

GUÍA PRÁCTICA DE URGENCIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA



(acorde a los protocolos de la S.E.G.O.)



Zapardiel Gutiérrez I. | De la Fuente Valero J. | Bajo Arenas J. M.

GUÍA PRÁCTICA DE URGENCIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

(acorde a los protocolos de la S.E.G.O.)

DR. IGNACIO ZAPARDIEL GUTIÉRREZ
Departamento Ginecología y Obstetricia
Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

DR. JESÚS DE LA FUENTE VALERO
Departamento Ginecología y Obstetricia
Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

PROF. JOSE MANUEL BAJO ARENAS
Catedrático Obstetricia y Ginecología
Universidad Autónoma de Madrid
Presidente Sociedad Española Ginecología y Obstetricia
Jefe de Servicio Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid





Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.
© S.E.G.O.



C/ Copenhague, 12. Ofic. 203. Edif. Tifan. Pol. Európolis
28232 Las Rozas (Madrid)
Tel. 91 636 30 48 · Fax: 91 636 37 36
e-mail: habe@editoreshabe.com

Diseño y maquetación: José Llorente

ISBN: 978-84-936046-1-5
Dep. Legal: M. 24081-2008

Impreso en Anzos (Madrid)

COLABORADORES

Aguarón de la Cruz, Ángel

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Archilla del Pozo, Beatriz

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Bueno Olalla, Beatriz

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Caballero Campo, Miguel

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

De la Fuente Mora, Vanessa

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Duch Grau, Silvia

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Engels Calvo, Virginia

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

García Marqués, Enrique

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Garicano Viñaras, Ainhoa

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Gómez García, Belén

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Herrero Gámiz, Sofía

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Iniesta Pérez, Silvia

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Kazlauskas, Silvina

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Lagarejos Bernardo, Sandra

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Marbán Bermejo, Esther

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Martín Arias, Arancha

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Martínez Lara, Ana

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Mena Buendía, Yoana

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Monfort Quintana, Ana

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Orensanz Fernández, Inmaculada

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Pelayo Villanueva, Eva

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Pérez Carbajo, Esther

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Pérez Medina, Tirso

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Redondo Martín, Teresa

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Román, Olga

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Rubio Valtueña, José

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Sáez Cerezal, Elisa

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Salazar Arquero, Francisco Javier

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

San Frutos Llorente, Luis

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Sanz Espinosa, Eva

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Sobrino Mota, Verónica

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Tarjuelo Amor, Ana

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Varela Mezquita, Beatriz

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

ABREVIATURAS

- **AC:** auscultación cardiaca
- **ACHO/ACO:** anticonceptivos hormonales orales
- **AINE:** antiinflamatorio no esteroideo
- **AP:** auscultación pulmonar
- **APP:** amenaza parto pretérmino
- **AAS:** ácido acetil salicílico
- **cc/cm³:** centímetros cúbicos
- **CID:** coagulación intravascular diseminada
- **comp/c:** comprimido
- **CRL:** longitud cráneo-caudal
- **CTES:** constantes
- **d:** días
- **DIU:** dispositivo intrauterino
- **dl/dL:** decilitros
- **DMID:** diabetes mellitus insulino dependiente
- **ECG:** electrocardiograma
- **ECO:** ecografía
- **EE:** embarazo ectópico
- **EEII:** extremidades inferiores
- **EESS:** extremidades superiores
- **EG:** edad gestacional
- **EPI:** enfermedad inflamatoria pélvica
- **ETG:** enfermedad trofoblástica gestacional
- **ETS:** enfermedades de transmisión sexual
- **FC:** frecuencia cardiaca
- **FR:** frecuencia respiratoria
- **FUR:** fecha última regla
- **GAB:** gasometría arterial basal
- **GCP:** gestación cronológicamente prolongada
- **h:** horas
- **HBPM:** heparina de bajo peso molecular
- **HT:** histerectomía total
- **HTA:** hipertensión arterial
- **Hto:** hematocrito
- **ICC:** insuficiencia cardiaca congestiva
- **ID:** intestino delgado

- **IG:** intestino grueso
- **ILA:** índice líquido amniótico
- **im:** vía intramuscular
- **ITU:** infección del tracto urinario
- **iv.:** intravenoso
- **L/S:** índice lecitina/esfingomielina
- **mEq:** miliequivalentes
- **MFNE:** monitorización fetal no estresante
- **ml/mL:** mililitros
- **mm³:** milímetros cúbicos
- **mOsm:** miliosmoles
- **OCE:** orificio cervical externo
- **OCl:** orificio cervical interno
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **PA:** posteroanterior
- **PCR:** proteína C reactiva
- **PDF:** productos degradación fibrinógeno
- **PG:** prostaglandinas
- **QT:** quimioterapia
- **RCTG:** registro cardiotocográfico
- **RMN:** resonancia magnética nuclear
- **Rx:** radiografía
- **s:** semanas
- **sc:** vía subcutánea
- **sd:** síndrome
- **SHO:** síndrome de hiperestimulación ovárica
- **SOP:** síndrome de ovario poliquístico
- **SSF:** suero salino fisiológico
- **S.Sg:** sistemático de sangre
- **SSiADH:** síndrome secreción inadecuada ADH
- **TA:** tensión arterial
- **TAC/TC:** tomografía axial computerizada
- **THS:** terapia hormonal sustitutiva
- **UI:** unidades internacionales
- **vo:** vía oral
- **VSG:** velocidad de sedimentación globular
- **µgr/µg:** microgramos

INTRODUCCIÓN

Esta pequeña guía de urgencias ve su luz merced a la determinación y constancia de los residentes del Hospital Universitario Santa Cristina y del Hospital Universitario Gregorio Marañón. Fueron ellos los que insistieron una y otra vez en la conveniencia y provecho de editarlo y al final lo han perfilado y conseguido. Las razones esgrimidas se fundamentaban en la utilidad que para el día a día, podía extraerse de un manual que recogiera las recomendaciones de los protocolos. La urgencia, en la que permanecen gran numero de horas a lo largo de la residencia, le exige hartas veces, una reacción rápida a problemas acuciantes inherentes a su esencia. Disponer de forma rápida de esa información, es crucial para adoptar conductas y aplicar tratamientos, que aunque luego supervisados por el staff, son en primera instancia patrimonio de ellos. Tenía que ser un manual, libro que recoge lo esencial o básico de una materia, y era primordial que estuvieran en consonancia con los protocolos de nuestra SEGO, para no emitir desde un mismo organismo, asertos contradictorias, algo a lo que siempre he prestado especial atención, dada la profusión de documentos que lanzamos. Había de ser manejable en tamaño, para tenerlo a disposición, de modo ágil. Es lo que hemos intentado sin perjuicio de que pueda disponerse de él, también, en formato electrónico para llevar en PDA o PC. El trabajo arduo lo han llevado ellos, con enorme ilusión que es el motor de las acciones. Mi labor ha sido supervisar. La de laboratorios Pfizer patrocinar la tarea y le estamos agradecidos por ello. Espero que los objetivos que buscaron sus autores al redactarlo, se cumplan y que realmente os sea útil, especialmente a aquellos que se inician en esta procelosa especialidad y que necesitan un referente para sus primeras jornadas obstétricos-ginecológicas.

J .BAJO
Presidente SEGO
Madrid- Mayo-2008

ÍNDICE

URGENCIAS OBSTÉTRICAS

Sección I: Urgencias del Primer Trimestre

1. Metrorragia del primer trimestre13
2. Embarazo ectópico14
3. Enfermedad trofoblástica gestacional16
4. Aborto17
5. Hiperemesis gravídica20

Sección II: Urgencias del Segundo y Tercer Trimestre

6. Metrorragia del segundo y tercer trimestre25
7. Rotura prematura membranas29
8. Amenaza de parto pretérmino31
9. Hipertensión arterial y gestación33
10. Muerte fetal anteparto37

Sección III: Urgencias Médicas en el Embarazo

11. Dolor abdominal agudo41
12. Traumatismos45
13. Infección urinaria y uropatía obstructiva47
14. Trastornos hematológicos49
15. Trastornos respiratorios50
16. Diabetes y gestación54
17. Urgencias endocrinológicas59
18. Infecciones y embarazo62
19. Dermopatías66

ÍNDICE

- 20. Alteraciones neurológicas69
- 21. Urgencias cardiológicas75
- 22. Trastornos psiquiátricos78
- 23. Colestasis intrahepática gestacional85

Sección IV: Parto en Urgencias

- 24. Evaluación y manejo del pródromos y parto ...89

Sección V: Urgencias Puerperales

- 25. Alteraciones mamarias95
- 26. Infección puerperal98
- 27. Metrorragia puerperal101
- 28. Trastornos mentales en el puerperio104

Sección VI: Farmacología en Obstetricia

- 29. Fármacos durante la gestación109
- 30. Fármacos durante la lactancia116

URGENCIAS GINECOLÓGICAS

Sección VII: Urgencias Tracto Genital Inferior

- 31. Infecciones genitales119

ÍNDICE

- 32. Bartholinitis125
- 33. Cuerpos extraños en vagina126
- 34. Traumatismos y lesiones127
- 35. Prolapso urogenital130

Sección VIII: Urgencias Tracto Genital Superior

- 36. Sangrado genital anormal135
- 37. Torsión ovárica139
- 38. Síndrome de hiperestimulación ovárica140
- 39. Dolor pélvico agudo143
- 40. Masas pélvicas146

Sección IX: Urgencias Oncológicas

- 41. Complicaciones de la enfermedad y tratamiento oncológico153

Sección X: Patología Mamaria Urgente

- 42. Urgencias mamarias no puerperales159

Sección XI: Miscelánea

- 43. Urgencias ginecológicas en la infancia y adolescencia165
- 44. Agresión sexual166
- 45. Anticoncepción de emergencia167
- 46. Urgencias postquirúrgicas169

SECCIÓN I

Urgencias del Primer Trimestre

Archilla B
DelaFuente-Valero J
Gómez B
Kazlauskas S
Román O
Sanz E



CAPÍTULO 1: METRORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE

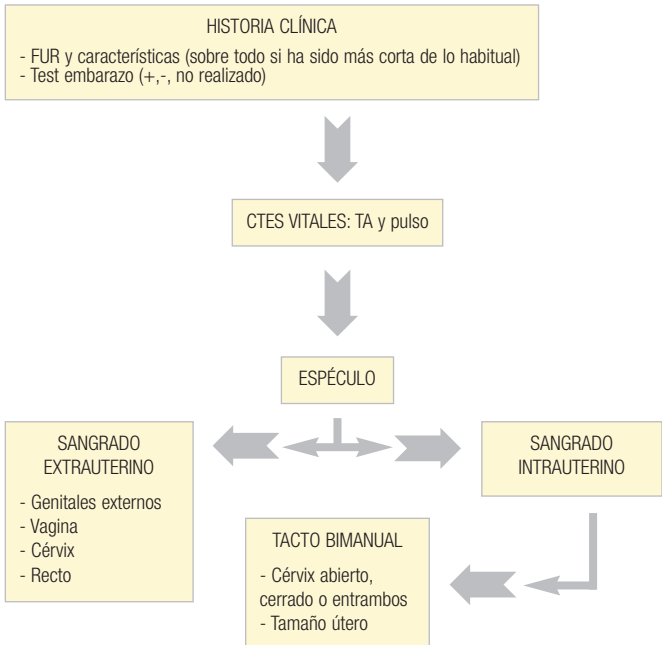
Presentación:

Es la pérdida hemática por genitales durante las primeras 12 semanas de gestación.

Por definición, una metrorragia del primer trimestre es una amenaza de aborto mientras no se demuestre lo contrario.

Sangrado genital en mayor o menor cuantía, asociado o no a dolor abdominal.

Peticiones y manejo:



(continua en página siguiente)

(viene de página anterior)



ECOGRAFÍA VAGINAL

GESTACIÓN INTRAÚTERO

- **Morfología normal y acorde a EG:**
Fenómenos abortivos (consultar protocolos)
- **Morfología normal o acorde:**
Fenómenos abortivos o gestación menor que amenorrea.
- **Morfología anormal:**
Mola (sobre todo si se asocia HTA y clínica hipertiroidea)

En los dos últimos casos pedir β -HCG en sangre y consultar el protocolo específico

NO SE VE GESTACIÓN INTRAÚTERO

- Sospechar:
 - Aborto completo
 - Embarazo ectópico
 - Gestación menor que amenorrea

Exploración ecográfica detallada, sobre todo a nivel de anejos (E.E.) pedir β -HCG en sangre (manejo según protocolo específico)

CAPÍTULO 2: EMBARAZO ECTÓPICO

Presentación:

Embarazo ectópico se produce cuando el ovocito fertilizado se implanta fuera de la cavidad endometrial. En el 95% de los casos los ectópicos son tubáricos (80% ampular).

- **Factores de riesgo:** EPI, infertilidad previa, DIU, endometriosis, abortos previos, ectópico anterior, cirugía abdominal y de las trompas uterinas, anticonceptivos orales (con gestágenos), técnicas de reproducción asistida, etc.
- **Clínica:** Desde asintomática hasta shock. La tríada clásica es: amenorrea + dolor abdominal + sangrado vaginal. La amenorrea de pocos días o sema-

nas, el dolor abdominal persistente en fosa ilíaca y el sangrado vaginal irregular, oscuro y de poca intensidad. El test de embarazo es positivo.

- *Exploración:* anejo engrosado y doloroso junto a un saco de Douglas ocupado y doloroso. Según el momento evolutivo podemos encontrar desde una discreta hipersensibilidad a un abdomen agudo.

Peticiones:

- ECO vaginal: El único signo de certeza es saco gestacional con vesícula vitelina y a veces con embrión y hasta con latido cardíofetal (+) fuera del útero (20%). Si no, podemos guiarnos de signos indirectos, como visualizar una masa anexial próxima al ovario, con una corona de doppler color que la rodea (corona trofoblástica), un útero vacío + endometrio engrosado y líquido intraperitoneal en Douglas.
- Hemograma y coagulación: Control de constantes, principalmente de la hemoglobina y del hematocrito: “**SHOCK INDEX**” (Frecuencia cardíaca/presión arterial sistólica > 0,70), predictores de accidente tubárico y de sangrado en la cavidad abdominal.
- β -HCG: ausencia saco gestacional intraútero con β -HCG > 1000-2000 UI/L en gestaciones correctamente datadas por encima de semana 5. Debe valorarse conjuntamente con la ecografía, ya que cifras absolutas no tienen valor.

Manejo:

- Si sospecha no confirmada, paciente asintomática y estable, ALTA. Deberá volver en 48 h. Para repetir ECO y β -HCG. Alertarla de los posibles síntomas de rotura.
- Si confirmo diagnóstico y paciente sintomática, INGRESO. Pido grupo y Rh. Venoclisís (Ringer-lactato).
 - Si descompensación hemodinámica, líquido libre intraabdominal (ecografía) o signos de shock, valorar CIRUGÍA URGENTE: Laparoscopia o laparotomía.
 - Si estable: TRATAMIENTO MÉDICO, valorando administración de Metotrexato a dosis única intramuscular de 1mg/kg (50mg/m²) y control de β -HCG a los 4-7 días.
 - Si es Rh negativo: Profilaxis anti-D 50 μ grs (en gestaciones >8semanas).

CAPÍTULO 3: ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

El embarazo molar o mola hidatidiforme es la consecuencia de una alteración genética que acontece en el momento de la fecundación. Se caracteriza por degeneración hidrópica y edema de estroma, con ausencia de vascularización de las vellosidades coriales y proliferación del trofoblasto, conservando la estructura vellositaria.

Presentación:

- Amenorrea con sintomatología de toxemia: hiperemesis, preeclampsia precoz, hipertiroidismo.
- Hemorragia vaginal escasa, discontinua, persistente con posible expulsión de vesículas.
- Hallazgo ecográfico.

Peticiones:

- Exploración: tamaño uterino mayor que amenorrea, consistencia blanda, cérvix cerrado, engrosamiento de anejos. Expulsión de vesículas (patognomónico pero infrecuente).
- Hemograma: anemia (en función de hemorragia).
- Coagulación, grupo y Rh.
- β -HCG sérica (cifras > 100.000 UI/ml son compatibles con mola).
- Ecografía: trofoblasto con vesículas (imagen nevada o panal de abejas), ausencia de latido cardíaco fetal. Quistes tecaluteínicos ováricos. La ecografía doppler puede detectar recurrencia o invasión del miometrio.
- Radiografía tórax: descartar extensión pulmonar.

Manejo:

ETG MOLAR	BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
β -HCG sérica	< 100.000 UI/ml	>100.000
Volumen uterino	≤ que amenorrea	> que amenorrea
Quistes ováricos	< 6 cm diámetro	> 6 cm
Factores asociados	< 40 años	- 40 años - ETG previa

		<ul style="list-style-type: none"> - Toxemia - Coagulopatía - Grupo sanguíneo B o AB
TRATAMIENTO	BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
Con deseos genésicos	<ul style="list-style-type: none"> - Evacuación uterina - ACHO 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> - Evacuación uterina - QT profiláctica (si mola completa) - ACHO 12 meses
Sin deseos genésicos	HT	HT + QT(si mola completa)

En caso de evacuación uterina:

- Preferentemente por aspiración.
- Administración de ergóticos durante la evacuación para favorecer la reducción uterina.
- Control postevacuación: hemograma, gammaglobulina anti-D en Rh negativo dentro de 72 horas.
- β -HCG /48 h para confirmar el descenso de las cifras.
- Ecografía: para valorar la vacuidad uterina.
- Mantener sueros con perfusión oxitócica 24h.

CAPÍTULO 4: ABORTO

Ninguna metrorragia durante la gestación puede ser considerada como fisiológica

AMENAZA DE ABORTO

Cualquier metrorragia del primer trimestre será una amenaza de aborto mientras no se demuestre lo contrario.

Presentación:

Metrorragia, generalmente leve, con o sin dolor en hipogastrio o de tipo dismenorreico.

Peticiones:

- Exploración: para valorar la cuantía de la metrorragia y descartar patología

anexial. El cuello esta cerrado.

- Ecografía (vaginal): se comprueba que existe botón embrionario y vitalidad (latido cardiaco +).
- Si hubiera duda, se pide test de embarazo, y si es necesario β -HCG.

