

URGENCIAS EN GINECOLOGÍA**Dra. Elena de la Fuente Díez. Dra. Luz Mira Ferrer**

Médicas adjuntas del Servicio de Ginecología y Obstetricia

BARTOLINITIS AGUDA

Las bacterias presentes en la zona genital colonizan el epitelio y obstruyen el canal excretor de la glándula de Bartholino produciendo una bartolinitis aguda y un absceso de Bartholino si progresa.

- **Diagnóstico:** Clínico: La paciente refiere la aparición de una tumoración dolorosa en los labios mayores de crecimiento rápido en los últimos días.
- **Actitud:** La paciente se remitirá al la unidad de urgencias ginecológicas si:
 - El tamaño es > 3 cm.
 - Presenta zona de drenaje.
 - Fiebre.
- **Tratamiento:**
 - **Médico:** Antibioterapia + Analgesia oral
 - Antibioterapia:
 - Doxiciclina 100mg/12h 7-10 días (fotosensibilizante)
 - Amoxicilina-clavulánico 500mg/8h 7-10 días.
 - Analgesia: Paracetamol 1g/8h, ibuprofeno 600mg/6-8h.
 - **Quirúrgico** del absceso de Bartholino.

VULVOVAGINITIS. LEUCORREA

La etiología más frecuente son *Cándida albicans*, *Gardnerella vaginalis* y *trichomona vaginalis*.

- **Diagnóstico:** Clínico:
 - Molestias locales.
 - Leucorrea.
 - Prurito.
 - Disuria.
 - Dispareunia.
 - Eritema en vulva y vagina con posible colpitis.

	CANDIDIASIS	GARDNERELLA	TRICHOMONAS
Leucorrea	Blanca como yogur	Grisácea con olor a pescado	Amarilla
KOH	-	+++	-
pH	Básico		

- Las pacientes deben ser remitidas a su ginecólogo de zona con tratamiento empírico en base al tipo de leucorrea que describa. Sólo debe ser remitida a la unidad de urgencias ginecológicas si la paciente no sabe concretar este aspecto.
- En urgencias de ginecología sólo se confirmará el tipo de flujo y se pondrá tratamiento empírico en base a este. La citología y/o cultivo no se realizan en urgencias sino en consultas programadas.
- Puede darse el caso de que la paciente refiera prurito genital sin leucorrea, ese caso debe de explorarse la zona genital en busca de lesiones y pensar en atrofia en pacientes > 40 años, dermatitis alérgicas a tejidos, jabones y otras sustancias.
- Ante una leucorrea inespecífica pruriginosa asociada a uretritis debe pensarse en Infección por *Chlamidia trachomatis* y *Neisseria Gonorrhoeae* y debe tratarse de forma empírica como si las dos estuvieran presentes.

CANDIDIASIS "Tratamiento de la mujer y de su pareja sexual"

- **Tratamiento tópico:** Se pautará vía vaginal y genital conjunta:
 - Clotrimazol: (Gine-canesten®):
 - Monodosis (Repetir a la 5ª noche):
 - Óvulo 500mg. v. vaginal por la noche.
 - Cánula al 10% 5g. v. vaginal por la noche.
 - 7 días: 100 mg v. vaginal c/noche + Crema genital 2% 1 aplicación c/12h 7 noches.
 - Fenticonazol: (Laurimic®, Lomexin®):
 - Monodosis: Óvulo 600mg. v. vaginal por la noche. Repetir a la 5ª noche.
 - 3 días: óvulo 200mg. c/noche + Crema genital 2% 1 aplicación c/12h 5 días.

- **Tratamiento oral:** No realizar en gestantes:
 - Itraconazol: (Canadiol®, Hongoseril®, Sporanox® 100 mg) 1/12 horas 3 días.
 - Ketoconazol: (Ketoisdein®, Fungarest® 200mg)

GARDNERELLA VAGINALIS

- **Tratamiento tópico:**
 - Clindamicina: (Dalacin® 300mg) 1comp vaginal/día 7 días.
 - Metronidazol: (Zidoval® gel vaginal) 1 aplicación de 5 g/día 5 días.
- **Tratamiento oral:**
 - Clindamicina: (Dalacin® 300mg) 1/12 h durante 7 días.
 - Metronidazol: (Flagyl® 500mg) 1/12h 7 días ó 2g oral en monodosis
- **Embarazada:** clindamicina por vía tópica de 1ª elección.
- **No embarazada:** vía tópica de 1ª elección.

