxona 250 mg im dosis única	Eritromicina 500 mg v.o c/8 h, 7 días.
	< 45 kg: Ceftriaxona 50 mg/kg/im dosis única ó Azitromicina 20 mg/kg/v.o , dosis única.	
Sífilis	**Primaria, secundaria y latente precoz:** Penicilina G benzatina 50.000 U/kg i.m dosis única (máx. 2.4 millones U).	Doxiciclina 100 mg v.o c/12 h durante 14 días.
	Latente tardía o duración desconocida: Penicilina G benzatina 50.000 U/kg i.m (dosis máx. 2.4 millones U) 3 dosis semanales.	Doxiciclina 100 mg v.o. c/12 h durante 28 días.
***VHS* (7)**	**Primer episodio:** Aciclovir 400 mg c/8 h vo 7-10 dias.	Valaciclovir 500 mg c/12 h v.o 7-10 días
	Recurrencias: Terapia supresora con aciclovir o valaciclovir	

(1) Tratar parejas sexuales de 60 días previos. Se recomienda confirmación de cura con prueba microbiológica a las 2 semanas de finalizar tratamiento. En mayores de 45 kg el tratamiento con una dosis de azitromicina es tan eficaz como con doxiciclina en la infección urogenital, pero existen dudas sobre su eficacia en proctocolitis.

(2) Tratamiento de parejas sexuales 30 días previos.

(3) Tratamiento de parejas sexuales 30-60 días previos, no indicación clara de tratar a la pareja sexual si asintomática.

(4) Se recomienda reevaluar a estos pacientes tras 3-7 días de completar tratamiento para asegurar respuesta clínica (riesgo de resistencias a gonococo).

(5) No deben consumirse bebidas ni medicamentos que contengan alcohol durante el tratamiento con metronidazol

(6) Tratamiento de parejas sexuales de 10 días antes de la aparición de síntomas.

(7) Si lesiones muy dolorosas: baños con agua salina y lidocaína al 5% tópica.

(8) Tratar recurrencias sólo si muy frecuentes.

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN VIH

Valoración de riesgo según:
- Práctica sexual
- Estado serológico de la pareja
- Susceptibilidad del huésped

Niños< 12 años: zidovudina (4 mg/kg/12h) + emtricitabina (6 mg/kg/24h) + lopinavir/ritonavir (230-300 mg/m2 cada 12 horas). Existen preparados en solución de los fármacos.

Niños ≥ 12 años: tenofovir 245 mg + emtricitabina 200 mg en un sólo comprimido/24 horas + raltegravir 400 mg/12 horas. Iniciar en las primeras 72 horas tras contacto y mantener 28 días.

Derivación a consulta de Infecciosos Pediátrico para cribado de otras ITS y seguimiento.

Tabla 4. Profilaxis postexposición VIH

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Levonorgestrel: dosis única de 1,5 mg vo hasta 3 días posteriores al contacto sexual

INDICACIONES
- Mantener relaciones sexuales sin protección
- Fallo de un método contraceptivo (rotura de preservativo, especialmente)
- Abuso sexual con penetración

Tabla 5. Anticoncepción de emergencia

CRITERIOS DE DERIVACIÓN CONSULTAS

Cualquier ITS o sospecha debe ser remitida a consulta de Infectología pediátrica para completar cribado y seguimiento.

Tabla 6. Criterios de derivación consultas

CRITERIOS DE INGRESO

Sospecha de EPI y:
- Embarazo
- Falta de respuesta/tolerancia / adherencia al tratamiento
- Sospecha de absceso pélvico / clínica severa / náuseas o vómitos
- Descartar absceso pélvico / patología quirúrgica
- Seropositividad VIH
- Estadios III y IV

Sospecha de gonococia complicada

Clínica severa o dolor no controlado

Tabla 7. Criterios ingreso

ALGORITMO DE MANEJO

SOSPECHA ITS

- Úlceras genitales
- Uretritis y cervicitis
- Proctitis
- EPI

Estudio microbiológico e inicio de tratamiento empírico en función de orientación diagnóstica

TRATAMIENTO ESPECÍFICO (Véase Tabla 2).