Manejo:

- Informar a la paciente.
- Recomendar reposo relativo y abstinencia de relaciones sexuales.
- Valoración por su ginecólogo en 1-2 semanas.
- Recomendar volver al Servicio de Urgencias si aumenta metrorragia o dolor.
- Aunque no se ha comprobado su utilidad: progesterona micronizada 300mg/día vía oral o vía vaginal.

ABORTO

1. ABORTO CONSUMADO

Presentación:

Generalmente la paciente ha presentado metrorragia pero ha dejado de sangrar. Y el dolor también ha remitido (completo) o puede persistir (incompleto).

Peticiones:

- Exploración: cuello cerrado.
- Eco: - Útero vacío con expulsión total de restos (Aborto completo).
 - Restos intracavitarios, con línea media engrosada (Aborto incompleto).
 - Siempre ver los anejos para descartar un embarazo ectópico.
 - Si hubiera duda, se pide test de embarazo, y si es necesario -HCG.

Manejo:

- Aborto completo: generalmente es suficiente con tratamiento médico (Metilergometrina 20 gotas/8h durante 5 días).
 - Recomendar volver a Urgencias si aumenta metrorragia o dolor.
 - Control por su ginecólogo de área.
 - Gammaglobulina anti-D si la madre es Rh negativo.
- Aborto incompleto o aborto completo con sangrado: Ingreso y legrado (con hemograma, coagulación, grupo y Rh), previo consentimiento informado.

2. ABORTO DIFERIDO

Presentación:

Generalmente la paciente acude por metrorragia o dolor.

Peticiones:

- Exploración: cuello cerrado.
- Eco: se comprueba la presencia de embrión sin latido cardiaco (con un CRL mayor de 5mm.), y puede haber decalaje del CRL con respecto a la amenorrea, saco gestacional desestructurado o desproporcionado con respecto al embrión. Se habla de huevo huero o gestación anembrionada cuando no se visualiza embrión en una vesícula gestacional >25mm., pero la actitud es la misma que en el aborto diferido.
- Hemograma, coagulación, grupo y Rh.

Manejo:

- Ingreso para legrado evacuador o aspirado.
- Informar a la paciente y procurar el consentimiento informado para legrado. Se colocan 2 comprimidos de Misoprostol intravaginales (medicamento de uso compasivo) 6h antes del legrado.
- Dieta absoluta (valorando sueroterapia).
- Analgesia si presenta dolor, pero pautada.
- En algunos casos puede usarse profilaxis antibiótica.
- Siempre que haya duda, sobre todo cuando el CRL sea menor de 5mm. y la metrorragia lo permita, deberá mandarse reposo domiciliario y control ecográfico en 48-72h porque puede tratarse de una gestación en curso menor que la amenorrea.

3. ABORTO EN CURSO

Presentación:

Aumento del sangrado con dolor en hipogastrio, y en la exploración el cuello esta abierto con restos ovulares en vagina o en orificio cervical externo.

Peticiones:

- Eco: restos intracavitarios o el saco gestacional en proceso de expulsión, en canal cervical.
- Test de embarazo puede ser positivo o negativo.

Manejo:

- Ingreso y canalización de vía periférica (con hemograma, coagulación, grupo y Rh). Pruebas cruzadas si el sangrado es muy abundante.
- Legrado uterino que deberá ser urgente si la metrorragia es muy abundante.

4. ABORTO SÉPTICO

Presentación:

Además de la clínica de aborto, presenta fiebre de $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (y se descarta otro origen), con dolor en hipogastrio o anaxial, pus en OCE, y en casos más graves, signos de shock séptico.

Peticiones:

- ECO: restos intracavitarios.
- Test de embarazo: positivo.
- Hemograma y formula: leucocitosis con desviación izquierda.

Manejo:

- Ingreso con control de constantes.
- Análisis urgente: hemograma, coagulación, grupo y Rh, iones, gasometría, urea, creatinina.
- Pruebas cruzadas.
- Cultivo de sangre, orina y restos ovulares.
- Sueroterapia.
- Radiografía de torax y abdomen.
- Indagar posible aborto provocado.
- Vacuna antitetánica si hay antecedentes de instrumentación.
- Antibioterapia. Ej: Ampicilina 1g/6h + Clindamicina 900mg/8h o metronidazol 500mg/8h + Gentamicina 80mg/8h o 240mg/24h.
- Legrado uterino una vez estabilizada.

CAPÍTULO 5: HIPEREMESIS GRAVÍDICA

Presentación:

Síndrome caracterizado por vómitos incoercibles, en ausencia de causa orgánica,

que produce alteraciones metabólicas y pérdida de peso en la mujer gestante (diferencia con emesis simple). Además puede producir deshidratación, taquicardia, hipotensión, oliguria, aliento con olor a acetona, ictericia (ocasional).

Peticiones:

- Hemograma: hemoconcentración.
- Bioquímica: aumento bilirrubina total, cetonemia, hipoproteinemia, disminución electrolitos (Na, K, Cl), alcalosis metabólica.
- Orina: aumento de densidad urinaria, cetonuria.

Manejo:

Ambulatorio: (salvo malestar intenso de la paciente o alteración grave de las analíticas)

- Hidratación oral.
- Antieméticos vía oral o rectal:
 - Metoclopramida: 10mg/8h vo.
 - Doxilamina+vit B6(piridoxina): 1 comprimido/8h vo.
 - Ondansetron: 4-8mg/8h vo.

Ingreso hospitalario: (si no ceden emesis ni cetonuria)

- TA y temperatura/12h.
- Peso y balance de líquidos/24h (vómitos: volumen y aspecto).
- Ionograma/24h (mientras exista descompensación).
- Reposo relativo.
- Dieta absoluta 24-48h.
- Sueroterapia intravenosa alternando suero fisiológico con glucosado 5-10% (2-3L/24h):
- Reposición de electrolitos si precisa.
- Medicación intravenosa (misma que en tratamiento ambulatorio).

SECCIÓN II

Urgencias del Segundo y Tercer Trimestre

García-Marqués E

Iniesta S

Marbán E

Martínez-Lara A

Orensanz I

Zapardiel I



CAPÍTULO 6: METRORRAGIA DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

Antes de la viabilidad fetal (semana 24), cualquier sangrado del embarazo con feto vivo deberá de ser tratado de forma expectante. A partir de la semana 24 la viabilidad fetal nos obliga a cambiar la conducta, que dependerá de la causa del sangrado siendo las más frecuentes la placenta previa (PP) y el desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta (DPPNI).

PLACENTA PREVIA

Presentación:

Se manifestará a través de hemorragia vaginal en diferente cuantía. Hemorragia típicamente de sangre roja e indolora que comienza de forma insidiosa; se suelen presentar varios episodios durante el embarazo.

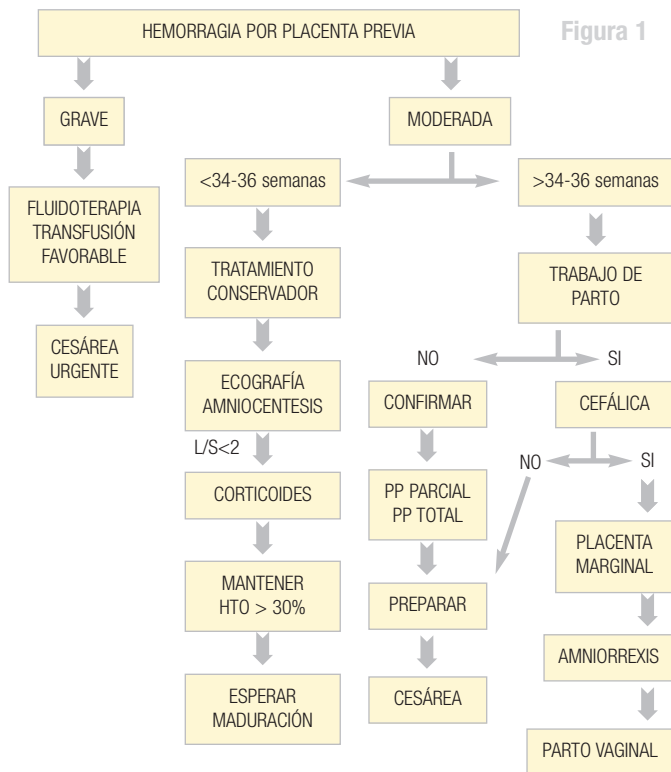
Peticiones:

- Toda gestante con hemorragia del tercer trimestre es sospechosa de placenta previa. El diagnóstico es clínico y su confirmación ecográfica.
- Exploración con espéculo: sangre a través del cérvix. Ausencia de otras lesiones responsables de la hemorragia. Abstenerse totalmente de hacer un tacto, tanto vaginal como rectal, pueden provocar grandes hemorragias por lo que están contraindicados.
- Ecografía vaginal: permite establecer el diagnóstico de seguridad y el tipo de placenta previa, siendo una prueba fundamental ante la sospecha de placenta previa.

Manejo:

- Medidas generales: hospitalización de la paciente en reposo absoluto, control hematológico y tiempos de coagulación, valoración de la cuantía de la hemorragia y del estado hemodinámico, reserva de sangre.
- Ante una hemorragia grave: fluidoterapia, hemoterapia y cesárea urgente independientemente de la edad gestacional y del tipo de placenta previa. Ante una hemorragia moderada: dependerá del grado de madurez fetal (Figura 1).

Figura 1



DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO-INSERTA

Presentación:

La paciente acude a urgencias por dolor abdominal intenso, sangrado y endurecimiento brusco del abdomen (hipertonía).

Peticiones:

El diagnóstico es clínico y urgente. La ecografía sirve para distinguir un hematoma retroplacentario, viabilidad fetal, así como para el diagnóstico diferencial (placenta previa, rotura uterina, vasa previa).

Manejo:

Con feto vivo, debe realizarse cesárea urgente, ya que la muerte del feto suele ser súbita. El parto vaginal solo se intentará en gestantes multiparas con buenas condiciones cervicales y sin signos de sufrimiento fetal.

Con feto muerto: se intentará la vía vaginal mediante amniotomía y oxitócicos, recurriéndose a la cesárea si el parto no evoluciona o el estado general de la paciente empeora.

Si optamos por tratamiento conservador, tanto en los casos de Placenta Previa como en los de Desprendimiento de Placenta leve y estable, las medidas a tomar serán las siguientes:

1. Reposo en cama.
2. Dieta absoluta, control de diuresis y perfusión endovenosa.
3. Valoración de la pérdida hemática cada 48 horas. Transfundir en caso necesario.
4. Corticoides para la maduración pulmonar.
5. Control del bienestar fetal cada 24 horas o más frecuente si la metrorragia es importante.
6. Valoración ecográfica de la placenta y del crecimiento fetal.
7. Tratamiento tocolítico si se asocia amenaza de parto prematuro.
8. Profilaxis antibiótica si es preciso.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE METRORRAGIAS

Diagnóstico diferencial entre PP y DPPNI:

SÍNTOMAS Y SIGNOS	PP	DPPNI
INICIO DEL CUADRO	Lento, solapado	Brusco

SECCIÓN II

SÍNTOMAS Y SIGNOS	PP	DPPNI
HEMORRAGIA	Abundante, roja, líquida, repetitiva, proporcional al grado de shock.	Escasa, oscura, persistente, desproporcional al grado de shock.
DOLOR ESPONTÁNEO O A LA PRESIÓN	No	Sí
TONO UTERINO	Normal	Hipertonía
PALPACIÓN PARTES SÍ FETALES	No	
MONITORIZACIÓN FETAL	En general, normal	Con frecuencia, signos de sufrimiento o muerte fetal.
TOXEMIA	Rara	Frecuente
CONTRACCIÓN	Aumenta sangrado	Disminuye sangrado

El diagnóstico diferencial de la PP y el DPPNI debe establecerse con las demás causas capaces de provocar metrorragia en el tercer trimestre:

1. Rotura uterina: La interrupción de la integridad de la cavidad uterina en el embarazo tiene serias consecuencias feto-maternas. La mortalidad materna es del 10-40% y la fetal del 50%. La hemorragia suele ser más leve, de inicio brusco y el estado general más grave. Con frecuencia las partes fetales se palpan con mayor facilidad, y si la presentación fetal se había apoyado con el trabajo de parto, tras un tacto vaginal se detecta que la presentación se ha alejado del estrecho superior y pelotea. La dehiscencia uterina es la separación del miometrio por el lugar de una cirugía previa con la integridad de la serosa uterina. La rotura incluye todo el espesor de la pared uterina.
2. Rotura de vasos previos: Vasa previa es una entidad en la cual los vasos umbilicales transcurren por las membranas sin la protección del cordón umbilical o de tejido placentario, y atraviesan el segmento uterino más inferior por delante de la presentación, en contacto con el OCI o en su región circundante. La lesión de los vasos en el momento del parto, por

la presentación fetal o por la amniorrexis espontánea o artificial, ocasiona una hemorragia fetal con elevada mortalidad perinatal, mayor del 75%. La palpación ocasional del vaso o su visualización por amnioscopia permiten el diagnóstico.

CAPÍTULO 7: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Presentación:

Gestante que refiere pérdida de líquido por vagina antes del inicio del parto con o sin signos de infección.

Peticiones:

Hay que asegurarse de la rotura de bolsa (RPM):

- Paño verde: mojado.
- Especuloscopia +/- Valsalva: salida de líquido.
- Ph vaginal: alcalino (verde).
- Detección de IGFBP-1 o PAMG-1 en vagina.
- ECO: ILA disminuido (normal entre 5-22).

Además se realizará exploración y RCTG.

Manejo:

Si descarto RPM: ALTA

Si confirmo RPM debe ser INGRESADA en planta. El ingreso debe incluir:

- Hoja de ingreso.
- Hoja de embarazo completa (historia clínica).
- Exploración, ECO y RCTG en la Urgencia.
- Hoja de Evolución en la que se especificará según la edad gestacional y los signos de infección:

El diagnóstico de corioamnionitis se establece con: FIEBRE $> 37.8^{\circ}\text{C}$ (descartando foco extrauterino) + dos de los siguientes:

- Taquicardia materna.
- Taquicardia fetal.
- Dolor abdominal o secreción cervical purulenta.
- PCR > 3 .
- Leucocitosis > 15000 .
- Amniocentesis: gram, cultivo, glucosa < 14 mg/dL.
- Dolor a la movilización uterina (no criterio dx).

SECCIÓN II

Si INFECCION +

- Finalizar gestación bajo cobertura antibiótica
- Antibioterapia amplio espectro: Clindamicina 2700gr. iv + Gentamicina 5mg/kg iv, todo en 250cc de suero fisiológico a pasar en 60 min. en una dosis diaria.

Si INFECCION -

- Mirar edad gestacional:

- > 34s
1. Pido hemograma, coagulación, grupo y Rh en urgencias.
 2. Describir la especuloscopia, ECO y RCTG.
 3. Instrucciones para planta:
 - Antibioterapia a las 12h de la rotura y valorar inducción:
 - **cultivo + o desconocido <37s:** Penicilina G 5000000 UI iv., luego 2500000 UI iv. /4h hasta fin de parto.
 - **cultivo - o desconocido >37s:** Ampicilina 2gr iv. y luego 1gr iv. /6h hasta fin de parto.

- Alergia a PENICILINA: Eritro 250mg/6h iv 24h seguido de 500mg/6h 6días.
- Alergia a PENICILINA y ERITROMICINA: Clindamicina 900mg/8h iv. 5-7días.

- Control de constantes por turnos.
- RCTG /12h.
- Avisar medico guardia si aumenta dinámica uterina.

- 32 -34s
1. Pido hemograma, coagulación, PCR, grupo y Rh en urgencias.
 2. Describir la especuloscopia, ECO y RCTG.
 3. Instrucciones para planta:
 - Reposo absoluto.
 - Antibioterapia a las 12h de la rotura:
 - **cultivo + o desconocido:** Penicilina G 5000000 UI iv, luego 2500000 UI iv /4h hasta fin de parto.
 - **cultivo -:** Ampicilina 2gr iv y luego 1gr iv /6h hasta fin de parto.
 - Corticoides: Celestote cronodose 12mg 1vial/12h 2 dosis.

- Control de constantes por turnos.
- RCTG diario.
- Pedir ECO para ILA y EG.
- Realizar cultivos vagino-rectales.
- Valorar inducción tras 24h de 1ª dosis de corticoides.
- Si APP: Atosiban según protocolo 24-48h hasta corticoterapia efectiva.
- Avisar medico guardia si aumenta dinámica uterina.

- 24 - 32s
1. Pido hemograma, coagulación, PCR, grupo y Rh en urgencias.
 2. Describir la especuloscopia, ECO y RCTG.
 3. Instrucciones para planta:
 - Reposo absoluto.
 - Antibioterapia: Ampicilina 2gr/6h + Eritromicina 250 mg/6h durante 48h iv y luego Amoxicilina 250mg/8h + Eritromicina 500mg/8h vo 5 días más.
 - Corticoides: Betametasona 12mg 1vial/24h 2 dosis.
 - Control de constantes por turnos.
 - RCTG diario.
 - Analítica /48h, Perfil biofísico /72h, ILA /4d.
 - Pedir ECO para ILA y EG.
 - Realizar cultivos vagino-rectales.
 - Valorar inducción tras 24h de 1ª dosis de corticoides.
 - Si APP: Atosiban según protocolo.
 - Avisar medico guardia si aumenta dinámica uterina.
- < 24s Avisar equipo de guardia para valorar límite de la viabilidad fetal.

CAPÍTULO 8: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Presentación:

Sensación de dinámica en gestante con edad gestacional entre 23 y 37 semanas con modificación del cuello uterino.

SECCIÓN II

Peticiones:

Sedimento orina, registro cardiotocográfico (mínimo 30 minutos), ecografía (biometría fetal y longitud cervical).

Manejo:

Se define como dinámica uterina (DU) la presencia de 4 ó más contracciones dolorosas y palpables y de al menos 30 segundos de duración en 20 minutos. Y la modificación cervical se mide por ecografía, considerándose acortado si la longitud cervical (LC) es menor o igual a 25 mm, o modificación del test de Bishop (borramiento cervical ≥ 75 % y dilatación ≥ 2 cm).

	DU -	DU +
LC >25 mm	Alta	Ingreso en observación. Reposo 2-3 h y se le hace RCTG. Si continua DU + y modifica, TOCOLISIS. Si no, reposo 48h en planta y LC al alta.
LC < 25 mm	Ingreso en planta Control RCTG LC por la mañana	TOCOLISIS

No está indicado el tratamiento tocolítico en pacientes con EG > 34s salvo excepciones en que se considere que el feto todavía no ha alcanzado la maduración pulmonar.