TRICHOMONA VAGINALIS "Tratamiento de la mujer y de su pareja sexual"

- **Tratamiento tópico:**
 - Metronidazol: (Zidoval® gel) 1 aplicación vaginal de 5 g/día/5 días.
 - Clotrimazol: (Gine-canesten®)
 - Monodosis (Repetir a la 5ª noche):
 - Óvulo 500mg. v. vaginal por la noche.
 - Cánula al 10% 5g. v. vaginal por la noche.
 - 7 días: 100 mg v. vaginal c/noche.
- **Tratamiento oral:**
 - Metronidazol: (Flagyl® comprimidos) de 500mg 1comp/12h 7 días o 250mg 1 comp/8h 7 días o 2g en monodosis.
 - Tinidazol: (Tricolam® 500mg comprimidos) 2g (4comp) en monodosis.
- **Embarazada:** clotrimazol por vía tópica de 1ª elección.
- **No embarazada:** vía tópica de 1ª elección.

CHLAMIDIA TRACHOMATIS "Tratamiento de la mujer y de su pareja sexual vía oral"

- **No embarazada:**
 - Doxiciclina: (Doxiten enzimático® Doxiten BIO® 100mg comprimidos) 1comp/12h 7-10 días. (fotosensibilizante).
 - Azitromicina: (Zitromax® 500mg cápsulas) 1g (2 comp) monodosis.
 - Ofloxacino: (Surnox® 600mg comprimidos) 1comp/día 7 días.
 - Amoxicilina-clavulánico: (Augmentine® 500mg comprimidos) 1comp/8h 7 días.
 - Eritromicina: (Pantomicina® 800mg comp) 1comp/8h 7 días.
- **Embarazada:**
 - Eritromicina: Idem.
 - Amoxicilina-clavulánico: (Augmentine® 500mg) 1/8h 7 días.

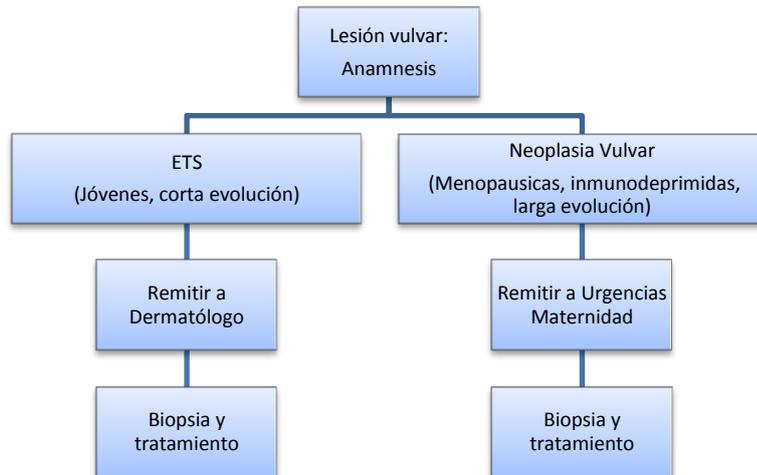
NEISSERIA GONORRHOEAE "Tratamiento de la mujer y de su pareja sexual vía oral"

- **No embarazada:**
 - Ceftriaxona (Rocefin® Ceftriaxona EFG® vial de 250 mg) 250 mg/ 24h im ó iv (elección).
 - Cefixima 400mg v.o
 - Ciprofloxacino 500mg v.o
 - Ceftizoxima 500 mg im
 - Cefotaxima (Claforan®, Primafen® ampollas 1g v.im) 500mg im
 - Norfloxacino 800mg v.o
 - ALERGICAS a penicilina: Espectinomicina 2g im monodosis.
- **Embarazadas:**
 - Ceftriaxona 250 mg/ 24h im ó iv (elección).
 - ALERGICAS a penicilina: Espectinomicina 2g im monodosis.

LESIONES VULVARES

Las lesiones pueden ser de tipo traumático, infeccioso (la mayoría ETS) o autoinmune (raro). En este manual trataremos las lesiones ulceradas al ser las más frecuentes.