- Descartar abuso sexual.
- Cribado de otras ITS (incluir VIH, VHB, VHC).
- Descartar embarazo en mujeres en edad fértil.
- Considerar enfermedades de declaración obligatoria.
- Considerar tratamiento parejas sexuales.

SEGUIMIENTO EN CONSULTAS DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA

BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero García M, Bardón Cancho E, López Lledó S. Infecciones de transmisión sexual en adolescente (v.1/2015). Guía ABE. Infecciones en pediatría. Guía rápida para selección de tratamiento antimicrobiano empírico. Disponible:https://guia-abe.es/
2. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Grupo de Expertos 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 Venerología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Marzo 2017.
3. M.D. Falcón Neyra, P.Sánchez Moreno. Capítulo 6.1.10 Infecciones de transmisión sexual. En: M Cruz. M. García, J.J. Cruz, O. Mintegui, S. Moreno, J.M.Manual de Pediatría. 4ª Edición. Madrid. Ergon. 2020. P 369-73.
4. Guías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Disponible en: https://guiaprioam.com
5. Guerrero-Fdez J, Cartón Sánchez A, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Libro verde Hospital Infantil La Paz. Editorial Panamericana, 6ª edición.

208 – PATOLOGÍA MAMARIA

Barrera Talavera, María Dolores
Alfaro Galán, Lina
García García, Emilio

DEFINICIÓN

La mayoría de las masas mamarias que aparecen en niños y adolescentes son de carácter benigno y muchas veces autolimitadas, pero su hallazgo puede ocasionar ansiedad en el paciente y su familia.

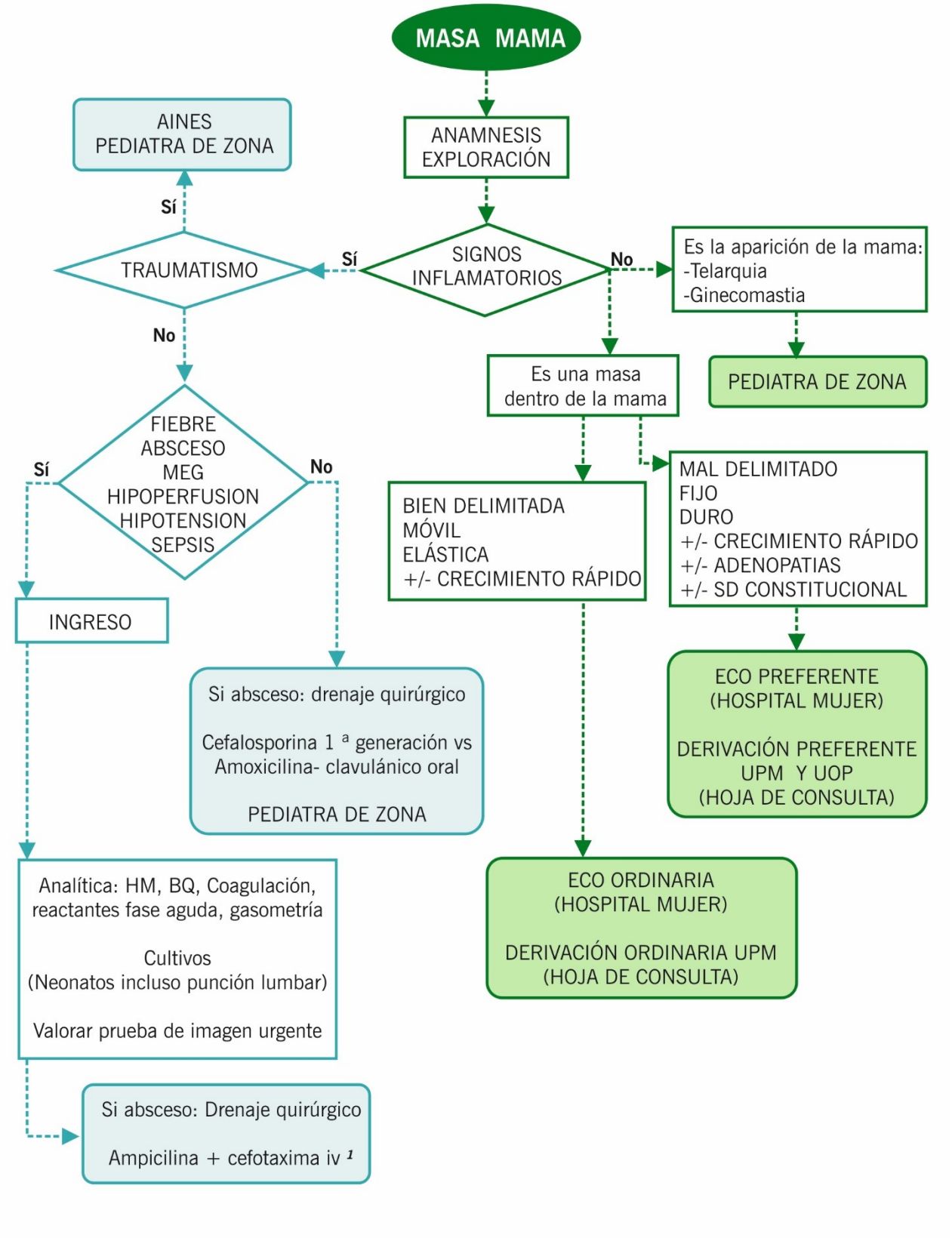
Pueden ser no tumorales (aparición de la mama en la niña "telarquia", en el varón "ginecomastia", hematoma, absceso), tumorales benignas (fibroadenoma, tumor Phyllodes, hamartoma, lipoma, etc) o tumorales malignas, que son excepcionales (< 1%). Las vamos a diferenciar en función si hay o no signos inflamatorios para orientar el diagnóstico.