En caso que se deba ingresar en planta de Fisiopatología Materno-Fetal:

A) Control materno.

- Control de constantes.
- Control de dinámica uterina y modificación cervical.

B) Control fetal.

- RCTG cada 12 h.

C) Tratamiento.

1. Si tratamiento tocolítico:

a) ATOSIBÁN: Bolo iv de 0,9 mL a pasar en 30 minutos.

Perfusión iv 3 h de 24 mL/h y luego 3,5 h de 8 mL/h.

Perfusión iv hasta 45 h de 8 mL /h.

- b) RITRODRINA: sólo en casos de alergia a atosibán.
Dosis inicial: 50-100 µg/min.
Aumento 50 µg/min cada 10 min.
Máxima 350 µg/ min.
2. Reposo absoluto.
 3. Sueroterapia si evidencia de deshidratación.
 4. Tratamiento de la infección urinaria si se confirma esta.
 5. Realizar cultivos vagino-rectales y tratamiento si positivo.
 6. Corticoterapia para maduración pulmonar fetal. Betametasona im 12 mg, repetir dosis a las 12-24 h. Administrar siempre que esté indicada la tocolisis, excepto si parto inminente.
 7. Ecografía cada 3 días con longitud cervical.

CAPÍTULO 9: HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y GESTACIÓN

Presentación:

Gestante que acude a urgencias por cifras tensionales elevadas, asociando o no clínica de HTA (cefalea, fotopsias, epigastralgia, edemas, epistaxis, etc.).

Dicha HTA puede haberse presentado durante el embarazo, o tratarse de una HTA previa que se haya descompensado.

Peticiones:

- Control horario de constantes: al menos tres tomas de TA en reposo separadas por un intervalo de 1 hora.
- RCTG.
- Tacto bimanual: Valoración cervical, altura uterina, metrorragia.
- Exploración general: valoración de edemas.
- Ecografía: Biometrías, ILA, valoración de la placenta.
- Analítica sanguínea completa: Hemograma, coagulación, bioquímica (GOT/AST, GPT/ALT, LDH, ácido úrico y creatinina, urea, fosfatasa alcalina).
- Analítica orina.

Manejo:

- TA en límites normales sin alteraciones analíticas y pruebas de control de

- bienestar fetal en límites normales: control por tocólogo de zona.
- HTA leve ($< 160/110$), o alteraciones analíticas leves (proteinuria ≤ 1 gr y alteración leve de valores bioquímicos) sin sintomatología de HTA asociada, y pruebas de control de bienestar fetal en límites normales, o discordancia biométrica: Remitir a la consulta de Fisiopatología fetal para control hospitalario ambulatorio.
 - HTA moderada/severa (\geq de $160/110$), sin alteraciones analíticas y sin sintomatología de HTA asociada, y pruebas de control de bienestar fetal en límites normales: Remitir a la consulta de Fisiopatología fetal para control hospitalario ambulatorio.
 - HTA moderada/severa (\geq de $160/110$), con alteraciones analíticas moderadas (proteinuria < 3 gr y alteración moderada de valores bioquímicos) sin sintomatología asociada: Labetalol 100 mg vo:
 - Si control de TA: Remitir a la consulta de Fisiopatología fetal para control hospitalario ambulatorio.
 - Si no control de TA: Ingreso de la paciente en planta para estudio de HTA y control de bienestar fetal. Peticiones para planta: Controles de TA por turnos, hemograma, coagulación y bioquímica cada 24 h, proteinuria de 24 horas y pruebas de función renal. Ecografía con Doppler. Si HTA pregestacional descompensada, interconsulta a medicina interna/nefrología para valoración. RCTG/24 h.
 - HTA moderada/severa (\geq de $160/110$), con alteraciones analíticas moderadas (proteinuria < 3 gr y alteración moderada de valores bioquímicos) con sintomatología asociada, o alteraciones analíticas severas (proteinuria > 3 gr y alteración severa de valores bioquímicos): Avisar a la guardia e ingreso de la paciente en sala de observación para monitorización fetal y materna.

Criterios diagnósticos de Preeclampsia Severa

(es suficiente la presencia de uno de los siguientes)

- TA sistólica ≥ 160 mmHg y/o TA diastólica ≥ 110 mmHg en dos determinaciones separadas 6 horas, estando la paciente en reposo en cama.
- Proteinuria ≥ 2 gramos en orina de 24 horas.
- Oliguria ≤ 500 ml en 24 horas.
- Creatinina sérica $> 1,2$ mg/dl.
- Alteraciones cerebrales o visuales (hiperreflexia con clonus, cefalea severa, escotomas, visión borrosa, amaurosis).

- Edema de pulmón o cianosis.
 - Dolor epigástrico o en hipocondrio derecho.
 - Alteración de las pruebas funcionales hepáticas.
 - Alteraciones hematológicas: trombocitopenia (<100.000 /mL), CID, hemólisis.
 - Afectación placentaria con crecimiento fetal restringido
-

El tratamiento es la finalización de la gestación pero cuando la edad gestacional es < 34 semanas, la inmadurez fetal condiciona intentar un tratamiento conservador. El control tensional en un brote hipertensivo será:

- Si RCTG fuera de límites normales, independientemente de valores analíticos o tensionales, y de la existencia o no de clínica de HTA asociada, avisar a la guardia e ingreso de la paciente en sala de expectantes para monitorización fetal y materna.
 - Labetalol iv: 20mg en inyección lenta. Repetir a los 10 minutos si no se controla la TA doblando la dosis (no sobrepasar los 220mg). Continuar con una perfusión continua a 100 mg/6h. Si no se controla la TA, asociar otro fármaco. Contraindicado si ICC, asma o FC < 60 lpm.
 - Hidralacina iv: bolo de 5mg, se puede repetir a los 10 min si no control de la TA. Seguir con perfusión continua entre 3-10 mg/h.
 - Nifedipina: 10 mg vo, repetir en 30 min. Seguir con dosis de 10-20 mg/6-8h. No administrarlo vía sublingual.

Además se realizará prevención de las convulsiones con Sulfato de Magnesio: a dosis de 1-1.5g/hora iv en perfusión continua. Se puede administrar una dosis de ataque de 2-4g iv a pasar en 5-10 min. El objetivo es mantener unos niveles plasmáticos de magnesio entre 4.2 y 8.4 mg/dl. En caso de intoxicación: gluconato cálcico 1 gramo iv.

Realizar los siguientes controles: presencia de reflejo rotuliano, frecuencia respiratoria >14 respiraciones/min, diuresis $>25-30$ ml/hora. Por último es aconsejable el control de la saturación de O₂ mediante pulsioximetría. Este tratamiento debe mantenerse las primeras 24-48 horas postparto.

- Indicaciones de finalización del embarazo (independientemente de la edad gestacional y preferentemente vía vaginal):

1. Maternas:

- Trombocitopenia progresiva.

- Persistencia de HTA severa a pesar del tratamiento.
- Aparición de signos prodrómicos de eclampsia.
- Eclampsia.
- Deterioro progresivo de la función hepática, renal u oliguria persistente.
- Aparición de complicaciones maternas graves (hemorragia cerebral, edema pulmonar, desprendimiento placenta, rotura hepática).

2. Fetales: cuando existan signos de riesgo de pérdida de bienestar fetal.

SITUACIONES ESPECIALES:

- Sd. HELLP: Alteración de enzimas hepáticas con plaquetopenia, con o sin HTA asociada: Avisar a la guardia e ingreso de la paciente en sala de expectantes para monitorización fetal y materna. Este síndrome debe considerarse como una variante de la preeclampsia grave. Tratamiento:
 - Ingreso de la paciente.
 - Estabilización del estado materno:
 - Profilaxis de convulsiones con Sulfato de Magnesio (misma pauta que en la preeclampsia grave).
 - Tratamiento de la HTA severa (misma pauta que en la preeclampsia grave).
 - Dexametasona iv: 10 mg/12 horas. No se recomienda su uso anteparto durante un tiempo superior a 48-72 horas.
 - Fluidoterapia: cristaloides a un ritmo de 100-125ml/h. Objetivo: conseguir un flujo urinario > 30ml/h.
 - Evaluación del estado fetal: RCTG, perfil biofísico, biometrías y Doppler.
 - Indicación de finalización inmediata de la gestación: plaquetas < 50.000/ μ l además de las indicaciones en la preeclampsia grave.
 - Conducta durante el parto y el postparto:
 - Hemoterapia:
 - Plaquetas: administrar 10 concentrados antes del parto cuando el recuento sea < de 40.000 en caso de cesarea o < de 20.000 en caso de parto vaginal.
 - Transfusión de hematíes: en caso de ser necesaria, es recomendable realizar una cobertura antibiótica durante 48 horas.

- Corticoterapia: Dexametasona (10mg/12h iv): reiniciar a las 12 horas del parto. Prolongar el tratamiento hasta que las plaquetas alcancen unos niveles $> 100.000/\mu\text{l}$. Posteriormente reducir la dosis 5mg/12h x 2 días, después suspender.
- Cesárea: dejar drenaje subaponeurótico y evitar la exploración hepática durante la cirugía.
- Eclampsia: Paciente con hipertensión inducida por el embarazo mal controlada, que convulsiona:
 - Control de vía aérea con cánula de Guedel.
 - Diazepam im para control de convulsiones.
 - Avisar a la guardia e ingreso urgente de la paciente para finalización de gestación.

CAPÍTULO 10: MUERTE FETAL ANTEPARTO

Presentación:

No detección de latido fetal en ecografía. La paciente puede acudir por ausencia de movimientos fetales o por otra causa (no detección de latido en el momento de hacer un registro, etc.).

Es importante una buena ANAMNESIS al ingreso (tiempo que lleva la paciente sin percibir al feto, presencia de sangrado, dinámica uterina o pérdida de líquido, fiebre u otros síntomas los días previos, etc.).

- EXPLORACIÓN: tacto vaginal (Bishop), ver si existe pérdida de líquido y si es así detallar las características del mismo, descartar prolapso o procúbito de cordón, etc.
- ECOGRAFÍA: confirmar el diagnóstico de muerte fetal, valorar la edad gestacional aproximada, localización de la placenta y cantidad de líquido amniótico.

Peticiones:

- Hemograma, grupo sanguíneo y pruebas de coagulación (con PDF).
- Serologías (toxoplasmosis, rubéola, VIH, VHB, VHC, sífilis).
- Sobrecarga oral de glucosa (con 75 g. y dos determinaciones).

- Determinación de hormona TSH.
- Anticuerpos antifosfolípidos.
- Test de Kleihauer-Betke.

Manejo:

- Apoyo psicológico
- Ingreso en planta (valorar en planta aislada de otras gestantes).
- Comenzar la inducción (gel de PGE₂ u oxitocina en función del Bishop).
- Analgesia /anestesia epidural si no hay contraindicación.
- En el momento del parto es fundamental la valoración clínica de la placenta y del feto (describir patología cordón, longitud, circulares, nudos verdaderos, describir anatomía fetal, grado de maceración fetal, alteraciones placentarias, infartos, desprendimientos, etc.).
- Cariotipo fetal si grado de maceración no es muy grande (piel fetal).
- Necropsia, si aceptan los padres
- Programar visitas al alta.

En general, lo primero y más importante en el manejo es dar soporte psicológico y emocional a la pareja. Lo segundo, intentar encontrar una explicación a lo que ha sucedido (estudios necesarios para esclarecer causa de muerte). Por último, es importante planificar el seguimiento de la paciente después del alta médica, con una primera visita a las 6 semanas y otra segunda aproximadamente a los 3 meses cuando ya estén todos los resultados de asesoramiento para próximas gestaciones.

SECCIÓN III

Urgencias Médicas en el Embarazo

Archilla B
Caballero M
De la Fuente V
Garicano A
Gómez B
Lagarejos S
Martínez-Lara A
Saez E
Sobrino V
Varela B
Zapardiel I



CAPÍTULO 11: DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Entre las causas que pueden dar lugar a dolor abdominal durante la gestación se encuentran:

- A. Causas obstétricas (Secciones I y II).
- B. Causas urológicas (Capítulo 13).
- C. Causas ginecológicas.

DEGENERACIÓN MIOMATOSA

Presentación:

Dolor, fiebre, irritabilidad uterina y en ocasiones amenaza de parto pretérmino, en paciente con antecedente de mioma.

Peticiones:

La historia clínica y exploración suelen ser suficientes para el diagnóstico, acompañados de la ecografía

Manejo:

Ingreso con reposo, hidratación y analgesia
El tratamiento quirúrgico no suele ser necesario.

TORSIÓN ANEXIAL

Presentación:

Dolor hipogástrico intermitente, pudiendo desarrollar abdomen en tabla si existe necrosis. Puede acompañarse de febrícula.

Peticiones:

Hemograma: Leucocitosis

Ecografía: Masa anexial de características complejas. El Doppler puede mostrar la ausencia de vascularización del anejo torsionado.

Manejo:

Exploración quirúrgica y anexectomía si existe necrosis.

D. Causas gastrointestinales.

REFLUJO GASTROESOFÁGICO/PIROSIS

Presentación:

Síntoma muy común en la gestación sobre todo en tercer trimestre.

Se presenta como dolor retroesternal o epigástrico. Existen también manifestaciones atípicas como dolor torácico, tos, o asma.

Peticiones:

Una buena historia clínica suele ser suficiente para establecer el diagnóstico.

Manejo:

El tratamiento consiste en medidas posturales (elevar la cabecera de la cama, evitar el decúbito inmediatamente después de la ingesta), comidas ligeras y evitar los alimentos que lo favorecen (chocolate, café...)

Si no fuera suficiente con estas medidas, estaría indicado el tratamiento con ranitidina, 150mg cada 12 ó 24 horas.

APEDICITIS AGUDA

Presentación:

Dolor abdominal agudo periumbilical o en fosa iliaca derecha (FID) sin irradiación. El punto más doloroso (FID) se desplaza superior y lateralmente a medida que avanza la gestación, por lo que el diagnóstico en ocasiones es difícil.

Otros síntomas son náuseas, vómitos y anorexia.

En la exploración física puede aparecer sensibilidad con defensa a la palpación abdominal, Blumberg + y dolor al tacto rectal, sin embargo los signos de irritación peritoneal así como la fiebre aparecen con menor frecuencia en gestantes que en la población general.

Peticiones:

- Hemograma con fórmula: la cifra de leucocitos puede encontrarse dentro de los niveles normales de la gestación o sólo ligeramente elevada.
- Ecografía abdominal: líquido libre, engrosamiento de asas intestinales o visualización del apéndice aumentado de tamaño.

Manejo:

Valoración por parte de cirugía general. La simple sospecha clínica es indicación de tratamiento quirúrgico.

COLECISTITIS AGUDA

Presentación:

El síntoma principal es el dolor de comienzo abrupto que se inicia en epigastrio y se irradia a hipocondrio derecho, espalda y región escapular. Se suele acompañar de náuseas, vómitos, fiebre y escalofríos.

El signo de Murphy (dolor en hipocondrio derecho con la inspiración profunda) es más frecuente que en la población general.

Puede existir ictericia que sugiere la presencia de coledocolitiasis.

Peticiones:

- Hemograma: leucocitosis con desviación izquierda.
- Función hepática: elevación de GOT, GPT, colesterol, bilirrubina, fosfatasa alcalina y GGT.
- Función pancreática: aumento de lipasa y amilasa pancreáticas si concurre con pancreatitis.
- Ecografía abdominal: elevada sensibilidad y especificidad.

Manejo:

Inicialmente tratamiento médico: dieta absoluta, sueroterapia y colocación de sonda nasogástrica.

Antibioterapia profiláctica con ampicilina o cefalosporinas

Analgesia con espasmolíticos (metilbromuro de hioscina) y AINEs

El tratamiento quirúrgico es preferible retrasarlo hasta el segundo trimestre salvo si no hay estabilización en las primeras 24-36h, pancreatitis asociada o fiebre y leucocitosis creciente.

PANCREATITIS AGUDA

Presentación:

Dolor en epigastrio o hipocondrio izquierdo irradiado a espalda, náuseas, vómitos, íleo y febrícula.

Más frecuente en tercer trimestre y en nulíparas. En algunos casos se asocia a hipertrigliceridemia familiar.

Peticiones:

- Bioquímica: Aumento de amilasa y lipasa pancreáticas (más específica esta última), hipocalcemia y elevación de los triglicéridos.
- Ecografía: técnica de imagen de elección.

Manejo:

- Dieta absoluta, sueroterapia, regulación hidroelectrolítica con control de calcio y magnesio.
- Si existen vómitos pertinaces o íleo prolongado, colocación de sonda nasogástrica.
- Antibióticos de amplio espectro en casos de pancreatitis necrotizante, exudados peritoneales o pseudoquistes.
- Valoración de tratamiento quirúrgico en casos de litiasis múltiples con riesgo de recidiva.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Presentación:

Se debe sospechar ante la aparición de dolor abdominal tipo cólico acompañado de:

- Náuseas y vómitos.
- Falta de emisión de gases y heces.
- Distensión abdominal.
- Útero relajado en el momento del dolor cólico.
- Aumento de ruidos hidroaéreos o bien íleo paralítico.

Hay tres momentos en la gestación en que es más frecuente: 12-14 semanas de EG (cuando el útero pasa de órgano pélvico a órgano abdominal), 36-40 semanas de EG (cuando la cabeza fetal desciende a la pelvis), y en el puerperio al involucionar el útero.

Peticiones:

- Radiografía abdominal: mostrará niveles líquidos
- Hemograma: puede existir leucocitosis
- Bioquímica: el ionograma puede estar alterado

Manejo:

Consultar con el servicio de cirugía.

- Sonda nasogástrica
- Sueroterapia y corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas
- Sondaje vesical permanente para detectar hipoperfusión renal.

CAPÍTULO 12: TRAUMATISMOS

Presentación:

- Accidente de tráfico.
- Caída casual.
- Herida por arma blanca o de fuego.
- Tras haber sufrido una agresión física.
- Quemaduras.
- Electrocutación o herida causada por electricidad.

Según el tipo de traumatismo:

- Traumatismo abdominal directo. Las complicaciones obstétricas más inmediatas que hay que descartar son: desprendimiento de placenta (causa más frecuente de pérdida fetal tras traumatismo), amenaza de parto pretérmino, rotura uterina y rotura prematura de membranas (RPM). En estadios precoces de gestación, vigilar signos de sangrado-aborto. Recordar que el crecimiento uterino puede enmascarar signos de irritación peritoneal.
- Traumatismos penetrantes. Mismo tratamiento que si no hubiese gestación, salvo que el feto deberá ser monitorizado. La probabilidad de daño fetal se relaciona directamente con el tamaño uterino.