ALGORITMO TERAPÉUTICO



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS CHANCROS

	AGUDOS		CRÓNICOS		
	CHANCRO DURO	CHANCRO BLANDO	HERPES GENITAL	LINFOGRANULOMA VENÉREO	GRANULOMA INGUINAL
Etiología	Treponema pallidum	Haemophilus ducreyi	VHS 1y2	Chamydia trachomatis	Calymmatobacterium
Incubación	3 sem	Treponema pallidum	3-10 días	7-30 días	
Chancro	Unico, duro indoloro Limpio, liso, rosado.	Múltiples por autoinoculación, blando, doloroso, sucio, inflamación perilesional.	Racimo de vesículas ulceradas dolorosas.	Ulcera fugaz inadvertida.	Pápulas que pasan a granulomas y se ulceran.
Adenopatías	Bilaterales Indoloras No supuran	Unilaterales Dolorosas Se ulceran	Bilaterales Dolorosas	Unilaterales Dolorosas Inflamatorias y fistulizan	NO Elefantiasis crónica.
Comentarios	Desaparece solo	Es el más precoz. Chancro y adenopatías brotan a la vez	Puede dar fiebre. Recidivas son más leves	Fiebre y proctocolitis. Cronificación-elefantiasis Cicatrices retráctiles.	El más tardío tropical.
Diagnostico Tratamiento*	M.O. campo oscuro. Penicilina benzatina.	Frotis M.O. Ceftriaxona; eritromicina	Tzank. Aciclovir.	Serología. Tetraciclinas.	Biopsia-M.O. Tetraciclinas.

TRATAMIENTO

- **Chancro duro.**
 - Sífilis primaria: (lesiones cutáneas: chancro): Penicilina-benzatina: 2.4 millones UI im monodosis.
 - Sífilis secundaria: (lesiones cutáneas; palmares y plantares tras periodo latente tras desaparecer el chancro): Penicilina-benzatina: 2.4 millones UI im 3 dosis
 - Alergia a penicilina: Eritromicina 500 mg/6h 15 días o Doxiciclina 100 mg/12h 15 días.
 - En sífilis tardía la pauta durará 4 semanas.
 - Síndrome Jarish-Herxheimer: síndrome producido por la destrucción masiva de espiroquetas por el tratamiento, que produce fiebre, leucopenia, taquicardia y taquipnea.
- **Chancro blando.**
 - Eritromicina: 500 mg/6h 21 días v.o.
- **Herpes genital.**
 - Aciclovir: 200, 400, 800 mg v.o, 5, 3 ó 2 veces al día durante 5 días.
 - Valaciclovir: 500 mg/12h v.o, durante 5-10 días.
 - En inmunodeprimidas: Aciclovir 200-800mg/24h 2-12 meses.
- **Linfogranuloma venéreo.**
 - Doxiciclina: 100 mg/12h 21 días v.o.
 - Eritromicina 500 mg/6h 21 días v.o.

- **Granuloma inguinal.**
 - Eritromicina: 500 mg/6h 7 días v.o.
 - Ceftriaxona 250mg monodosis im.
 - Azitromicina 1g monodosis v.o.

DOLOR PERIOVULATORIO INTERMENSTRUAL O MITTELSCHMERZ

Es el dolor que acompaña a la rotura del folículo ovárico en el momento de la ovulación. Suele ser una manifestación de irritación peritoneal por la liberación de sangre o líquido folicular.

- **Diagnóstico:**
 - Clínico:
 - Dolor unilateral que suele desaparecer en unas horas aunque puede llegar a ser intenso
 - A veces se acompaña de sangrado vaginal escaso (spotting).
 - Coincide con el periodo intermenstrual: imprescindible preguntar acerca de la FUR y las características del ciclo, para averiguar la duración del mismo y cuándo ocurre la ovulación (imprescindible conocer la Fórmula Menstrual (FM): duración de la regla en días/cada cuanto se tiene una regla en días).
 - Diagnóstico diferencial con otros procesos abdominales que cursan con dolor abdominal: tras la sospecha de dolor relacionado con el periodo ovulatorio, el diagnóstico suele ser por exclusión de otros procesos.
 - Ecografía: suele ser anodina o se visualiza un folículo periovulatorio y escasa cantidad de líquido libre en Douglas en cantidad similar a la fisiológica.
- **Tratamiento:** No suele requerir tratamiento (autolimitado), pero si precisa, usar AINES o suprimir el ovario con anticonceptivos (AHO).
- **¿Se deben remitir a Ginecología?** No precisan revisión ni control ginecológico de urgencia. Si el proceso ocurre con frecuencia, remitir al ginecólogo de área para valorar tratamiento a largo plazo.