La ecografía es el método de elección para establecer un diagnóstico diferencial, por la gran densidad mamaria en esta edad y lo inocuo del procedimiento. A veces es necesario recurrir a una BAG (Biopsia con Aguja Gruesa) para obtener el diagnóstico anatomopatológico definitivo.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

ETIOLOGÍA	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
Aparición de la mama: - Ginecomastia en el varón - Telarquia en la mujer	Masa elástica concéntrica desde el pezón. Uni o bilateral. Si bilateral, puede ser asimétrica. Puede ser levemente dolorosa. Móvil. Antecedente de fármacos o exposición a sustancias.	Clínico: - Anamnesis. - Exploración de la mama y axila. Diferenciar de adipomastia, en la que no hay glándula y disminuye en decúbito supino. - En varón palpar testes (descartar tumoración testicular).
Tumor benigno	Masas palpables (generalmente consultan por autopalpación positiva) uni o bilaterales, móviles elásticas, bien delimitadas y sin signos inflamatorios asociados.	Clínico: - Anamnesis - Exploración de la mama, axila, hueco supraclavicular y cadena yugular Radiológico: - Ecografía
Tumor maligno	Masa uni o bilateral donde se refiere crecimiento rápido y sin signos inflamatorios asociados.	Clínico: - Anamnesis - Exploración de la mama, axila, hueco supraclavicular y cadena yugular Radiológico: - Ecografía BAG si precisa.
Infecciosa	Masa indurada unilateral, roja, caliente, eritematosa y dolorosa a la palpación. Si fluctúa sospecha absceso. Fiebre, síntomas sistémicos, sepsis. Neonatos (puede ser indicadores de infección severa: irritabilidad, llanto, pérdida de apetito, vómitos etc.).	Clínico Analítica: Hemograma, BQ, Coagulación, reactantes fase aguda, gasometría Cultivos (En neonatos incluir punción lumbar). Valorar prueba de imagen urgente.
Traumática	Masa unilateral dolorosa, eritematosa y mal definida. Retracción piel y pezón. Antecedente traumático. Equimosis.	Clínico: Si evolución tórpida o etiología no clara ecografía de mama.