- Quemados. Mismo tratamiento que si no hubiese gestación. La supervivencia fetal se ve seriamente comprometida si la afectación materna es extensa. Si las quemaduras son severas (más del 50% de la superficie corporal) es imperativo instaurar el parto.
- Herida eléctrica. Mismo tratamiento que si no hubiese gestación. El pronóstico fetal es incierto. Se recomienda hacer ecografías seriadas.

Peticiones:

- Pruebas necesarias para diagnóstico y estabilización de patología materna.
- Si <20s: auscultación fetal, ecografía y observación.
- Si ≥20s: ecografía y monitorización fetal. Vigilar la presencia de contracciones, RPM, sangrado vaginal, taquicardia fetal, patrón fetal decelerativo o no reacción a los test de estrés.

Manejo:

La primera causa de muerte fetal es la muerte materna, por eso la **estabilización y el examen materno** deben preceder a la evaluación fetal. Así, el primer lugar de atención debe ser el servicio de urgencias generales de un hospital, donde se logre la estabilización de la gestante. En contadas ocasiones se produce muerte fetal ante mínimos signos traumáticos de la gestante.

Con protección abdominal, la gestación no impide realizar las pruebas diagnósticas que se consideren oportunas: radiografía, resonancia magnética, TAC.

Se debe tener especial cuidado si la gestación es mayor de 20-24 semanas, infundiendo abundante cantidad de solución cristaloide puesto que los síntomas hipotensivos aparecen más tardíamente. Además, tendremos que evitar la hipotensión por decúbito supino.

Salvada la urgencia vital, se procede al examen ginecológico de la paciente y a la evaluación del bienestar fetal. En caso de hallazgos patológicos hospitalización, realizar monitorización continua y actuar según la situación particular. Si la monitorización fetal es normal, se recomienda observación durante 2-6 horas.

CAPÍTULO 13: INFECCION URINARIA Y UROPATÍA OBSTRUCTIVA

INFECCION URINARIA

La infección urinaria es la complicación médica más frecuente del embarazo, aunque la clínica más frecuente es la cistitis, un cuadro sencillo fácil de tratar, en ocasiones se presenta como pielonefritis, una entidad más grave con repercusiones a veces importantes tanto para la madre como para el feto.

Presentación:

- Disuria, polaquiuria y tenesmo vesical.
- Hematuria.
- Fiebre y dolor abdominal (frecuente en las pielonefritis agudas que desencadenan contracciones).
- Fiebre y dolor en una fosa renal con mayor frecuencia la derecha.

Cuando la clínica es de una infección del tracto urinario el diagnóstico es más sencillo; las ocasiones en que se presenta fiebre con dolor abdominal y contracciones, debemos hacer el diagnóstico diferencial con los cuadros que cursan en el embarazo con fiebre y dolor abdominal.

La clínica de Pielonefritis Aguda, incluye fiebre alta (39-39,5 °C), escalofríos (que sugieren bacteriemia) y dolor lumbar (uni o bilateral que se irradia por el trayecto ureteral y por los flancos hacia las fosas iliacas). A la exploración: la puñoperCUSión renal es positiva y la palpación en la fosa iliaca y en el fondo de saco vaginal del lado afectado es dolorosas.

La cistitis aguda se presenta habitualmente en el segundo trimestre, la pielonefritis en el primero y en el tercer trimestre y la bacteriuria asintomática en el primer trimestre de la gestación.

Peticiones:

- Sedimento de orina: Bacteriuria y leucocituria.

Se habla de *bacteriuria asintomática* cuando hay más de 100.000 UFC (unidades formadoras de colonias) por mililitro, de un único uropatógeno, en dos cultivos consecutivos de orina en una paciente sin clínica urinaria. Para hablar de *cistitis aguda* será necesario tener un urocultivo con más de 100.000 UFC/ml y leucocituria, superior al nivel máximo normal de 10 leucocitos /ml (lo cual no podremos confirmar en urgencias).

Manejo:

Tratamiento bacteriuria asintomática y cistitis: (ambulatorio).

1ª Opción:

Amoxicilina- clavulánico 500mg/ 8h vía oral 7 días.

Cefuroxima acetilo 250mg/ 12h vía oral 7 días.

Cefixima 400mg/ 24h vía oral 7 días.

2ª Opción y/o alergia a beta-lactámicos:

Fosfomicina trometamol 3 g vía oral (dosis única).

Nitrofurantoina 50 - 100 mg/ 6h vía oral 7 días.

Antibioterapia pielonefritis: (hospitalario).

1ª Opción:

Amoxicilina- clavulánico 1g/ 8h i.v. 14 días.

Cefuroxima acetilo 750mg/ 8h i.v. 14 días.

Ceftriaxona 1g/ 24h i.v. o i.m. 14 días.

2ª Opción y/o alergia a beta-lactámicos:

Aztreonam 1g/ 8h i.v. 14 días.

Fosfomicina - trometamol 100mg/ kg/ día i.v. 14 días.

Gentamicina o Tobramicina 3mg/ kg/ día i.v. o i.m. 14 días.

Es muy importante recordar a la paciente la importancia de mantener una buena ingesta de líquidos (3litros/día) y de pautar un buen analgésico y antitérmico en caso de presentar la paciente fiebre:

- Paracetamol 500mg 1cp/ 8-6 h vo (ambulatorio).

- Paracetamol 1g 8h iv (hospitalario).

UROPATIA OBSTRUCTIVA

Presentación:

El síntoma más característico es el dolor en fosas iliacas y renales, tipo cólico y discontinuo, que puede ser desde muy leve a muy intenso e incapacitante.

Peticiones:

Análítica de orina y hemograma con fórmula.

Manejo:

Una vez descartada la pielonefritis, dependiendo de la intensidad de síntomas:

- Tratamiento ambulatorio: con la paciente estable, analgesia, tratamiento de las infecciones concomitantes, beber 3litros/día. Si dolor aumenta volver a urgencias.
- Tratamiento hospitalario: si dolor muy intenso hidratación, analgesia iv. y conducta expectante (en casos seleccionados y con gestaciones a término se puede inducir el parto).

CAPÍTULO 14: TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el embarazo y puerperio debido al estado de hipercoagulabilidad.

Presentación:

Es muy inespecífica.

Síntoma más frecuente: Disnea.

Signo más frecuente: Taquipnea.

La detección de trombosis venosa profunda (dolor en la pantorrilla, calor e inflamación) es un signo excelente, que apoya el diagnóstico pero sólo está presente en la mitad de los casos.

Peticiones:

Rx tórax (lo más frecuente es que no presente alteraciones), ECG (alteraciones inespecíficas del ST-T y taquicardia sinusal), gasometría (hipoxemia), Dímero-D (no es específico de TEP y además en la gestación hay un aumento del mismo sin presencia de TEP).

Gammagrafía de ventilación-perfusión (es el test de screening más importante para descartar TEP y es seguro en gestantes), TAC elicoidal con contraste o RMN con gadolinio (seguras en gestación), angiografía pulmonar (es la prueba de elección y es seguro en gestación), ecocardiografía (TEP clínicamente graves).

Manejo:

Si se sospecha el diagnóstico de TEP, la paciente deberá ser remitida a un servicio de urgencias generales para un correcto diagnóstico y tratamiento.

Durante el embarazo el tratamiento se puede realizar con HNF o con HBPM indistintamente (nivel de evidencia Ib, grado de recomendación A). Estando indicada la HBPM sobre la HNF. De hecho, en pacientes no gestantes, la HBPM es la de elección en base a una menor tasa de complicaciones tanto a largo plazo como complicaciones de tipo hemorrágico y una efectividad mayor. No obstante las HNF no están contraindicadas y su uso se recomienda en caso de TEP masivos debido a su mayor rapidez de acción y su mayor experiencia en su uso. El Sintrom (acenocumarol) no debe usarse en gestantes pero su uso está permitido en la lactancia.

No se recomienda el uso de trombolíticos en la gestación (si hubiera que usarlos es mejor usar la estreptokinasa y el activador tisular del plasminógeno que no atraviesan la placenta a diferencia de la urokinasa que si la atraviesa).

Filtros de vena cava inferior: Se pueden usar en gestantes si es necesario.

Embolectomía, contraindicado en gestantes.

CAPÍTULO 15: TRASTORNOS RESPIRATORIOS

ASMA

Lo fundamental de esta enfermedad es conocer que el asma descontrolada es más peligrosa para la madre y para el feto que los efectos secundarios del tra-

tamiento. Por tanto, es fundamental que la embarazada asmática sea tratada correctamente.

Presentación:

Paciente, asmática conocida, que acude a urgencias por cuadro agudo de disnea.

Peticiones:

- Analítica sanguínea.
- Pulsioximetría materna.
- Gasometría arterial: En mujeres sanas expuestas a fracciones de oxígeno inspirado bajas, la PO_2 en vena umbilical fetal comienza a bajar cuando la PO_2 materna está en 47 mmHg. Asumiendo que no hay alteraciones significativas en la función cardiaca materna, hemoglobina o pH maternos, una PO_2 materna de 65 mmHg es aceptable para una adecuada oxigenación fetal.
- Monitorización fetal.

Manejo:

1. O_2 al 30% continuo.
2. Hidratación: 100 mL/h.
3. Salbutamol inhalado 1 mL/6-8h.
6. Metilprednisolona bolo 60mg seguido de 2 amp (20mg)/8h.
7. Si la paciente tiene fiebre, administraremos antibióticos: Amoxicilina-Clavulánico 1g/8h.
8. La mayoría de las ocasiones, la metilprednisona es suficiente para la crisis. Si el cuadro aún no cede, añadiremos Budesonida 2 inhalaciones/12h.
9. Si el cuadro no cede, administraremos Eufilina iv 2.5-5mg/kg en 250 mL de Glucosado 5% en 30 min y derivaremos a la paciente a un servicio de Neumología.

Diagnóstico diferencial:

(ver tabla página siguiente)

CAUSA	CLÍNICA	EXPLORACIÓN	PRUEBAS DE LABORATORIO
NEUMONÍA	Disnea Tos, expectoración Fiebre Dolor preurítico	Taquipnea AP: condensación; roce y disminución de murmullo vesicular en caso de derrame plural	GAB: hipoxemia S. Sg: leucocitosis/leucopenia Rx. Tórax: condensación con broncograma aéreo; patrón intersticial o, alveolointersticial; derrame pleural
EMBOLISMO PULMONAR	Disnea Dolor torácico Hemoptisis (sobre todo cuando hay infarto pulmonar asociado)	Taquipnea Taquicardia Signos de TVP Cicatrices de cirugías recientes Incapacidad para deambular	GAB: hipoxemia, normo/hipocapnia Rx. Tórax: normal ECG: taquicardia, onda S en I, onda Q e inversión de T en III
ANSIEDAD	Situación emocional especial Parestesias en EEII, EESS y periorales	Taquipnea	GAB: hipocapnia
EDEMA PULMONAR	Disnea Ortopnea Disnea paroxística nocturna	Ingurgitación yugular AC: 3°-4° tono, arritmia. AP: crepitantes bilaterales Hepatomegalia Edemas maleolares	GAB: normal o hipoxemia CPK aumentada (IAM como causa) Rx. Tórax: cardiomegalia, infiltrado bilateral en alas de mariposa, líneas B de Kerley, líquido en cisuras, redistribución vascular ECG: alteraciones de la repolarización, arritmia, etc.



CAUSA	CLÍNICA	EXPLORACIÓN	PRUEBAS DE LABORATORIO
FRACTURA COSTAL	Disnea Dolor torácico, aumenta con los movimientos respiratorios	AP: hipoventilación Hematoma o signos de traumatismo externos si contusión pulmonar	Parrilla costal: fractura/s costal/es. Rx. Tórax: infiltrados localizados en caso de contusión pulmonar
CUERPO EXTRAÑO	Disnea Tos irritativa	Taquipnea (según el grado de compromiso respiratorio)	GAB: hipoxemia Rx. Tórax: 1ª fase atrapamiento aéreo, 2ª fase: atelectasia/condensación
CRISIS ASMÁTICA	Disnea Tos paroxística	Taquipnea Uso de musculatura accesoria	AP: sibilancias con la espiración; silencio auscultatorio en casos graves. GAB: 1ª fase: hipocapnia; 2ª fase hipoxemia/hipocapnia; 3ª fase: hipoxemia/hipercapnia S. Sg: normal/leucocitosis (infección concomitante) Rx. Tórax: normal/ hiperinsuflación
NEUMOTÓRAX	Disnea Dolor torácico y/o en hombro ipsilateral de aparición brusca y en relación con él	Taquipnea AP: ruidos respiratorios muy disminuidos. Cianosis e hipotensión, si neumotórax a tensión	Rx. Tórax: (inspiración/espiración) aplanamiento del hemidiafragma, desplazamiento mediastínico, retracción pulmonar. ECG: disminución amplitud de QRS en cara anterior. Desviación anterior del eje. GAB: gasometría arterial basal.

EMBOLISMO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

Presentación:

Debe sospecharse ante el comienzo brusco de disnea con cianosis, colapso circulatorio, inquietud y coagulopatía en un marco obstétrico adecuado, los síntomas ocurren durante el trabajo de parto o en el postparto inmediato y se pueden resumir en:

- Hipoxia y fallo respiratorio.
- Shock cardiogénico.
- Coagulación intravascular diseminada.

Peticiones:

El diagnóstico es clínico.

Manejo:

Dada la alta mortalidad, si se sospecha debe tratarse de inmediato:

- Administración de oxígeno.
- Traslado de la paciente a la UVI (si $PO_2 < 65$ mmHg se intubará).
- Compresión manual del útero para combatir la atonía uterina.
- Administración cuidadosa de sangre total o plasma fresco congelado.

CAPÍTULO 16: DIABETES Y GESTACIÓN

HIPERGLUCEMIA AISLADA

Presentación:

Se define como glucemia > 200 mg/dL en sangre capilar en cualquier momento. Suele pasar desapercibida aunque típicamente cursa con polidipsia, polifagia y poliuria. La paciente puede acudir por hallazgo casual durante control rutinario.

Peticiones:

Glucemia capilar y cetonuria tiras reactivas.

Manejo:

- Ingresar si:
- Cetoacidosis.
 - Inicio de DMID
 - Hiperglucemia con descompensación cetósica.
 - Hiperglucemia > 300mg/dl + deshidratación sin situación hiperosmolar.

Administrar 500cc de suero salino 0,9% con 6-8 UI de insulina rápida a pasar en 2h. Después, según el grado de hiperglucemia, se ajustará el tratamiento para el alta.

CETOACIDOSIS DIABÉTICA

Presenta hiperglucemia y cetonemia. Más frecuente en DMID.

Presentación:

- Síntomas: poliuria, polidipsia, astenia, pérdida de peso, anorexia, nauseas, vómitos y dolor abdominal, calambres musculares...
- Signos: deshidratación, hiperventilación (respiración de Kussmaul), taquicardia e hipotensión, disminución de conciencia hasta coma (10%).

Peticiones:

- Glucemia, glucosuria y cetonuria con tiras reactivas.
- Bioquímica con glucosa, urea, creatinina, amilasa, sodio, potasio, cloro.
- Hemograma con fórmula y coagulación.
- Gasometría arterial.
- Orina con sedimento.
- Rx de tórax PA y lateral.
- ECG.

Manejo:

- Ingreso siempre.
- Monitorización de constantes.
- Dieta absoluta.
- Controles periódicos de glucemia, glucosuria y cetonuria con tiras reactivas. Control de potasio y bicarbonato.

- Hidratación: suero salino normal o isotónico (0,9%) hasta que la glucemia sea $< 250\text{mg/dl}$. Entonces iniciar tratamiento con sueros glucosados (5%) con insulina junto con sueros salinos para completar la hidratación.
- Insulina: dosis bajas y continuas. $0,1\text{ UI/Kg/h}$ al principio en bomba de infusión o en el suero.
- Bicarbonato sódico si $\text{pH} < 7,1$ o $\text{pH} < 7,2$ + hipotensión o coma.
- Potasio: 20mEq/h siempre que se haya comprobado diuresis, asociado a fluidoterapia e insulina.

COMA HIPEROSMOLAR

Presenta hiperglucemia $> 600\text{mg/dl}$, hiperosmolaridad plasmática $> 350\text{ mOsm/kg}$, ausencia de cetosis. Más frecuente en DMNID.

Presentación:

Hiperglucemia progresiva, con poliuria y diuresis osmótica, produciéndose deshidratación y aumento de la osmolalidad sanguínea. No hay cetosis pero puede haber acidosis láctica.

Peticiones:

- Bioquímica con glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, osmolalidad, CPK.
- Gasometría arterial (valorar pH y bicarbonato que están alterados en la acidosis láctica).
- (Resto igual que en apartado anterior)

Manejo:

- Ingreso siempre.
- Monitorización de constantes: temperatura, TA, FC, FR. Dieta absoluta.
- Hidratación: En general igual que en cetoacidosis diabética. Si sodio $> 155\text{ mEq}$ \rightarrow suero salino hipotónico (0,45%). El sodio se repone con el suero salino.
- Insulina: dosis bajas y continuas. 6 UI/h inicialmente en bomba de infusión.
- Bicarbonato sódico sólo si existe acidosis láctica con $\text{pH} < 7,2$.
- Potasio: 20mEq/h siempre que se haya comprobado diuresis, asociado a

fluidoterapia e insulina.

- Heparina de bajo peso molecular 20-40 mg sc como profilaxis de trombosis.

HIPOGLUCEMIA

Es característico la Triada de Whipple: síntomas compatibles con hipoglucemia, baja concentración de glucosa plasmática y alivio de los síntomas tras la elevación de la glucemia).

Presentación:

- Síntomas adrenérgicos: temblor, palidez, sudoración fría, hambre, taquicardia...
- Síntomas neurológicos por glucopenia: trastornos de la conducta, agresividad, confusión, focalidad neurológica, somnolencia, convulsiones, coma.

Peticiones:

- Glucemia capilar
- Bioquímica con glucosa, urea, creatinina, iones
- Hemograma con fórmula y coagulación.

Manejo:

Según el estado de consciencia del paciente usaremos vía oral o intravenosa.