DISMENORREA

Dolor pélvico o en porción inferior abdominal que aparece antes o coincide con la menstruación. Puede ser primaria (sin patología orgánica), o secundaria (trastornos patológicos subyacentes). Afecta al 50% de las mujeres que menstrúan y es el síntoma ginecológico más frecuente en adolescentes y mujeres jóvenes.

DISMENORREA PRIMARIA

Afecta al 55-60% de adolescentes. La primera vez suele ser en la adolescencia, de 1 a 3 años tras la menarquía.

- **Clínica:**
 - Dolor: de inicio unos días u horas antes (++) o inmediatamente tras el inicio de la regla. Duración de 24-48h (++) , a veces hasta 4 días. Similar al trabajo de parto con cólicos suprapúbicos, con/sin dolor lumbosacro referido hacia la cara anterior del muslo (60%). De naturaleza cólica, mejora con masaje abdominal, contrapresión o movimientos del cuerpo.
 - Cefalea menstrual.
 - Náuseas y vómitos (89%).
 - Astenia (85%).
 - Diarrea (60%).
 - Crisis de síncope con pérdida de conciencia (en raras ocasiones).
- **Signos:**
 - Hipersensibilidad a la palpación en región suprapúbica.
 - Ruidos intestinales normales, no signos de irritación peritoneal.
 - Exploración bimanual: durante la crisis hay hipersensibilidad uterina, pero no dolor intenso al movilizar el cérvix o palpar anexos.
- **Tratamiento:**
 - AINES: ideal pautarlos justo o antes del inicio del dolor y luego cada 4-6-8 hs.
 - AHO (anticonceptivos orales): si mala tolerancia a AINES o precisa anticoncepción son de 1ª elección. Si no cede, puede añadirse Codeína o AINES.

DISMENORREA SECUNDARIA

Aparece años tras la menarquía, en mayores de 20 años. Hay patología subyacente: endometriosis (la más frecuente), adenomiosis, DIU y otras menos frecuentes (adherencias pélvicas por cirugía, malformaciones uterinas, cervicales, vaginales o himen imperforado, pólipos endometriales, miomas, Sdr. de Asherman, Sdr de congestión pélvica, etc.).

- **Clínica:**
 - Dolor: comienza antes, continúa durante y puede prolongarse varios días tras la menstruación. Ni es tan cólico ni hipogástrico. Se localiza en ambas FFII, irradia al sacro y se asocia con pinchazos y sensación de peso en hipogastrio.

- Coitalgia.
- Alteraciones menstruales por exceso (menorragias o hipermenorreas).
- **Tratamiento:**
 - AINES y AHO de entrada, aunque es menos probable que controlen el cuadro a largo plazo.
 - El específico del factor etiológico sería el tratamiento definitivo.

¿QUÉ PACIENTES DEBEN REMITIRSE A LA UNIDAD DE URGENCIAS GINECOLÓGICAS?

Las dismenorreas no precisan atención de urgencias por ginecólogo, ya que ceden con analgesia y no precisan ni analítica ni pruebas de imagen. Sólo deben ser remitidas si asocian sangrado excesivo que pueda resultar alarmante. Sí se deben remitir a ginecólogo de área: las primarias para control de la evolución en ciclos posteriores o de AHO, y las secundarias, para estudio del proceso subyacente, que si precisa tratamiento quirúrgico (nunca de urgencia), remitirá a la paciente a C. Externas de Ginecología.

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)

Inflamación secundaria a una infección del tracto genital superior (endometritis, miometritis, ooforitis, parametritis, salpingitis). La mayoría de secuelas proceden de procesos no identificados (por tanto, no tratados).

Vía de contagio: vagina o cérvix (más frecuente), extensión transperitoneal de material infeccioso (<1%), hematógena o linfática (rara).

Etiología: Polimicrobiana casi en el 100%.

- Gérmens más frecuentes: N.Gonorrhoeae y C. trachomatis (los más frecuentes), Peptostreptococo, Peptococo, Bacteroides, Streptococo B, E.Coli, Micoplasma, Ureaplasma.
- Factores de riesgo: ETS, EIP previa, DIU (sobretudo hasta el 3º mes post-inserción), compañero sexual no tratado, instrumentación uterina (EIP yatrogena, p.e. tras IVE), edad (raro en la menopausia, si aparece, descartar DM, patología intestinal o maligna).