ALGORITMO DE MANEJO



* UPM: Unidad de Patología Mamaria
* UOP: Unidad de Oncología Pediátrica
[1] Seguir recomendaciones guía PRIOAM
https://guiaprioam.com/indice/sepsis-grave-y-shock-septico-en-pacientes-pediatricos

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO DOMICILIARIO
Aparición de la mama en el varón (ginecomastia)	No precisa tratamiento desde urgencias. Actitud expectante en las fisiológicas (neonatos y adolescentes). Específico tras estudio etiológico en las secundarias: tumores productores de hormonas, otras enfermedades o exposiciones ambientales. Idiopática con afectación psicológica: tamoxifeno o cirugía.
Aparición de la mama en la niña (telarquia)	No precisa tratamiento desde urgencias. Actitud expectante en las fisiológicas (menores de 2 años y mayores de 8). Especifico tras estudio etiológico en las secundarias: tumores productores de hormonas, otras enfermedades o exposiciones ambientales.
Tumoral benigno	Expectante (mediante ecografía para controlar evolución). Cirugía (si crecimiento rápido o duda diagnóstica).
Tumoral maligno	Etiológico.
Infecciosa	Cefalosporina 1 ª generación vs amoxicilina –clavulánico 7-14 días.
Traumática	Analgésicos y antiinflamatorios.

CRITERIOS DE INGRESO Y DE DERIVACIÓN

ETIOLOGÍA	INGRESO	DERIVACIÓN
Aparición de la mama	No requiere ingreso.	Pediatra de zona, que hará estudio hormonal y etiológico a su criterio o derivará a Endocrinología Pediátrica, priorizando los casos de inicio abrupto y rápido crecimiento sobre todo en edades no fisiológicas.
Patología tumoral	No requiere ingreso.	Petición de Ecografía mamaria ordinaria o preferente en función de sospecha de benignidad o malignidad en Radiología del Hospital de la Mujer. Derivación ordinaria o preferente en función de sospecha de benignidad o malignidad a unidad de patología de mama (UPM). Tumores malignos se derivaran además de forma preferente a unidad de oncología pediátrica (UOP).
Patología infecciosa o traumática	Absceso (drenaje quirúrgico). Contactar para ello con **cirugía pediátrica** Fiebre. Síntomas sistémicos: aspecto séptico, hipotensión, hipoperfusión tisular etc. Sepsis o shock séptico: Fallo renal, hepático, respiratorio etc.	Pediatra de zona (solo si no hay fiebre o síntomas sistémicos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Montañés E, Grande J. Urgencias ginecológicas. En: Martin M, Ordoñez O, Palacios A. Manual de urgencias pediátricas 12 de Octubre. 1ª ed. Madrid, Ergón; 2011:773-86.
2. Moreno D, Delgado C, Utor DA, Serrano I. Patología Mamaria Infanto-juvenil. En: Manual de práctica clínica en senología 2019. 4 ª Edición. Sociedad española de senología y patología mamaria. ISBN 978-84-09-13675-9; 2019: 172-76
3. Alonso MT, Jiménez F, Sánchez-Valderrábanos E, et al. Sepsis en pacientes pediátricos. Guía PRIOAM Virgen del Rocío. 2017. https://guiaprioam.com/indice/sepsis-grave-y-shock-septico-en-pacientes-pediatricos (consultada el 23-02-21).
4. Martínez-Aedo Ollero MJ, Godoy Molina E. Pubertad precoz y variantes de la normalidad. Pro-toc diagn ter pediatr. 2019;1:239-52.
5. Guerrero-Fernández J. Ginecomastia. En: Guerrero-Fernández J, González-Casado I. Manual de diagnóstico y terapéutica en endocrinología pediátrica. Madrid, Ergón; 2016:506-11.
6. Gao Y, Saksena MA, Brachtel EF, terMeulen DC, Rafferty EA. How to approach breast lesions in children and adolescents. Eur J Radiol. 2015 Jul;84(7):1350-64.

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Virgen del Rocío

MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS DE GINECOLOGÍA

Edita:
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Comité Editor:
Dirección Médica
UGC Urgencias del Adulto
UGC Ginecología y Patología Mamaria
Jefatura de Estudios Postgrado
Unidad de Calidad

Coordina:
Ana María Calderón Cabrera
M.ª Ángeles Martínez Maestre
Ángela M.ª Núñez Jaldón

Diseño y maquetación gráfica:
H-TECNOLOGÍA Servicios, Innovación y Desarrollo en Nuevas Tecnologías SLU

Sevilla, agosto 2022

ISBN: 978-84-09-43801-3
Depósito Legal: SE 1638-2022
Copyright © 2022 Hospital Universitario Virgen del Rocío
Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores

Junta de Andalucía | Consejería de Salud y Familias | Servicio Andaluz de Salud