- Paciente consciente: v.o. Líquidos azucarados con 20g de glucosa.
- Paciente inconsciente o intolerancia oral: glucosa hipertónica i.v (20cc al 50% o 30cc al 33%). Si no es posible canalizar una vía periférica, administrar 1mg de glucagón im o sc y después sueros glucosados al 10%.

(ver tabla página siguiente)

	COMA HIPOGLUCÉMICO	COMA CETOACIDÓTICO	ESTADO HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO
SEMIOLÓGIA	Síntoma de hipoglucemia	Anorexia, poliuria, polidipsia, vómitos, dolor abdominal, deshidratación, respiración de Kussmaul, coma...	Anorexia, poliuria, polidipsia, deshidratación grave , piel seca, focalidad neurológica, convulsiones, coma
ANALÍTICA		Leucocitosis con desviación izquierda aún sin infección. Deficit de K. Hipo/pseudohiponatremia, aumento de la amilasa sérica.	Hiperazoemia prerrenal, aumento de creatinina y urea, acidosis metabólica leve.
GLUCEMIA	< 40-50mg/dl	300-600mg/dl	600-1200mg/dl
GLUCOSURIA	-	++++	++++
CETONEMIA	-	++++	+/-
HCO₃- PLASMA	Normal	Disminuido	Normal / disminuido
pH SANGRE	Normal	Disminuido / cuerpos cetónicos, ácido láctico	Normal/ ácido láctico
HIATO AMÓNICO	Normal	Aumentado	Normal
TRATAMIENTO	Glucosa iv. Glucagón im	Insulina rápida iv o im. Líquidos iv. CIK iv. Bicarbonato 1/6 M o 1M	Líquidos iv. Insulina rápida iv o im. Potasio. Bicarbonato sódico si acidosis láctica.

CAPÍTULO 17: URGENCIAS ENDOCRINOLÓGICAS

URGENCIAS TIROIDEAS

COMA MIXEDEMATOSO

Presentación:

Típico en ancianas y en invierno. Mortalidad 50-60%.

Se presenta con hipotermia, hiponatremia dilucional (por SSIADH), trastornos ventilatorios con depresión respiratoria, hipotensión arterial, hipoglucemia severa, bradicardia intensa, hiporreflexia, disminución del nivel de conciencia, estupor y coma.

Peticiones:

- Hormonas tiroideas: T4 y T3 ↓, TSH ↑ (diagnóstico de confirmación a posteriori).
- Bioquímica con iones, glucemia, urea, creatinina, y enzimas (CPK, GOT, GPT, LDH).
- Gasometría arterial (hipercapnia y acidosis respiratoria).
- Hemograma con fórmula y coagulación.
- Orina con sedimento.
- Hemo y urocultivos (si hay sospecha de sepsis).
- ECG.

Manejo:

- Monitorización de constantes.
- Intubación orotraqueal, ventilación asistida e ingreso en UCI si precisa.
- Vía venosa periférica: reposición de volumen y soporte con fármacos inotrópicos para el tratamiento de la hipotensión.
- Restricción hídrica si SSIADH. Ante hiponatremia severa administrar furosemina iv.
- Iniciar tratamiento con corticoterapia sustitutiva antes de hacerlo con hormonas tiroideas. Primero administrar hidrocortisona y posteriormente iniciar tratamiento con levotiroxina.
- Si hay sospecha de infección iniciar tratamiento antibiótico empírico.
- Tratamiento de la hipotermia.

CRISIS TIROTÓXICA

Paciente hipertiroides parcialmente tratado o no tratado. Mortalidad del 30% incluso con tratamiento.

Presentación:

Intensificación de la clínica de hipertiroidismo. Fiebre elevada, síntomas cardiovasculares (taquiarritmias), hipotensión, temblor, agitación psicomotriz, vómitos, diarrea, deshidratación, hepatomegalia con ictericia moderada, delirio, coma.

Peticiones:

- Hormonas tiroideas: T3 y T4 ↑, TSH ↓ (diagnóstico de confirmación a posteriori).
- (Resto igual que en apartado anterior).

Manejo:

- Monitorización de constantes.
- Ingreso en UCI.
- Medidas de soporte:
 - Corrección de la deshidratación.
 - Control de la hipertermia.
 - A veces requieren tratamiento digitálico, soporte con drogas inotrópicas y/o insulino terapia (si coexiste una cetoacidosis diabética).
- Tratamiento del hipertiroidismo: el tratamiento combinado con propiltiouracilo, yodo y dexametasona permite el control de la clínica y la normalización de la concentración sérica de T3 en 24-48h.
- Tratamiento adyuvante: Antagonistas β adrenérgicos (Propranolol). Corticoides (Dexametasona - Hidrocortisona).

URGENCIAS SUPRARRENALES

CRISIS ADDISONIANA

Riesgo si supresión brusca de tratamiento con corticoides, hemorragia suprarrenal bilateral por tratamiento anticoagulante o trastornos de la coagulación y trombosis idiopática de vena suprarrenal en el embarazo.

Presentación:

Hipotensión inexplicable (signo guía), fiebre, deshidratación intensa, manifestaciones digestivas (incluso pseudoabdomen agudo), debilidad, encefalopatía addisoniana (incluso pseudomeningitis), shock y coma.

Peticiones:

- Bioquímica con glucosa, electrolitos, urea, creatinina, calcio.
- Hemograma con fórmula y coagulación.
- Gasometría arterial.
- Orina con sedimento (con urea, creatinina, sodio y potasio).
- Hemo y urocultivos si se sospecha sepsis.
- ECG.

Manejo:

- Monitorización de constantes.
- Valorar nivel de conciencia y determinar glucemia capilar.
- Vía venosa periférica: sueroterapia para corregir la hipotensión. Puede ser necesario administrar varios litros en pocas horas.
- Bolo iv de 100mg de Hemisuccinato de Hidrocortisona seguido de goteo iv de Hidrocortisona a 10mg/h.

FEOCROMOCITOMA

Triada típica durante la crisis: cefalea + sudoración + palpitaciones.

Presentación:

Hipertensión grave y casi siempre resistente al tratamiento convencional (la HTA puede ser mantenida o elevarse únicamente durante las crisis), hipotensión ortostática, palidez / rubefacción facial, fiebre, ansiedad, náuseas, debilidad, pérdida de peso, taquicardia o bradicardia sinusal, arritmias supraventriculares y extrasístoles supraventriculares, angina, infarto de miocardio. Si hematuria + crisis HTA asociada al momento de la micción sugestivo de feocromocitoma localizado en vejiga.

Peticiones:

- Catecolaminas, metanefrinas y ácido vanilmandélico en orina de 24h.
- (Resto igual que en apartado anterior).

Manejo:

- Monitorización de constantes.
- Fentolamina i.v.
- Nitroprusiato sódico.
- Prazosina oral.

En el embarazo: 1º trimestre: Fenoxibenzamina + cirugía.
3º trimestre: bloqueantes adrenérgicos + cesárea + cirugía.

CAPÍTULO 18: INFECCIONES Y EMBARAZO

CITOMEGALOVIRUS

Presentación:

La mayoría son asintomáticas. Si existe clínica consiste en un síndrome mononucleósico con adenopatías, fiebre, hepatoesplenomegalia y faringoamigdalitis.

Peticiones:

Hemograma: linfocitosis, anemia, trombopenia.

Bioquímica: elevación de transaminasas.

ECO obstétrica: ascitis fetal, microcefalia, hepatoesplenomegalia fetal.

Manejo:

Derivar a consulta de fisiopatología fetal para confirmar el diagnóstico de sospecha y la posible afectación fetal.

VIRUS DE EPSTEIN-BARR

Presentación:

Mal estado general acompañado de anorexia y escalofríos que preceden a la clínica típica de fiebre, faringitis y adenopatías.

Peticiones:

Hemograma: linfocitosis con linfocitos atípicos.

Manejo:

Reposo y analgesia.

VARICELA

Presentación:

Fiebre, mal estado general y exantema que consta de pápulas, vesículas y costras en diferentes fases evolutivas, comenzando en cabeza y descendiendo a tronco y miembros. La neumonía es una complicación poco frecuente pero grave. Aparece 3-4 días después del exantema.

Peticiones:

El diagnóstico en urgencias es clínico.

Manejo:

Remitir a consultas con carácter preferente para estudio serológico.

Loción de Calamina y Polaramine 2mg/8h para aliviar el prurito.

Pomada de Bacitracina para evitar sobreinfección bacteriana de las lesiones cutáneas.

Si existe neumonía: ingreso y valoración por parte de medicina interna.

PARVOVIRUS B19

Presentación:

Clínica inespecífica de cefalea, mialgias, fiebre y mal estado general. Después de esta primera fase, cuadro de artralgias y artritis simétricas en manos y rodillas, asociado en ocasiones a erupción cutánea inespecífica.

Peticiones:

El diagnóstico en urgencias es clínico.

Manejo:

Remitir a consultas para confirmar el diagnóstico a través de la serología.

VIRUS DE HEPATITIS

Presentación:

La infección aguda cursa con náuseas, vómitos, ictericia, diarrea, febrícula y mal estar general.

Peticiones:

Bioquímica: elevación de GOT, GPT y bilirrubina.

Coagulación: puede estar alterada.

Manejo:

Si se descarta clínica grave, reposo domiciliario e hidratación. Aislamiento familiar entérico, sobre todo en casos de hepatitis A.

Remitir a consultas para confirmar el diagnóstico mediante serología.

RUBEOLA

Presentación:

Periodo prodrómico con linfadenopatía suboccipital y postauricular, fiebre y malestar general. Tras 5-6 días surge un exantema descendente de 3-4 días de duración.

Peticiones:

El diagnóstico es clínico.

Manejo:

Remitir a consultas para confirmar el diagnóstico.

SARAMPIÓN

Presentación:

Tras un periodo de incubación de 10-14 días pueden aparecer unas máculas blanquecinas sobre fondo eritematoso a nivel de 1º y 2º molares (manchas de Koplik) y 1 ó 2 días después, cuadro catarral y exantema maculopapuloso retroauricular descendente.

Peticiones:

El diagnóstico es clínico.

Manejo:

Remitir a consultas para confirmar el diagnóstico de sospecha.

GRIPE

Presentación:

Cuadro catarral acompañado de fiebre, cefalea, mialgias, artralgias que en casos graves se asocia a neumonía.

Peticiones:

El diagnóstico es clínico.

Hemograma: leucocitosis con linfocitosis.

Manejo:

Reposo, analgésicos y antitérmicos.

Si existe neumonía asociada: ingreso y valoración por parte de medicina interna.

TOXOPLASMA

Presentación:

El 90% son asintomáticas. Cuando existe clínica consiste en un cuadro mononucleósico.

Peticiones:

El diagnóstico en urgencias es clínico.

Manejo:

Remitir a consulta para estudio.

VULVOVAGINITIS

Presentación:

- *Trichomona vaginalis*: leucorrea abundante, maloliente, espumosa, amarillo-

verdosa. Aparición del típico cérvix en fresa.

- Candidiasis: leucorrea blanca, grumosa, prurito, escozor y dispareunia.
- Vaginosis bacteriana (*Gardnerella vaginalis*): flujo abundante, fétido, cremoso y grisáceo.

Peticiones:

El diagnóstico en urgencias es clínico, realizando diagnóstico diferencial entre los tres tipos de vulvovaginitis. Como prueba complementaria puede realizarse un pH del flujo genital, siendo ácido (menor de 4,5) en el caso de la vulvovaginitis candidiásica, y alcalino en los otros dos casos.

Manejo:

- Tricomoniasis: Metronidazol vaginal, 500mg/12horas, 5 días. Como alternativa clotrimazol 500mg vaginal en monodosis.
- Candidiasis: Existen varios fármacos disponibles, realizándose tratamiento tópico en la gestante asociado a tratamiento oral en la pareja: Clotrimazol vaginal, 500mg en monodosis, Fenticonazol 500mg monodosis, Ketoconazol óvulos 400mg monodosis.
- Vaginosis: Clindamicina crema vaginal 1/24h, 7 noches o metronidazol vaginal 500mg/día, 7días.

Para el resto de infecciones del tracto genital inferior ver capítulo 31 donde se encuentran algunas matizaciones en caso de gestación.

CAPÍTULO 19: DERMOPATÍAS

HERPES GESTATIONIS

Presentación:

Aparición de pápulas edematosas y eritematosas que confluyen en placas de contorno policíclico. Sobre ellas aparecen vesículas y ampollas tensas de contenido transparente.

Ocurre durante 2^o-3^o trimestre. Son de comienzo periumbilical con expansión

centrífuga. No suele afectar al rostro ni mucosas.

Peticiones:

Hemograma y fórmula: eosinofilia frecuente.

Ácidos biliares, transaminasas y bilirrubina (descartar colestasis del embarazo)

Realizar ECO para comprobar vitalidad fetal.

Manejo:

Hidrocortisona tópica 1% (2'5 % en sintomatología florida) 3 aplicaciones/día + Polaramine 2mg/12h v.o.

Remitir a la paciente a consulta de alto riesgo (tendencia a la prematuridad y crecimiento intrauterino restringido).

ERUPCIÓN POLIMORFA DEL EMBARAZO

Presentación:

Prurito intenso que no respeta descanso nocturno que puede adelantarse a la aparición de una erupción papulosa que confluye en placas con posible presencia de vesículas. Tiene localización abdominal respetando zona periumbilical con extensión centrífuga limitada a tronco y raíz de extremidades. No afecta rostro ni mucosas.

Peticiones:

Hemograma y fórmula: eosinofilia sugiere herpes gestationis.

Ácidos biliares, transaminasas y bilirrubina (descartar colestasis del embarazo)

Realizar ECO para comprobar vitalidad fetal.

Manejo:

Hidrocortisona tópica 1% (2'5 % si prurito intenso) 3 aplicaciones/día + Polaramine 2mg/12h v.o.

Seguir controles tocológicos habituales.

FOLICULITIS PRURIGINOSA DEL EMBARAZO

Presentación:

Erupción pruriginosa, monomorfa, generalizada, papulosa y folicular que se presenta desde el 4º mes de embarazo. Se considera una reacción de hiper-

sensibilidad acneiforme.

Peticiones:

Hemograma y fórmula: eosinofilia sugiere herpes gestationis.

Acidos biliares, transaminasas y bilirrubina (descartar colestasis del embarazo)

Realizar ECO para vitalidad fetal.

Manejo:

Hidrocortisona tópica 1% 3 aplicaciones/día o Peróxido de Benzoilo tópico 1-2 aplic/día.

PRURIGO DEL EMBARAZO

Presentación:

Aparición de lesiones papulosas y nodulares pruriginosas en superficie extensora de extremidades y a veces en abdomen, dorso de manos y pies.

Peticiones:

Hemograma y fórmula: eosinofilia sugiere herpes gestationis.

Acidos biliares, transaminasas y bilirrubina (descartar colestasis del embarazo)

Realizar ECO para vitalidad fetal.

Manejo:

Hidrocortisona tópica 1% (2'5 % si prurito intenso) 3 aplicaciones/día + Polaramine 2mg/12h v.o.

Seguir controles tocológicos habituales.

OTROS CUADROS DERMATOLÓGICOS

Además hay que hacer diagnóstico diferencial con:

- Dermatitis de contacto, alergias medicamentosas y foliculitis infecciosas (en la foliculitis del embarazo).
- Colestasis intrahepática (ver capítulo 23).
- Dermatosis intercurrentes: para lo que se remitirá a la paciente a consulta de dermatología con tratamiento sintomático o en caso de afectación severa al servicio de urgencias generales del hospital.

CAPÍTULO 20: ALTERACIONES NEUROLÓGICAS

CEFALEA

Presentación:

- Migraña → Dolor unilateral, pulsátil, con o sin aura previo, de duración escasa. Suele mejorar con la gestación.
- Cefalea tensional → Dolor bilateral, constrictivo, en relación con el estrés.
- Cefalea histamínica → Dolor hemirraneal, predomina a nivel frontotemporal y retroocular. Se acompaña de lagrimeo y rinorrea unilateral, y enrojecimiento de la hemicara.
- Signos de alarma: déficit neurológico, signos meníngeos, alteración del nivel de conciencia, fiebre, edema de papila, hemorragia retiniana.

Peticiones:

- Analítica de sangre: hemograma con fórmula, velocidad sedimentación y coagulación.
- Punción lumbar.
- TAC / RMN.

Manejo:

- Comprobar estado fetal: ecografía, RCTG.
- Migraña:
 - Hidratación abundante, ambiente tranquilo y evitar luz brillante.
 - Paracetamol.
 - Si dura más de 24 horas → dexametasona.
 - Tratamiento profiláctico: propanolol o amitriptilina.
- Cefalea Tensional:
 - Evitar: alcohol, cafeína, sueño excesivo, alimentos con alto contenido en tiramina (queso curado, chocolate, nueces).
 - Paracetamol.
 - Si no cede: amitriptilina.
- Cefalea Histamínica:
 - Oxígeno al 100% a 7 L / minuto durante 5 minutos.

- Lidocaína intranasal.
- Evitar alcohol y sueño excesivo.
- Derivar a servicio de Urgencias Generales si signos de alarma.

ESTATUS EPILÉPTICO

Presentación:

- Embarazada epiléptica en la 2ª mitad de la gestación, como consecuencia de niveles subterapéuticos de anticonvulsivantes.
- Una convulsión que dura más de 20 minutos o convulsiones sin reestablecimiento completo de conciencia entre una y otra, lo más frecuente tónico-clónicas.
- HTA, taquicardia, hipoxia y acidosis láctica.

Peticiones:

Analítica sanguínea: hemograma con fórmula, glucosa, calcio, magnesio, electrolitos, niveles de anticonvulsivante y tóxicos.

Manejo:

- Oxígeno.
- 50 ml suero glucosado al 50% y 100 mg de Clorhidrato de Tiamina iv.
- 10 mg de Diacepam iv en 2 minutos, después 2 mg / minuto hasta fin de las convulsiones.
- 50 mg / minuto de Fenilhidantoína iv en solución salina.
- Si no cesa: intubación y 50 mg / minuto de Fenobarbital iv (máximo 20 mg / kg).
- Si no cesa: anestesia general.
- Valoración de vitalidad fetal: ecografía.
- Derivar a servicio de Urgencias Generales → valoración neurológica.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO

Presentación:

- Embarazada en 2º mitad de la gestación o puerperio.
- Déficit neurológico focal agudo con hemiparesia, diplopia, afasia y disartria.