DIAGNÓSTICO

- **Clínico:**
 - Dolor pélvico: de inicio rápido el gonococo y lento menos intenso la Chlamydia.
 - Estado febril (>38%).
 - Leucorrea maloliente (75% asociado a cervicitis).
 - Otros: metrorragia, dispareunia, disuria, náuseas, vómitos.
 - Absceso ovárico (10%).
 - Sdr. de Fitz-Hugh-Curtis (perihepatitis): 5-10%, más con Chlamydia.
- **Analítica:**
 - Leucocitosis con desviación izquierda (2/3)
 - PCR ↑ (80%, más precoz).
 - VSG ↑ (75%, más tardío).
 - Serología para Chlamydia.
 - Solicitar TIG o β-HCG (descartar embarazo ectópico).
- **Toma de muestras para cultivo:** vagina, cérvix, uretra, endometrio, si hay DIU, extraerlo y hacer cultivo.
- **Ecografía abdominal y vaginal:** descartar otros procesos que cursan con dolor abdominal.
- **Otras técnicas: Culdocentesis, Laparoscopia**
- **Diagnóstico diferencial:** apendicitis, ITU, cólico nefrítico, colitis, embarazo ectópico, patología anexial, mioma necrosado...

TRATAMIENTO

Se justifica el tratamiento antibiótico empírico sólo con la base clínica, siempre que la paciente cumpla criterios mínimos.

- **Criterios de hospitalización:**
 - Diagnóstico incierto y no se pueden excluir otras urgencias quirúrgicas (apendicitis fundamentalmente).
 - Necesidad de tratamiento parenteral: sospecha de absceso pélvico, VIH, enfermedad grave, náuseas y vómitos que impiden el tratamiento ambulatorio, etc.
 - Necesidad de tratamiento quirúrgico.
- **Tratamiento médico:**
 - Ambulatorio (2 pautas): reevaluar a las 48-72 horas y a las 2 semanas.
 - Ceftriaxona 250mg im o Cefoxitina 2g im u otra cefalosporina de 3ª
 - Ofloxacino 400 mg/12h 14 días vo + Clindamicina 450 mg/6h vo o Metronidazol 500 mg/12h 14 días vo.
 - Ingreso (2 pautas):
 - Clindamicina 900 mg/8h iv + Gentamicina 240mg iv dosis única o 2mg/kg iv/im (dosis inicial) seguido de 1.5 mg/kg/8h (dosis mantenimiento) o Metronidazol 1500mg iv cada 24h. Continuar tratamiento al menos 48h tras mejoría y seguir con Doxiciclina 100 mg/12h 14 días vo o Clindamicina 450 mg/6h 14 días vo.

- Cefoxitina 2 g/6h iv o Cefotetán 2g/12h iv + Doxiciclina 100 mg/12h iv. Continuar el tratamiento al menos 48h tras la mejoría clínica y seguir con Doxiciclina 100 mg/12h 14 días vo.
 - Si absceso tubo-ovárico: Pauta 1) ± Ampicilina 1g/8h iv.
- **Tratamiento quirúrgico:** En infecciones graves que pueden comprometer a la paciente, abscesos tubo-ováricos rotos, abscesos en Douglas, abscesos persistentes sintomáticos, falta de respuesta al tratamiento médico, etc. La cirugía debe ser lo más conservadora posible e individualizada.
- **El riesgo de reinfección** permanece mientras no se trate empíricamente a la pareja sexual: Ceftriaxona 250mg im monodosis + Doxiciclina 100 mg/12h 14 días vo.

¿QUÉ PACIENTES DEBEN REMITIRSE A LA UNIDAD DE URGENCIAS GINECOLÓGICAS?

Fundamentalmente aquellas pacientes en las que previamente se ha descartado patología abdominal quirúrgica como apendicitis (recordar que la apendicitis no presenta leucorrea maloliente).

EMBARAZO ECTÓPICO (E.E.)

Es todo embarazo que anida fuera de la cavidad endometrial. La incidencia total es del 1-2% de todas las gestaciones.