- Territorio de la arteria cerebral media → hemiparesia, fundamentalmente facial, y alteración sensorial del mismo lado. Hemianopsia homónima. Afasia-disfasia si afecta hemisferio izquierdo.
- Territorio de la arteria cerebral anterior → hemiplejía sensitivo motora contralateral, fundamentalmente de miembro inferior.
- Territorio de la arteria cerebral posterior → alteración sensorial y pérdida visual contralaterales.
- Territorio de la arteria cerebelosa posteroinferior (Síndrome de Wallenberg) → alteración sensorial facial, Horner ipsilateral, alteración percepción dolor y temperatura contralateral, ataxia, nistagmo, disartria, disfagia, náuseas, vómitos y normalidad del sistema motor.
- Territorio del tronco cerebral → afectación de pares craneales del mismo lado, hemiparesia contralateral, nistagmo y alteración del nivel de conciencia.

Peticiones:

- Analítica de sangre: hemograma con fórmula y coagulación.
- TAC.

Manejo:

- Valoración de vitalidad fetal: ecografía.
- Vía venosa periférica.
- Derivar a servicio de Urgencias Generales → tratamiento anticoagulante / antiagregante / quirúrgico.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Presentación:

- Embarazada en tercer trimestre de gestación o puerperio inmediato.
- Cefalea muy intensa (“la peor de mi vida”), náuseas, vómitos, signos meníngeos (rigidez de nuca), obnubilación, convulsiones y coma.

Peticiones:

- Hemograma con fórmula.
- TAC craneal.
- Punción lumbar si el TAC es normal.

Manejo:

- Oxígeno.
- Vía venosa periférica.
- Comprobar vitalidad fetal: ecografía.
- Si se produce durante el trabajo de parto → cesárea urgente.
- Derivar a servicio de Urgencias Generales → tratamiento quirúrgico.

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL

Presentación:

- Primer mes del puerperio.
- Antecedentes de síndrome antifosfolípido, déficit de proteína C y S.
- Cefalea de varios días de evolución que va aumentando en intensidad, déficit neurológico sensitivo motor, alteraciones visuales, afasia, convulsiones.
- Hipertensión intracraneal.

Peticiones:

- Analítica de sangre: hemograma con fórmula y coagulación.
- RMN o angiografía.

Manejo:

- Vía venosa periférica e hidratación.
- Valorar vitalidad fetal: ecografía.
- Derivar a servicio de Urgencias Generales

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE

Presentación:

- Embarazada con hiperemesis gravídica de larga evolución, desnutrición o con problemas de alcoholismo.
- Confusión, ataxia, paresia de músculos extraoculares y nistagmo.
- Si no se corrige con tiamina → síndrome de Korsakoff.

Peticiones:

Analítica sanguínea: hemograma con fórmula, glucosa, calcio, magnesio, iones, tóxicos.

Manejo:

- 100 mg de tiamina iv cada 12 horas, al menos 1 semana. (muchas veces da el diagnóstico).
- Valorar vitalidad fetal: ecografía.
- Derivar a servicio de Urgencias Generales

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Presentación:

- Una semana después de una infección viral.
- Debilidad motora arrefléxica progresiva en más de una extremidad, con escasa pérdida sensorial.

Peticiones:

- Analítica de sangre: hemograma con fórmula.
- Punción lumbar → aumento de proteínas en líquido cefalorraquídeo.

Manejo:

- Vía venosa periférica e hidratación.
- Valorar vitalidad fetal: ecografía.
- Derivar a servicio de Urgencias Generales → plasmaféresis. Ventilación mecánica si precisa.

COREA GRAVÍDICA

Presentación:

Aparece después del primer trimestre y desaparece espontáneamente.

Peticiones:

Sólo es necesaria la anamnesis y la exploración física.

Manejo:

- Valoración de vitalidad fetal: ecografía.
- Haloperidol 1-20 mg / día.
- Derivar servicio de Urgencias Generales.

LESION OCUPANTE DE ESPACIO CEREBRAL

Presentación:

- Cefalea, náuseas, visión borrosa, diplopia y acúfenos.
- Edema de papila y parálisis del nervio motor ocular externo.
- Aumento presión intracraneal.

Peticiones:

- TAC.
- Punción lumbar (si en TAC no lesión ocupante de espacio): líquido cefalorraquídeo normal con presión elevada.

Manejo:

- Analgésicos.
- Acetazolamida / Furosemida → empezar a dosis bajas.
- Prednisona si no hay respuesta.
- Valoración de vitalidad fetal: ecografía.
- Derivar a servicio de Urgencias Generales.

TRAUMATISMO CRANEAL

Presentación:

Paciente que acude tras traumatismo.

Peticiones:

- Exploración general, neurológica con escala de Glasgow y pélvica.
- Analítica sanguínea: hemograma con fórmula, coagulación, bioquímica y tóxicos.
- Sangre cruzada.
- TAC craneal.

Manejo:

- ABC (Airway, Breathing, Circulation).
- Inmovilización cervical.
- Oxígeno.
- Vía venosa periférica e infusión de cristaloides.

- Pulsioximetría.
- Comprobación de vitalidad fetal: ecografía.
- Derivar a servicio de Urgencias Generales → valoración neuroquirúrgica y traumatológica.
- Si muerte materna → cesárea urgente, lo antes posible para disminuir morbilidad fetal.

CAPÍTULO 21: URGENCIAS CARDIOLÓGICAS

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Presentación:

- Dolor precordial opresivo que puede irradiarse (espalda, cuello y miembro superior izquierdo) y que suele aparecer en reposo.
- Náuseas, vómitos, sudoración fría, palidez, angustia.

Peticiones:

- Hemograma con fórmula.
- Bioquímica con iones y determinación de enzimas cardiacas de forma seriada.
- Radiografía simple de tórax.
- ECG durante el dolor.

Manejo:

- Valoración de vitalidad fetal: ecografía.
- Oxígeno al 50% teórico.
- AAS 150-325 mg vo, después 150-325 mg / día.
- Derivar a Hospital General

MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Presentación:

- Dolor torácico, palpitations, disnea, síncope.

- Antecedentes familiares de miocardiopatía hipertrófica.
- Auscultación cardiaca: soplo sistólico.

Peticiones:

- Hemograma con fórmula.
- ECG: anormal en el 75% de casos.
- Radiografía simple de tórax: dilatación de aurícula izquierda. No cardiomegalia.
- Ecocardiograma: confirma diagnóstico.

Manejo:

- Valoración de vitalidad fetal: ecografía.
- Derivar a Hospital General.
- Parto vaginal es posible:
 - Oxitocina es bien tolerada. Evitar el uso de prostaglandinas.
 - Acortar periodo expulsivo en sintomáticas.
 - Profilaxis antibiótica para endocarditis en trabajo de parto y expulsivo.

MIOCARDIOPATÍA DILATADA PERIPARTO

Presentación:

- Un mes antes del parto o dentro de los 6 meses siguientes al mismo.
- Síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva (disnea, ingurgitación yugular, edemas, hepatomegalia), dolor precordial, palpitaciones.
- Auscultación cardiaca: tercer tono, soplos, taquicardia.

Peticiones:

- Hemograma con fórmula.
- ECG.
- Radiografía simple de tórax: cardiomegalia.
- Ecocardiograma.

Manejo:

- Valoración de vitalidad fetal: ecografía.
- Oxígeno.
- Derivar a Hospital General.

ESTENOSIS MITRAL

Presentación:

- Valvulopatía más frecuente y con mayor morbimortalidad en la gestación.
- Disnea, palpitaciones.
- Edemas, hepatomegalia, ascitis.
- Chapetas males.
- Auscultación cardiaca: soplo diastólico.

Peticiones:

- Hemograma con fórmula.
- ECG.

Manejo:

- Valoración de vitalidad fetal: ecografía.
- Derivar a Hospital General.
- Parto vaginal es posible, hacer monitorización hemodinámica en sintomáticas.

DISECCIÓN AÓRTICA

Presentación:

- Tercer trimestre de gestación.
- Dolor retroesternal irradiado a la espalda, de aparición súbita, desgarrador o en puñalada.
- Disnea, frialdad y / o dolor en extremidades, dolor abdominal difuso, oliguria, déficit motor o sensitivo, síncope.
- Pérdida de pulsos periféricos.
- Auscultación cardiaca: soplo diastólico.

Peticiones:

- Analítica de sangre: hemograma con fórmula, coagulación, bioquímica que incluya amilasa.
- Gasometría arterial.
- Pruebas cruzadas.
- ECG: suele ser normal.

- Radiografía simple de tórax: ensanchamiento mediastínico.
- Ecocardiograma transesofágico.
- TAC / RMN.

Manejo:

- Valoración de vitalidad fetal: ecografía.
- Oxígeno.
- Vía venosa periférica.
- Derivar a Hospital General.

CAPÍTULO 22: TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

La gestación es un periodo especial para la mujer durante el cual se manifiesta un gran número de emociones; entre ellas, ansiedad, depresión e inestabilidad emocional. Es una nueva situación, que genera ansiedad y niveles elevados de estrés que pueden estar fuertemente condicionados por los cambios corporales que acontecen en ese período, así como con las expectativas asociadas a la formación de un ser vivo en el propio cuerpo; esta situación puede generar conflictos en la pareja, en la familia y en el entorno social. Cuando determinadas cargas afectivas no son adecuadamente canalizadas o se presentan en un substrato susceptible puede favorecerse la aparición de trastornos psicopatológicos.

Hay ciertos cuadros orgánicos (encefalopatías, tumores intracraneales, encefalitis, complicaciones de procesos infecciosos, etc.) que debemos descartar ante una paciente con síntomas psiquiátricos. Las pruebas complementarias que debemos pedir para hacer el diagnóstico diferencial serán:

1. Analítica sanguínea urgente:
 - a. Hemograma completo.
 - b. Perfil renal: creatinina, nitrógeno ureico.
 - c. Ionograma básico (sodio, potasio, calcio).
 - d. Perfil hepático: GGT, GOT, GPT. Amonio plasmático si se sospecha encefalopatía hepática.

- e. Gasometría arterial.
 - f. Parámetros de función tiroidea (cuando los haya disponibles de urgencia)
 - g. Niveles plasmáticos de sustancias exógenas.
2. Analítica urinaria básica.
 3. Electrocardiograma.
 4. Electroencefalograma.
 5. Pruebas de neuroimagen (TAC, RMN, TAC helicoidal, según disposición en cada servicio de urgencias).
 6. Radiografía de tórax y abdomen.
 7. Punción lumbar.
 8. Si el laboratorio de urgencias lo ofrece: velocidad de sedimentación globular, valores séricos de vitaminas, prolactinemia.

De manera general, se puede decir que salvo la ansiedad, todas las patologías psiquiátricas, tanto antiguas como de nueva aparición, son subsidiarias de remitir al especialista de Psiquiatría, bien de carácter urgente u ordinario.

TRASTORNOS POR ANSIEDAD

Presentación:

Los síntomas que nos podemos encontrar son aprensión (preocupación acerca de calamidades venideras y dificultades para la concentración), tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices; cefaleas de tensión, temblores, incapacidad para relajarse) o síntomas de hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca).

Peticiones:

Se intentará realizar un buen diagnóstico diferencial contando con la batería de pruebas enunciada en la introducción.

Antes de establecer un tratamiento deberemos excluir otras causas de ansiedad que requieran una intervención específica como son:

1. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: la paciente debe mostrar síntomas de ansiedad como característica predominante, y debe existir una patología no psiquiátrica bien definida que sea responsable de los síntomas (trastornos neurológicos, patologías sistémicas, alteraciones

endocrinas, trastornos inflamatorios, estados de deficiencia, patologías tóxicas).

2. Trastorno de ansiedad debido a patología psiquiátrica: la ansiedad es un síntoma que puede estar relacionado con muchos trastornos psiquiátricos, además de los trastornos de ansiedad en sí mismos. Para lo cual es necesario un examen mental para determinar la presencia de síntomas afectivos o psicóticos que puedan sugerir otro diagnóstico psiquiátrico (depresión, manía, esquizofrenia, trastornos fóbicos, etc.).
3. Trastorno de ansiedad inducido por consumo de tóxicos: incluye diferenciarlos con trastornos de ansiedad primarios.
4. Trastornos de ansiedad no especificado: no se puede establecer la causa desencadenante de la ansiedad.
5. Trastorno de ansiedad-depresivo.

Manejo:

Para el tratamiento puntual de la ansiedad en la Urgencia se utilizan las Benzodiacepinas, especialmente las de vida media corta, el Lorazepam 0,5-1 mg. o Clonacepam 0,5-1 mg., ya que estas no se acumulan en el feto en el mismo grado que el Diazepam (aumento de riesgo de malformaciones).

Hay que recordar que con dosis altas de estos fármacos, los riesgos de toxicidad o abstinencia al nacimiento son significativos y la utilización de estos fármacos en el período del parto aumenta la incidencia de Kernícterus.

Deberemos derivar a la paciente cuando presente patrones de comorbilidad de difícil manejo, más por la patología comórbida que por el trastorno de ansiedad por sí.

TRASTORNOS AFECTIVOS

Presentación:

La depresión franca durante el embarazo se ha cuantificado en diversas series entre el 11 y el 17%. En general se trata de depresiones asociadas a los síntomas de ansiedad, que aparecen con mayor frecuencia en mujeres con neurosis preexistentes pero no exclusivamente, pues pueden ser la primera manifestación psicopatológica en una mujer sin antecedentes psiquiátricos.

La depresión es una condición médica seria. Puede poner en riesgo a la mujer y al feto. Pero existen una variedad de tratamientos entre los que se encuentra

la consejería, la psicoterapia, los grupos de apoyo, la terapia con luz y los medicamentos.

Una mujer embarazada que se acaba de enterar que está embarazada no puede consultar si los medicamentos antidepresivos que toma son dañinos para el feto o para ella misma.

Manejo:

Actualmente, existe una amplísima documentación sobre estudios con antidepresivos en el embarazo, sobre todo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y noradrenalina (ISRN). En general son bien tolerados y no se han evidenciado que existieran diferencias significativas en cuanto a los efectos secundarios (malformaciones mayores, abortos, muertes fetales, prematuridad, alteraciones del peso al nacer) entre las gestantes que los tomaban y las de control que no los tomaban. Lo que sí se han descrito son síndromes de abstinencia en el recién nacido con antidepresivos de vida media larga (Fluoxetina), por lo que su retirada debería ser gradual antes del parto sin bajar de la dosis necesaria.

Nunca se deberá suspender abruptamente la medicación en el caso de conocer la noticia del embarazo ya que no elimina el riesgo de exposición (no sabemos si se han producido ya efectos teratogénicos), sino que simplemente permuta el riesgo asociado al uso de psicofármacos por el de la patología psiquiátrica no tratada. Por ello, ante esta situación en la Urgencia deberá remitirse a su especialista de área.

Se recomienda que los antidepresivos, puesto que pasan a la leche materna, no se administren en la lactancia, o que ésta sea artificial para evitar alteraciones en la maduración o déficit conductuales en el recién nacido.

ESQUIZOFRENIA Y PSICOSIS AFECTIVAS

Presentación:

La OMS define la esquizofrenia como trastorno caracterizado por distorsión fundamentalmente de la percepción, del pensamiento y de las emociones, éstas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. La claridad de conciencia y la capacidad intelectual suelen estar conservadas, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.

Los síntomas psicóticos y la catatonia pueden estar causados también por gran cantidad de enfermedades no psiquiátricas (epilepsia, neoplasias,

enfermedad cerebrovascular, traumatismos frontales, SIDA, encefalitis herpética, lupus, pelagra, etc.), y pueden estar inducidos por diferentes sustancias (anfetaminas, alucinógenos, alcaloides de la belladona, alucinosis alcohólica, cocaína, etc.).

Peticiones:

En esta situación, una vez realizadas las pruebas complementarias básicas (mirar introducción) deberemos derivar a la paciente a medicina interna o a psiquiatría de manera urgente.

Manejo:

En caso de agitación aguda peligrosa que requiera intervención previa a la llegada del especialista, se podrá inmovilizar a la paciente (teniendo cuidado con el riesgo de hipotensión en estas circunstancias) y administrar una ampolla de Haloperidol intramuscular. En el caso de que no fuera suficiente, se podría añadir una ampolla de Diacepam.

En general, las mujeres embarazadas con tratamiento neuroléptico pueden presentar efectos extrapiramidales, por ello deben recibir suplementos de calcio, que ha demostrado reducir estos síntomas. Si aún así aparecen estos efectos secundarios la medicación más segura es el Propranolol 10 mg., que mejora la inquietud pero no siempre es efectivo para otros síntomas. En el caso de aparecer efectos extrapiramidales graves, fiebre, rigidez o hipertensión, se recomienda suspender la medicación antipsicótica y remitir al especialista.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Presentación:

La característica esencial del trastorno obsesivo compulsivo es la presencia de pensamientos obsesivos y/o actos compulsivos.

Los pensamientos obsesivos se caracterizan por ser ideas, imágenes o impulsos mentales recurrentes y persistentes, experimentados como invasores y no deseados que generan marcada ansiedad. El paciente los reconoce como producto de su mente e intenta suprimirlos, ignorarlos o neutralizarlos mediante otros pensamientos o acciones. Las obsesiones más frecuentes se desarrollan en torno a contaminación, duda patológica, impulsos agresivos, imágenes

sexuales, necesidad intensa de orden y simetría, desagrado con la fisiología, religión.

Los actos o rituales compulsivos se caracterizan por ser conductas o actos mentales que se repiten una y otra vez. El paciente se siente obligado a realizarlos en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. Su función es prevenir o reducir la ansiedad o prevenir algún evento o situación temida. No están conectados de forma realista con lo que pretenden prevenir o son claramente excesivas. Las compulsiones más frecuentes se manifiestan como conductas (lavado de manos, comprobación, orden, exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo) o como actos mentales (contar, repetir palabras, rezar).

Manejo:

En principio ni el médico de familia ni el obstetra se halla capacitado para instaurar el tratamiento farmacológico habitual, por ello ante la sospecha diagnóstica debemos derivar a la paciente al psiquiatra.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Presentación:

Las mujeres con trastornos de la alimentación presentan mayor probabilidad de padecer complicaciones obstétricas como hipertensión, partos difíciles, abortos y aumento de la mortalidad perinatal. Los niños pueden nacer prematuramente, con Apgar patológicos y con bajo peso. Tanto las mujeres con anorexia nerviosa como en las bulímicas aparece depresión postnatal muy frecuentemente.

Manejo:

Cuando identifiquemos un caso de éstos en urgencias deberemos derivar de manera inmediata al especialista.

CONSUMO DE DROGAS Y EMBARAZO

Cualquier sustancia tomada por una mujer embarazada tiene el potencial de afectar a la salud materna y al feto en desarrollo. Se ha demostrado que la mayoría de las drogas ejercen efectos deletéreos importantes durante la vida intrauterina o sobre el desarrollo postnatal.

ALCOHOL

Presentación:

Las gestantes alcohólicas sufren deficiencias vitamínicas y minerales que pueden desencadenar anemia y trombocitopenia. El consumo de alcohol suele asociarse a malnutrición pudiendo presentarse anorexia y náuseas, asociada a gastritis o pancreatitis. La deficiencia de ácido fólico se acentúa por la gestación.

Peticiones:

- Hemograma y bioquímica completa para descartar patología médica asociada.
- Tóxicos en sangre.

Manejo:

1. Descartadas alteraciones obstétricas conviene su traslado a un servicio de Urgencias Generales.
2. En casos de sobredosis: se debe aislar a la paciente y administrar un suero glucosado hipertónico y vitaminas B (B1 y B6 im o iv). Si aparece agitación psicomotriz se administrarán Benzodiazepinas 10-20 mg im o clorpromazina 10-20 mg im.
3. Si estamos ante un cuadro de Delirium Tremens: proporcionaremos hidratación con un suero glucosado con cloruro potásico o con sulfato de magnesio que generalmente suelen estar disminuidos, reposición de vitaminas: administrar 100 mg de Tiamina y 5 mg de ácido fólico im; y si el tiempo de protrombina está alargado administrar 5-10 mg de vitamina K.

Cuando nos encontramos con una paciente con síndrome de abstinencia, éste puede ser leve y tratarse de forma ambulatoria. Pero si el síndrome de abstinencia es severo precisa ingreso hospitalario suspendiendo totalmente el consumo de alcohol, aportando hidratación y administración de Diazepam 10-40 mg. En caso de Delirium Tremens el ingreso es obligado.

COCAÍNA

Presentación:

La cocaína puede producir hipertensión transitoria, dolor torácico con cambios isquémicos en el ECG e infartos de miocardio, arritmias cuando se consume a

dosis elevadas (taquicardia sinusal, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular), miocardiopatía dilatada, neumotórax, accidentes cerebrovasculares, convulsiones, hiperpirexia y deterioro de la capacidad de difusión pulmonar.

Sobre la gestación puede producir desprendimiento prematuro de placenta, abortos espontáneos, hipertensión inducida por el embarazo, trombocitopenia materna aislada, partos pretérmino, rotura prematura de membranas, muerte fetal intrauterina e hipoxia arterial e hipertensión sobre el feto.

Peticiones:

- Tóxicos en sangre.

Manejo:

Descartadas alteraciones obstétricas conviene su traslado a un servicio de Urgencias Generales, donde en casos de sobredosis hay que aislar a la paciente sin ruidos ni luz, sedar con Benzodicepinas 10-20 mg. im. o neurolépticos como Clorpromacina 25 mg. im., aportar sueroterapia para la hidratación, aumentar la diuresis y administrar oxígeno si es necesario y gluconato cálcico al 10% en inyección iv. lenta como antídoto.

CAPÍTULO 23: COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL

Presentación:

Embarazada que acude a urgencias en el segundo, o sobre todo en el 3º trimestre de gestación, por prurito intenso. Comienza en palmas y plantas y se extiende a tronco, extremidades y cara, exacerbándose por las noches sin lesiones cutáneas que lo justifiquen. Puede presentar lesiones por rascado, ictericia, disminución de peso, malabsorción de grasas e incluso déficit de vitamina K con hemorragias.

Peticiones:

- Exploración.
- ECO para valorar vitalidad fetal.

- RCTG si es a término.
- Análisis: La mayoría de los pacientes presenta elevación de los ácidos biliares, en un 20-60% de los casos aumentan las transaminasas. En un 10-20% de los casos aumenta la bilirrubina, sobre todo la forma directa. La Fosfatasa Alcalina puede estar aumentada entre 7-10 veces. Si disminuye el tiempo de protrombina se asocia a mayor incidencia de hemorragias postparto. Hemograma , coagulación, bioquímica con transaminasas, bilirrubina y si se puede ácidos biliares (aumentan la FA , la GOT, GPT, la bilirrubina; la GGT suele ser normal).

Manejo:

- Informar a la paciente.
- Tratamiento sintomático del prurito con Polaramine 1grag/8-12h.
- Colestiramina 1 sobre/12h.
- Vitamina K (1 dosis im).
- Si esta maduro: inducción dependiendo de las condiciones obstétricas.
- Si no esta maduro, madurar con corticoides (Betametasona 12mg IM, 2 dosis).

En casos severos usar ácido ursodexosicólico estando especialmente indicado en colestasis severas antes de la semana 33 o con historia de muerte fetal anteparto. Dosis entre 10-16 mg/kg/día y se de suplementar con Vitamina K para prevenir hemorragias principalmente en el neonato.

La colestiramina y s-adenosil-L-metionina no son tan eficaces pues mejoran la clínica pero no la analítica.

En aquellas mujeres en que no respondan al tratamiento con ácido ursodexosicólico podría estar indicado una pauta de dexametasona 12 mg/24 horas im durante 7 días y pauta descendente.

Finalizar gestación entorno a la 37-38 semana o con anterioridad cuando la presencia de un feto maduro y la clínica no pueda controlarse con la medicación habitual.

SECCIÓN IV

Parto en Urgencias

Aguaron A
Bajo-Arenas JM
Duch S
Monfort A



CAPÍTULO 24: EVALUACIÓN Y MANEJO DEL PRODROMOS Y PARTO

Presentación:

Paciente que acude a urgencias por sensación de dinámica con o sin bolsa rota. Se define el comienzo del parto cuando se dan las siguientes características:

- Contracciones regulares. 2-3 contracciones de intensidad moderada o fuerte cada 10 minutos.
- Dilatación 2 ó 3 cm.
- Cérvix semiborrado.
- Cérvix centrado.

Peticiones:

1. Exploración:

- Altura uterina.
- Bishop.
- Situación.
- Confirmación de presentación: por exploración o por ECO.
- Estado de bolsa:
 - Íntegra. Realizar amnioscopia una vez instaurado el trabajo de parto si es posible. Si la paciente no está de parto, la amnioscopia sería útil en las últimas fases del embarazo complicado por HTA, gestación prolongada, crecimiento intrauterino restringido o RCTG dudoso.
 - Rota. ¿Desde qué hora? ¿Líquido claro o teñido?.
- Confirmar latido fetal siempre antes del ingreso.

2. Monitorización fetal:

- Tras la exploración y confirmación de situación de parto.
- Previo a la exploración si la paciente no puede ser explorada de inmediato.

3. Constantes maternas.

4. Analítica si ingreso:

- De rutina: Hemograma.
Coagulación.
Grupo y Rh.
- Gestación sin controlar: serologías.
- Preeclampsia: añadir bioquímica y orina.

Manejo:

En caso de comienzo del parto, ingreso en paritorio.

Pautar antibiótico si:

- Bolsa rota de más de 12 horas o desconocida.
- Exudado positivo para Streptococo grupo B.
- Exudado desconocido y menor de 37 semanas.

En caso de cesárea preguntar hora de última ingesta.

SITUACIONES ESPECIALES:

- Primípara podálica: CESÁREA.
- Secundípara podálica: Informar a la guardia y a la paciente. Actuar según decisión adoptada.
- Situación transversa: CESÁREA.
- Cesárea anterior: PARTO VAGINAL
- Cesárea iterativa: CESÁREA
- Amnioscopia positiva: INDUCCIÓN / CONDUCCIÓN DE PARTO
- Bolsa rota que no está de parto: Ingreso y actuación según protocolo de RPM
- Gestación GEMELAR:
 - Confirmar presentación de ambos fetos y el latido cardiaco de los dos.
 - Hacer monitorización fetal de ambos, simultánea si es posible.
 - Si ambos gemelos en cefálica, PFE > 1500 g. y edad gestacional > 32 - 34 semanas: PARTO VAGINAL.
 - Si ambos gemelos en cefálica: PARTO VAGINAL (salvo contraindicaciones).
 - Si primer gemelo en cefálica y segundo en otra posición, peso fetal estimado (PFE) menor de 1500 g. o edad gestacional < 32 semanas:

Informar al equipo de guardia y actuar según decisión adoptada.

- Si primer gemelo en cefálica y segundo en otra posición < 32 semanas o PFE < 1500g.: CESÁREA. Si EG mayor o igual 32 semanas o PFE > o igual 1500g.: VAGINAL.
- Si primer gemelo en presentación distinta a cefálica: CESÁREA.
- Si gestación monocorial monoamniótica: CESÁREA.

SECCIÓN V

Urgencias Puerperales

Bajo-Arenas JM

Herrero S

Lagarejos S

Mena Y

Román O

Sáez E

Sanz E



CAPÍTULO 25: ALTERACIONES MAMARIAS

INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA

Presentación:

- Muerte fetal o mal estado del recién nacido (ingreso en neonatología).
- Patología materna: tuberculosis, madre portadora de VIH u otras enfermedades maternas contagiosas y mal estado general materno, Miastenia Gravis.
- Medicación materna con antitiroideos u otra medicación peligrosa para el recién nacido.
- Adicciones maternas: alcoholismo, drogas o hábito tabáquico importante.
- Deseo de la madre de no dar de lactar al neonato.

Manejo:

1. Tratamiento local.

- Sujetador adecuado o vendaje compresivo mamario.
- Hielo local.

2. Tratamiento sistémico:

- Cabergolina.
 - Lactancia no establecida: 1 mg. en dosis única.
 - Lactancia establecida: 0,25 mg. cada 12 horas durante 2 días.
- Diuréticos (ocasionalmente).
- Analgésicos.

INGURGITACIÓN MAMARIA

Presentación:

Este cuadro se presenta en el segundo o tercer día del puerperio. Suele ser bilateral y las mamas están tensas, calientes y dolorosas. Habitualmente, el proceso se resuelve en pocos días.

Manejo:

En la paciente lactante:

- Asegurar la sujeción correcta de las mamas mediante un sostén adecuado.

- Compresas de calor húmedo local.
- Administración de 10 UI de oxitocina por nebulización o intramuscular.
- Analgésicos.
- Evitar el vaciado mecánico de la mama para minimizar el posible efecto rebote.

En la paciente con lactancia inhibida:

- Seguir con la inhibición farmacológica.
- Vendaje de las mamas.
- Hielo local.
- Analgésicos.

MASTITIS

Presentación:

- Con frecuencia es unilateral, aunque puede ser bilateral.
- Se suele presentar en la primera semana postparto aunque también hay un pico en la 3-4ª semanas.
- Clínica: fiebre y dolor mamario.
- Exploración física: eritema, dolor a la palpación, induración y fluctuación si se ha desarrollado un absceso, y linfangitis mamaria con infarto o no de ganglios regionales.
- Etiología: flora bacteriana nasal- oral del recién nacido, o flora cutánea materna.

Manejo:

1. Medicación sintomática: antitérmicos, analgésicos, antiinflamatorios.
2. Frío local.
3. Antibioterapia.
 - En caso de inflamación sin absceso:
 - Cloxacilina 500 mg vo cada 6-8 horas durante 7-10 días.
 - Cefazolina 1gr iv o im /8h 10 días.
 - Eritromicina 250-500 mg cada 6 horas, o bien 0,5-1g cada 12 horas, en ayunas, en caso de alergia a betalactámicos.
 - En caso de absceso: drenaje quirúrgico. En este caso se interrumpirá la lactancia de esa mama y si es bilateral debe inhibirse farmacológicamente.

- En caso de mastitis crónica: Eritromicina 500mg/24h vo durante toda la lactancia.
- 4. Si la fiebre no cede al segundo día de tratamiento, añadir prednisolona 5mg/8h vo.
- 5. Suspensión de la lactancia en los procesos bilaterales.
- 6. Haremos diagnóstico diferencial con:
 - Ingurgitación mamaria.
 - Conducto obstruido.
 - Carcinoma inflamatorio.

INFECCIÓN MICÓTICA - CANDIDIASIS DEL PEZÓN

Presentación:

- Dolor pulsátil a lo largo de los conductos (“como si se clavaran alfileres ardiendo”).
- Prurito a nivel del pezón.
- Enrojecimiento de los pezones sobre todo a nivel de la punta.
- Es frecuente que el lactante padezca candidiasis orofaríngea (muguet).

Manejo:

- Nistatina:
 - Lactante: solución oral 2,5-4 ml / 8h.
 - Madre, en al menos 5 tomas diarias:
 - Lavado con solución de bicarbonato y agua.
 - Secado de los pezones.
 - Nistatina en pomada a nivel del pezón.

GRIETAS EN LOS PEZONES

Presentación:

Aparición de grietas en pezones acompañadas de dolor con la succión con o sin sangrado.

Manejo:

- Mejorar la técnica de poner y retirar al niño del pecho.
- Lavados antes y después de cada toma evitando la humedad remanente.

- Protección de la zona con gasa estéril.
- Pomadas de analgésicos locales y cicatrizantes.
- Prevención:
 - Tomas frecuentes.
 - Buena posición al dar el pecho.
 - Ducha diaria, no es necesario lavados antes y después de cada toma.
 - Aplicar una gota de leche en el pezón y la areola tras las tomas.

CAPÍTULO 26: INFECCIÓN PUERPERAL

Presentación:

Los picos febriles en los 2 primeros días tras el parto suelen ser autolimitados y debidos a la subida de la leche. ¿Qué hacer ante una paciente puérpera con temperatura ≥ 38 °C durante 2 días entre los días 2º al 10º tras el parto? Descartar:

1. Endometritis puerperal: suele manifestarse entre 3º y 5º día. Mal estado general, útero subinvolucionado, con dolor a la palpación en fondo uterino y a la movilización, loquios achocolatados, purulentos y/o malolientes, taquicardia materna.
2. Infección episiotomía: dolor local, eritema, induración, supuración, posible dehiscencia parcial.
3. Infección urinaria: polaquiuria, disuria y/o tenesmo vesical, dolor zona lumbar con puñopercusión positiva.
4. Mastitis: eritema, induración, dolor a la palpación.
5. Infección herida quirúrgica (5% de las cesáreas): eritema cutáneo, aumento de sensibilidad, secreción purulenta maloliente.
6. Tromboflebitis pélvica:
 - Flegmasia alba dolens: 8º-15º día postparto. Febrícula, mal estado general, taquicardia, dolor, edema e impotencia de la extremidad afectada. En pocos días fiebre, dolor más intenso (en pie, gemelos, hueco poplíteo y cara interna muslo). Coloración blancuzca del miembro. La evolución es lenta, su mayor peligro es la embolia pulmonar.

- Trombosis vena ovárica: fuerte dolor anexial, febrícula. Puede confundirse con una anexitis puerperal. A veces produce embolismos muy graves.

Peticiones:

- Hemograma + fórmula: leucocitosis + desviación izquierda.
- Bioquímica: aclaramiento de creatinina.
- Hemocultivos (en pico febril): serán negativos salvo que exista extensión linfática.
- Analítica orina y urocultivo.
- Cultivos vaginales y/o de la herida quirúrgica.
- Ecografía ginecológica: seguimiento de la subinvolución uterina, diagnóstico de abscesos pélvicos y posibles restos puerperales.
- Tomografía axial computerizada (si sospecha absceso o tromboflebitis pélvica).

Manejo:

1. Endometritis puerperal:

- Reposo.
- Correcto balance hidroelectrolítico, control diuresis, corrección estados anémicos (hierro o transfusión) y/o hipoproteinéicos (suplementos proteicos).
- Oxitocina iv: para favorecer la involución uterina.
- AINEs.
- Legrado uterino si existe evidencia de restos.
- Comenzar tratamiento antibioterápico empírico hasta resultado cultivos: Clindamicina 900mg/8h + Gentamicina 240mg/24h iv. Se puede asociar desde el principio (en caso de infección propagada o sospecha de anaerobios) o si no existe respuesta al tratamiento anterior: Metronidazol 500mg/8h iv.
Mantener tratamiento iv hasta 48 h sin fiebre y después continuar con tratamiento antibiótico vo al menos 1 semana (Ampicilina 500 mg/6h ó Cefalexina 500 mg/6h).
Si persiste la fiebre a pesar del tratamiento antibiótico, se debe sospechar absceso pélvico, tromboflebitis pélvica o fiebre farmacológica.
- Ante la aparición de shock séptico, se valorará la práctica de histerec-tomía con el fin de extraer el foco séptico.

Si bajo tratamiento antibiótico endovenoso, la fiebre no desaparece en el curso de 48-72 horas, deben descartarse otras causas:

- Resistencia de algunos microorganismos (enterococo).
- Infección de la pared.
- Metritis importante.
- Formación de hematoma o absceso pélvico.
- Tromboflebitis pélvica séptica.
- Fuentes extragenitales de infección.
- Mastitis. Infección urinaria. Neumonía. Enfermedad del tejido conectivo. Fiebre medicamentosa.

2. Infección episiotomía:

- Limpieza herida, evacuación y drenaje de posibles secreciones purulentas.
- AINEs vo.
- Blastestimulina spray 1 aplicación/12h.
- Si a los 12-15 días no se ha producido su curación por segunda intención, debe considerarse su resutura.

3. Infección urinaria puerperal:

- Acidificación de la orina (vitamina C 1-2 g/día).
- Hidratación abundante.
- Antibioterapia: Amoxicilina-clavulánico 500mg/8h vo. 5-7 días, Cefalexina 500mg/6h vo. 5-7d, Nitrofurantoína 100 mg/8h vo. 3-7 días ó Gentamicina 240 mg/24h iv. + Ampicilina 1gr/8h vo.

4. Mastitis puerperal: (ver Capítulo 25)

5. Infección herida quirúrgica:

- Drenaje, irrigación y desbridamiento con extirpación de todo el tejido necrótico.
- Limpieza herida 2 veces al día con agua oxigenada, solución salina normal o de clorhexidina a presión.
- Cierre herida por segunda intención.
- Antibioterapia: Cefotaxima 1-2 gr/d im. 6-10 días, Cefuroxima 750 mg/8h im. 6-10 días, Cefoxitina 2 gr/6h im.