- **Etiología o factores predisponentes:** EPI, cirugía o adherencias de cirugía tubárica previa, E.E. previos, esterilización tubárica, DIU, endometriosis, técnicas de reproducción asistida.
- **Localización:**
 - Trompa (98%): ampular (78%), istmo (12%), fimbria (5%), intersticial (2-3%).
 - Ovario (1-2%)
 - Cervical (1%)
 - Abdominal (0,5-1%)

CUADRO CLÍNICO

Puede variar desde formas totalmente asintomáticas, hasta cuadros graves de shock hipovolémico (hemoperitoneo).

- **Dolor (95%):** en una o ambas FFI, en hipogastrio. Si hay hemoperitoneo puede existir dolor abdominal más intenso y difuso, peritonismo, dolor pleurítico (irritación diafragmática), o dolor en hombros (irritación diafragmática). Se puede acompañar de mareo, síncope y shock.
- **Metrorragia (60-80%):** de menor cuantía que una regla normal, de color oscuro.
- **Amenorrea:** puede no existir (su ausencia no excluye el diagnóstico).

DIAGNÓSTICO (Es imprescindible confirmar la gestación y su ubicación)

- **Anamnesis** minuciosa (fundamental investigar FUR).
- **Exploración física:** presencia de masa anexial palpable, dolor discreto a la palpación, y en E.E. accidentado (roto), abdomen doloroso con defensa, en ocasiones en tabla. El tacto vaginal es muy doloroso, y puede protuir el fondo de saco de Douglas (Signo de Proust).
- **Análítica:**
 - Test de embarazo (TIG): si existen dudas, determinar β -HCG en sangre.
 - B-HCG en sangre: determinar si :
 - TIG + y ausencia de hallazgos ecográficos de gestación.
 - Dudas por TIG no concluyente.
 - Precisa monitorización para un posterior seguimiento.
 - Hemograma, coagulación, grupo y Rh, pruebas cruzadas.
- **Ecografía:** de preferencia transvaginal. Se puede complementar con estudio Doppler-color. Hallazgos: líquido libre en Douglas, "pseudosaco" intracavitario, masa parauterina, etc.
- **Diagnóstico diferencial:**
 - Patología con β -HCG +: aborto, mola, rotura de cuerpo lúteo.
 - Patología con β -HCG -: apendicitis, torsión ovárica, rotura de quiste ovárico, necrosis aguda de mioma, etc.

TRATAMIENTO

El tratamiento puede ser desde expectante, médico (Methotrexate), hasta quirúrgico (laparotomía o laparoscopia). En cualquier caso, corresponde a ginecología. Ante la sospecha de E. Ectópico se procederá a:

- Venoclisis.
- Ingreso hospitalario.
- Control de constantes vitales y del estado clínico de la paciente.
- Dieta absoluta hasta ver evolución.
- Solicitar hemograma, coagulación, grupo y Rh y pruebas cruzadas.

¿QUÉ PACIENTES DEBEN REMITIRSE A LA UNIDAD DE URGENCIAS GINECOLÓGICAS?

- Paciente en edad fértil con dolor abdominal como el descrito, amenorrea de entre unas 4-10 semanas y TIG +.
- Paciente gestante conocida con amenorrea correspondiente con unas 4-10 semanas y dolor abdominal.

QUISTE ANEXIAL**TUMOR ANEXIAL TORSIONADO**

Suele ser un quiste de ovario libre y móvil. Se produce compromiso vascular, que puede llegar a producir necrosis del anexo.

- **Diagnóstico:**
 - Clínico: dolor en la fosa ilíaca correspondiente con distensión abdominal, de aparición brusca, severa y unilateral; de tipo cólico, asociado generalmente a náuseas y vómitos.
 - Analítico: leucocitosis con desviación a la izquierda.
 - Pruebas complementarias:
 - Ecografía- doppler: es muy característico, pero no siempre presente la ausencia de señales vasculares en el interior del anexo con ausencia de flujo venoso de retorno a nivel del pedículo ovárico, y un aumento de resistencia a nivel del flujo arterial. Se puede observar también líquido libre en Douglas por transudación desde la cápsula ovárica.
 - TAC urgente ginecológico se utiliza solamente como exploración complementaria a la ecografía.
 - La única indicación urgente de la RNM ginecológica sería la evaluación de la trombosis de la vena ovárica, por su elevada mortalidad.

ROTURA DE QUISTE ANEXIAL

Es una de las patologías que puede producir un abdomen agudo a consecuencia de la salida de su contenido a la cavidad peritoneal. Generalmente son mujeres jóvenes, que presentan dolor más brusco que la patología anterior, unilateral con irradiación lumbar o crural por la rotura, con presencia de una leucocitosis importante. El teratoma produce una peritonitis química, por lo que se debe realizar múltiples lavados de cavidad peritoneal tras la extirpación del mismo. El diagnóstico es similar al anterior, pero la sintomatología se presenta más brusca.

HEMORRAGIAS UTERINAS DISFUNCIONALES (H.U.D.)

Sangrado uterino anormal que no se puede atribuir a enfermedades orgánicas de la pelvis, embarazo o yatrogenia.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- **Cistitis hemorrágica, rectorragias.**
- **Gestación:** incluyendo gestación intrauterina, extrauterina y enfermedad trofoblástica.
- **Patología orgánica uterina benigna:** miomas, pólipos y adenomiosis.
- **Neoplasias genitales.**
- **Patología infecciosa:** vaginitis, cervicitis y enfermedad inflamatoria pélvica
- **Enfermedades sistémicas:**
 - Coagulopatías: representan un 20% en las adolescentes; enfermedad de Von Willebrand, déficit de protombina, déficit de factores de coagulación, aplasia medular, leucemias...
 - Hepatopatías: disminuye la capacidad del hígado para metabolizar estrógenos y sintetizar factores de coagulación.
 - Nefropatía: interfiere sobre la excreción normal de los estrógenos y progesterona interrumpiendo el control endocrino fisiológico normal de la menstruación.
 - Obesidad: produce un incremento de la conversión periférica de androstendiona a estrona. Esta producción aberrante de estrógenos conduce a una estimulación anormal del ovario por las gonadotropinas que produce anovulación.
 - Endocrinopatías: alteran los mecanismos de retroalimentación que a su vez regulan la producción de GnRH, gonadotropinas hipofisarias y esteroides sexuales ováricos: hipotiroidismo e hipertiroidismo, diabetes mellitus, hiperplasia suprarrenal, hiperprolactinemia y S.O.P. (síndrome del ovario poliquístico).
- **Causas iatrógenas:**
 - Medicamentos: hormonas esteroideas: AHO, progestágenos y estrógenos, anticoagulantes, tranquilizantes: por alteración de los fenómenos cíclicos a nivel hipotálamo- hipofisario.
 - Quimioterápicos: antimetabolitos que inhiben directamente la función ovárica.
 - DIU: irritación e inflamación endometrial y alteración local en los mecanismos de coagulación y fibrinolisis.

TRATAMIENTO

Paciente con metrorragia activa, incluso con anemia moderada, una vez excluido coagulopatías y causas orgánicas.

- **AHO monofásicos**, pauta: Gynovin = Minulet; Neogynona. 1 comp/8h x 3 días, seguidamente 1 comp/12h x 2 días y se finaliza con 1 comp/24h hasta acabar el envase, continuando con otro envase a dosis de 1 comp/24h. Los tratamientos con gestágenos no son útiles en la hemorragia aguda, solo están indicados en tratamiento a largo plazo.
- **Antiprostaglandínicos:**

Acido Mefenamico	500mg/8h VO
Naproxeno	500mg/6-8h VO
Piroxicam	20mg/12h VO

- **Antifibrinolíticos:**

Acido Aminocaproico	Caproamin-Fides	4-6 amp/día VO o IV
Acido Traxenámico	Amchafibrin 500mg	Comprimidos: 500-1500 mg/2-3 veces al día Ampollas: 500-1000 mg/2-3 veces al día VO IM IV

Los otros tipos de tratamientos como análogos de GnRH, DIU con levonorgestrel o tratamientos quirúrgicos están reservados al ginecólogo.

SINDROME DE HIPERESTIMULACION OVARICA (SHO)

Constituye una de las patologías más graves secundaria a las técnicas de reproducción asistida y supone una respuesta anormalmente alta de los ovarios a la estimulación hormonal. Parece que la HCG produce liberación de mediadores (PG, factor de crecimiento endotelial vascular) que inducen un aumento de la permeabilidad capilar, con extravasación de líquido al 3º espacio, provocando ascitis y hemoconcentración. Se añade la depleción de la albúmina al espacio extravascular, con aumento de la presión oncótica pasando el líquido al 3º espacio.

CLASIFICACIÓN DE SHO (GOLAN Y Cols)

ESTADIO LEVE:

- **Grado 1:** Distensión y malestar abdominal.
- **Grado 2:** Grado 1 con náuseas, vómitos y diarrea. Ovarios entre 5 y 12 cm.

ESTADIO MODERADO:

- **Grado 3:** Síntomas de estadio leve con ecografía de ascitis.

ESTADIO GRAVE:

- **Grado 4:** Se añade signos clínicos de ascitis o dificultad respiratoria.
- **Grado 5:** Alteración de la volemia, hemoconcentración, anomalías de la coagulación y disminución de la función renal.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACION

- Dolor abdominal intenso.
- Náuseas y vómitos incoercibles.
- Oliguria o anuria.
- Ascitis a tensión.
- Disnea o taquipnea.
- Hipotensión o síncope.
- Alteraciones electrolíticas graves y Hto superior a 42% por hemoconcentración.

TRATAMIENTO

- **Ambulatorio:**
 - Reposo, para ayudar a la reabsorción tubular del sodio.
 - Hidratación con bebidas isotónicas.
 - Analgésicos (evitar AINE) y antieméticos.
- **Hospitalario:**
 - Reposo absoluto
 - Heparina 5000UI /12h.
 - Voluven 500cc /24h con 500cc de SF /24h.
 - Bebidas isotónicas.
 - Control de balance hídrico y control de peso: la reposición excesiva de líquidos puede producir una reaccumulación de líquidos en el 3º espacio.
 - Control del perímetro abdominal.
 - Dieta hiposódica, evitar las soluciones salinas.
 - Monitorización analítica: Hto, coagulación, iones, proteinemia, función renal y hepática.
 - Furosemida: bolos de 20mg iv o infusión continua de 40-60 mg/h. Siempre debe corregirse el Hto antes de la administración de la furosemida por riesgo de tromboembolia y aumento de hipotensión (Hto entre 36-38%).
 - Rx tórax para descartar derrame pleural.

Siempre se debe pensar en la existencia de un embarazo, en cuyo caso dura más (de 60-70 días, que es lo que tarda en disminuir la HCG endógena) y los síntomas son más intensos.

PÍLDORA POSTCOITAL

La probabilidad de embarazo para una mujer que haya tenido un coito de riesgo a mitad del ciclo varía entre 20-42%, mientras que en otro momento del ciclo es del 5%.

INDICACIONES

- Coito sin protección.
- Accidentes durante la utilización de un método anticonceptivo regular.
- Rotura o retención de preservativo.
- Mala utilización de los métodos anticonceptivos hormonales.
- Violación.
- Exposición a sustancias teratógenas en casos de coito sin protección o accidentes durante la utilización de método contraceptivos.
- Relaciones sexuales unidas al consumo de drogas o alcohol, que pueden alterar la conciencia.

PAUTAS

- **0-72 horas:** Píldora postcoital.
- **>72 horas:** remitir a su centro de planificación familiar en las siguientes 24h. Posible DIU postcoital.

GESTÁNOS

- **Postinor[®], Norlevo[®] 750 µg/12h v.o o en dosis única de 1.500 µg v.o.** Evita el 90% de los embarazos si se toma en las primeras 24h, 85% entre las 24-48h y el 58% entre las 48-72h. Si la paciente es lactante tomar los 2 comprimidos inmediatamente después de la toma y evitar la toma siguiente.
- No es abortivo.
- No existen contraindicaciones absolutas, salvo la alergia a la lactosa.
- Su prescripción no necesita exploración clínica ni ginecológica.
- No es teratogénico.
- La ley básica respecto a la figura de la menor en decisiones relativas al área de la salud ha sufrido modificaciones importantes;
 - Fija la mayoría de edad médica en los 16 años.
 - El médico valorará la capacidad y el valor del riesgo en menores de 16 años. En este caso debe valorar si la paciente entiende la información clínica y terapéutica y si decide libremente.
 - El médico debe apuntar en la H^a Clínica qué le sirvió para considerar la madurez de la paciente de entre 13-16 años.

ESTRO-PROGESTÁGENOS

- **Neogynona[®] y Ovoplex[®] 2 comp/12h v.o 2 dosis.** Es efectiva si las dos tomas están dentro de las primeras 72h y es efectiva en 96%.

DIU POSTCOITAL

- Indicado cuando han transcurrido 3-5 días postcoitales.
- Es eficaz en el 99% de los casos.
- Si no se consigue inserción y si no han pasado más de 120h administrar Norlevo[®].