6. Tromboflebitis pélvica:

- En casos de tromboflebitis superficiales: reposo, elevación de los miembros, vendaje elástico, AINES vo., pomadas heparinoides.
- En casos de tromboflebitis profundas (flebotrombosis): heparina de bajo peso molecular subcutánea 2500 UI/24h 7-10 días y después pasar a anticoagulantes orales durante al menos 3 meses. Interconsulta a hematología.
- Antibioterapia (ver endometritis).

CAPÍTULO 27: METRORRAGIA PUERPERAL

Presentación:

Pérdida de una cantidad de sangre > 500ml en las primeras 24h tras el parto vaginal o >1000 ml tras cesárea. Prestar atención a causas (regla 4T: Trauma, desgarros o inversión uterina; Tejidos, restos de tejido placentario; Trombopatías, alteraciones coagulación; Tono, atonía uterina).

Peticiones:

Hemograma, coagulación.

Si el sangrado es profuso conviene pedir pruebas cruzadas para concentrados de hematíes al ingreso.

Manejo:

Medidas generales:

- Ingreso.
- Vía periférica: sueroterapia iv. rápida (Ringer lactato-suero fisiológico), expansores del espacio intravascular y/o transfusión para corrección de hipovolemia.
- Sondaje vesical (favorece la correcta contracción del útero).

ATONIA UTERINA

- Masaje bimanual uterino.

- Agentes uterotónicos:
 - Oxitocina: 10 UI im o iv + 20 UI iv en cada suero de 500cc de la suero-terapia de mantenimiento.
 - Metilergometrina: 1 ampolla (0,2 mg)/2-4h hasta un máximo de 5 dosis por vía im (preferible, incluso intramiometrial) o iv. Continuar vo. con 20 gotas/8h durante 5 días. Contraindicada si hipertensión arterial.
 - PGF2alfa: 250 µgrs. im cada 15-90min. Máximo 8 dosis. Posible intramiometrial si no responde. Precaución si asma bronquial, hipertensión o diabetes mellitus
 - PGE1: 200 µgrs. vo + 400 µgrs. rectales o sublinguales, u 800 µgrs. vía rectal.
 - PGE2 (Dinoprostona): 0.5-1.5mg/h (1-3 comprimidos/h) por vía oral o rectal. Máximo 4-5mg/día.

- Comprobar la ausencia de restos ovulares en cavidad uterina (manual o eco-grafia). Si preciso realizar legrado puerperal.
- Taponamiento intrauterino (si funciona mantener durante 12-24h con profilaxis antibiótica).
- Embolización de vasos pélvicos.
- Ligadura de arterias uterinas, ligadura progresiva de pedículos vasculares o ligadura de hipogástricas (intento de preservar el útero).
- Ligadura de hipogástricas a 2 cm distalmente al origen de su rama posterior para mantener irrigación glútea).
- Plicaturas: B-Lynch, B-Lynch modificado o Capitonaje. Producen la compresión uterina a través de suturas reabsorbibles.
- Histerectomía puerperal (generalmente subtotal, si hemorragia incoercible). De elección histerectomía total valorando anejos.
- Factor VII recombinante iv.

INVERSIÓN UTERINA

- Reposición uterina:
 - Se realiza con la placenta inserta (si impide recolocación del útero: extracción de la placenta).

- Si cérvix contraído sobre cuerpo uterino: relajantes uterinos (anestésicos halogenados, nitroglicerina, betamiméticos como ritodrine o terbutalina, sulfato de magnesio).
- Si fondo uterino recolocado: uterotónicos.
- Si fondo uterino no se puede recolocar: laparotomía (tracción de ligamentos redondos y/o incisión vertical en segmento posteroinferior uterino).

DEHISCENCIA/ROTURA UTERINA

Revisión intracavitaria (importante si cirugía uterina previa; se palpa un agujero de diferentes dimensiones por el que se puede introducir uno o más dedos). Se debe realizar laparotomía: reparación (si posible) o histerectomía. Dehiscencia pequeña: tratamiento conservador, si es extensa o se produce rotura uterina se realizaría laparotomía: histerorrafia o histerectomía total.

HEMATOMA CANAL BLANDO

1. Incisión y drenaje de coágulos.
2. Cierre del espacio muerto tras sutura del vaso sangrante.
3. Taponamiento 12-24 h.

HEMATOMA RETROPERITONEAL

Apertura de retroperitoneo, localización y ligadura de vaso sangrante o arteria hipogástricas.

COAGULOPATÍAS

Transfundir concentrados de hematíes, plasma fresco congelado o crioprecipitados (si déficit de factores de coagulación) y plaquetas (si número <30.000/mL).

CAPÍTULO 28: TRASTORNOS MENTALES EN EL PUERPERIO

El puerperio es un período en el cual se producen las transformaciones anatómicas, metabólicas y hormonales que restablecen las modificaciones gravídicas. La duración de este período es de 40 días aunque la repercusión psicológica y la adaptación a esta nueva etapa presenta variaciones interindividuales más marcadas. Además es un periodo de establecimiento y consolidación del vínculo emocional precoz madre-hijo en el que las transformaciones antes mencionadas junto con las psicológicas y sociales se comportan como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos.

Los trastornos psiquiátricos que tienen lugar después del parto ocurren durante los primeros 6 meses. Debido a su importancia, estas alteraciones pueden suponer un alto riesgo de influir negativamente en su vida familiar y en la del recién nacido, por lo que es importante que si identificamos algún síntoma en la urgencia derivemos a la paciente al especialista. Se han descrito tres tipos distintos de reacciones depresivas en el postparto: el "blues" del puerperio (también llamado melancolía del puerperio), la psicosis puerperal y la depresión puerperal.

Cuando en la Urgencia nos encontramos una paciente que presenta síntomas psiquiátricos no diagnosticados previamente se deben descartar causas de tipo endocrinológico o infeccioso que tengan manifestaciones similares y derivar al especialista de urgencia.

En la siguiente tabla se describen las características fundamentales, presentación y manejo de estas tres entidades clínicas.

	"BLUES" DEL POSTPARTO	DEPRESIÓN DEL POSTPARTO	PSICOSIS DEL POSTPARTO
Frecuencia	50-70% de los nacimientos	10-15% de los nacimientos	2/1000 nacimientos

(continúa página siguiente)

	“BLUES” DEL POSTPARTO	DEPRESIÓN DEL POSTPARTO	PSICOSIS DEL POSTPARTO
Presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Humor depresivo. - Fatiga. - Insomnio. - Ansiedad. - Dificultad para concentrarse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de incapacidad de cuidar al recién nacido y de afrontar la situación. - Sentimiento de culpa. - Trastorno del sueño. - Cambios de humor. - Dependencia. - Tristeza. - Ausencia de síntomas psicóticos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del sueño. - Depresión. - Irritabilidad. - Fatiga. - Cambios de humor. - Presencia de síntomas psicóticos positivos (delirios, alucinaciones, etc.).
Circunstancias de aparición y duración de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - El “pico” de depresión se sitúa entre el 3º y 6º día. - La necesidad de hospitalización es excepcional. - Raramente dura más de una semana. - Si dura más de un mes debe valorarse el riesgo de cronificación. 	<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría de los casos se manifiestan en los 2 primeros meses tras el parto. - Puede requerir hospitalización. - Duración variable. - Mejor pronóstico que en las depresiones fuera de este periodo. 	<ul style="list-style-type: none"> - La mitad de los casos aparecen en la primera semana y tres cuantas partes en el primer mes tras el parto. - Puede requerir hospitalización. - Duración variable. - Puede ser el inicio de una depresión psicótica, manía, esquizofrenia o síndrome cerebral orgánico.
Manejo	Apoyo familiar, de las maternidades y de los ginecólogos.	Requiere tratamiento por el profesional de salud mental.	Requiere tratamiento por el profesional de salud mental.

SECCIÓN VI

Farmacología en Obstetricia

DelaFuente-Valero J

Martín-Arias A

Zapardiel I



CAPITULO 29: FÁRMACOS DURANTE LA GESTACIÓN

CLASIFICACIÓN FOODS AND DRUGS ADMINISTRATION (FDA)

CLASIFICACIÓN FDA

A	Estudios en embarazadas no han podido demostrar riesgos para el feto.
B	Estudios en animales no han demostrado riesgo para el feto, aunque no hay estudios controlados en embarazadas.
C	Estudios en animales evidencian efectos adversos fetales, no existiendo estudios en la especie humana.
D	Existen pruebas de riesgo teratogénico.
X	Totalmente contraindicados.

Los fármacos incluidos en los grupos A y B pueden ser administrados durante la gestación; mientras que los pertenecientes a los grupos C y D podrán ser usados siempre que los beneficios justifiquen el riesgo para el feto.

DESGLOSE POR CATEGORÍAS TERAPÉUTICAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

DIURÉTICOS

Amiloride	B	Furosemida	C
Clortalidona	B	Bumetanida	C
Indapamida	B	Tiazidas	D
Metolazona	B	Espironolactona	D
Triamtereno	B	Triclorometiazida	D

INOTRÓPICOS

Digoxina	C	Atropina	C
Digitoxina	C	Adrenalina	C

DOPAMINÉRGICOS

Todos	D
-------	---

(continúa página siguiente)

SECCIÓN VI

VASODILADORES

Hidralazina	C
Nitratos	C

ANTIARRITMICOS

Adenosina	B	Procainamida	C
Lincaína	B	Flecainida	C
Quinidina	B	Propafenona	C
Disopiramida	C	Amiodarona	D

ANTICOAGULANTES

Heparina bajo peso molecular	B
Acenocumarol	X
Warfarina	X

BETABLOQUEANTES

Atenolol	D
Resto	C

ANTIAGREGANTES

Clopidogrel	B	AAS	C/D
Dipiridamol	B	Ticlopidina	C/D

CALCIOANTAGONISTAS

Todos	C
-------	---

HTA

Labetalol	B/C	Nitroprusiato	C
Metil - dopa	B/C	Reserpina	C
Hidralazina	C	Terazosina	C
Diazóxido	C	IECAs	D/X
Clonidina	C		

ANALGÉSICOS, ANTIPIRÉTICOS, ANTIINFLAMATORIOS

Paracetamol	B	Metadona	C
Diclofenaco	B/D	Pentazocina	C
(en el tercer trimestre)			

(continúa página siguiente)

Piroxicam	B/D (en el tercer trimestre)	AAS	C/D (a altas dosis, y en el tercer trimestre)
Ibuprofeno	B/D (si uso más de 48 horas)	Metamizol	C/D (si uso más de 48 horas)
Naproxeno	B/D (si uso más de 48 horas)	Tramadol	C/D (si uso más de 48 horas)
Diflunisal	C	Nabumetona	C/D (si uso más de 48 horas)
Buprenorfina	C	Indometacina	C/D (si uso más de 48 horas)
Morfina	C	Ketorolaco	C/D (si uso más de 48 horas)
Fenilbutazona	C	Pirazolona	C/D

APARATO RESPIRATORIO

ANTIISTAMÍNICOS

Dexclorfeniramina	B	Cetirizina	C
Difenhidramina	B	Terfenadina	C
Ciproheptadina	B	Astemizol	C
Loratadina	B	Hidroxicina	C
Cimetidina	B	Bromfeniramina	C

DESCONGESTIONANTES

Pseudoefedrina	B
Fenilefrina	C
Efedrina	C

ANTITUSÍGENOS

Codeína dextrometorfano	C/D
-------------------------	-----

EXPECTORANTES

Yoduro	D
--------	---

ANTIASMÁTICOS

Cromoglicato sódico	B
---------------------	---

(continúa página siguiente)

SECCIÓN VI

Betaminéticos inhalados	B
Nedocromil	B

BRONCODILADORES

Bromuro de ipratropio	B
Teofilina	C
Salbutamol	C
Adrenalina	C

SISTEMA NERVIOSO

ANTICONVULSIVANTES

Carbamacepina	C	Fenobarbital	D
Clonacepam	C	Diacepam	D
Etosuximida	C	Primidona	D
Ácido valproico	D	Fenihidantoína	D
Fenitoina	D		

ANSIOLÍTICOS

Loracepam	C	Alprazolam	D
Meprobamato	D	Cloracepato	D
Clordiacepóxido	D		

ANTIPSICÓTICOS

Clorpromacina	C
Haloperidol	C

ANTIDEPRESIVOS

Tricíclicos: fluoxetina	B
ISRS	C
IMAO	D

ANTIMANIACOS

Litio	D (fuera del primer trimestre útil para tratar los brotes)
-------	--

APARATO DIGESTIVO

ANTIEMÉTICOS			
Metoclopramida	B	Prometazina	B
Doxilamina	B	Ondasetrón	C
Dimenhidrato	B	Fenotiácidas	C
ANTIÁCIDOS			
Ranitidina	B	Cimetidina	B
Famotidina	B	Omeprazol	C
ANTIINFLAMATORIO INTESTINAL			
Sulfasalazina y Mesolazina		B/D	
PROTECTORES			
Almagato	B	Hidróxido Al o Mg	B/C
Sucrafato	B	Misoprostol	X
ANTIDIARRÉICOS			
Loperamida	B		
Difenoxilato	C		

SISTEMA ENDOCRINO

Levotiroxina	A
Corticoides (excepto Dexametasona), Insulina, Glucagón, Acarbosa, Desmopresina	B
Dexametasona, Calcitonina	C
Beclometasona (esteroide inhalado de elección en el embarazo)	C
Bromocriptina	C
Antidiabéticos orales y Antitiroideos	D
Yodo	X
Danazol y otros andrógenos y estrógenos	X

SECCIÓN VI

ANTIBIÓTICOS

Penicilina y derivados	A/B
Cefalosporinas	B
Clindamicina y Espectinomicina	B
Polimixina B	B
Aztreonam	B
Ácido nalidíxico	B
Nitrofurantoína	B
Isoniacida, Rifampicina, Etambutol	B
Eritromicina, Azitromicina, Lincomicina, Claritromicina, Roxitromicina	B/C
Sulfamidas	B/D (D: Inmediatamente antes del parto)
Metronidazol	B/D (D: primer trimestre)
Ciprofloxacino, Ofloxacino, Levofloxacino, Norfloxacino	C
Vancomicina y Teicoplanina	C
Cotrimoxazol (TMP-SMX)	C
Imipenem	C
Novobiocina	C
Amikacina, Gentamicina, Neomicina, Estreptomicina, Kanamicina, Tobramicina	C/D
Cloranfenicol	C/X (X: tercer trimestre)
Tetraciclinas, Estreptomicina	
Estolato de Eritromicina	D

ANTIMICÓTICOS

Anfotericina B, Nistatina, Clotrimazol	B
Fluconazol, Miconazol, Itraconazol, Griseofulvina, Flucitosina	C

ANTIVÍRICOS

Famciclovir, Valaciclovir, Ritonavir, Saquinavir, Nelfinavir, Didanosina	B
---	---

(continúa página siguiente)

Aciclovir	B/C
Vidarabina, Cidofovir, Efavirenz, Abacavir, Zidovudina, Zalcitabina, Indanavir, Lamivudina, Neviparina, Estavudina, Foscarnet, Ganciclovir, Amantadina, Interferón alfa	C
Rivavirina, Delaravina	D

ANTIPARASITARIOS

Pamoato de Pirantel, Proguanil	A
Prazicuantel, Cloroquina, Quinidina, Crotamitón, Lindano	B
Mefloquina, Primaquina, Albendazol, Mebendazol, Tiabendazol, Dietilcarbamazina, Pentamidina, Dapsona, Pirimetamina	C
Quinina	D

INMUNOSUPRESORES

Ciclosporina	C
Azatioprina	D

UTEROINHIBIDORES

Ritodrine	B
Indometacina	B
Orciprenalina	C
Isoxuprine	C
Nifedipina	C
Etanol	D

CAPÍTULO 30: FÁRMACOS DURANTE LA LACTANCIA

Los siguientes fármacos se pueden usar durante la lactancia:

- Analgésicos: Codeína, Dextropropoxifeno, Fentanilo, Morfina, Paracetamol, Petidina.
- Antihistamínicos: Bromfeniramina, Dexbromfeniramina, Loratadina, Triprolidina.
- Antiinfecciosos.
 - a) Antifúngicos: Clotrimazol, Nistatina.
 - b) Antimaláricos: Cloroquina, Hidroxicloroquina, Pirimetamina, Quinina.
 - c) Antituberculosos: Cicloserina, Etambutol, Rifampicina.
 - d) Antivíricos: Aciclovir.
 - e) Cefalosporinas: Cefadroxilo, Cefalexina, Cefazolina, Cefminox, Cefotaxima, Cefoxitina, Cefprozilo, Ceftazidima, Ceftriaxona.
 - f) Macrólidos: Eritromicina.
 - g) Penicilinas: Amoxicilina, Penicilina G (acuosa, benzatina y procaína), Penicilina V.
 - h) Otros: Clindamicina.
- Aparato cardiovascular: Acetazolamida, Bendroflumetiácida, Captopril, Digoxina, Diltiazem, Enalapril, Flecaínida, Hidralacina, Hidroclorotiazida, Labetalol, Lidocaína, Metildopa, Metoprolol, Nifedipino, Propanolol, Quinidina, Timolol.
- Aparato digestivo: Algedrato, Almagato, Almasilato, Magaldrato, Sucralfato, Sulfato de Magnesio.
- Aparato locomotor: Ácido Mefenámico, Alopurinol, Colchicina, Fenilbutazona, Ibuprofeno, Naproxeno, Tolmetina.
- Aparato respiratorio: Codeína, Seudoefedrina.
- Hormonas: Insulina, Levotiroxina, Prednisolona, Prednisona.
- Sangre y coagulación: Dalteparina, Dipiridamol, Enoxaparina, Epoetina alfa, Heparina, Nadroparina, Warfarina.
- Sistema nervioso central: Ácido Valproico, Carbamacepina, Etosuximida, Fenitoína.

SECCIÓN VII

Urgencias del Tracto Genital Inferior

De la Fuente V
De la Fuente-Valero J
García-Marqués E
Orensanz I
Sáez E
Salazar FJ
Varela B



CAPÍTULO 31: INFECCIONES GENITALES

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

HERPES GENITAL

Presentación:

- a) Primoinfección: la lesión aparece a los 3-7 días tras contacto. Suele ir precedida o acompañada de un cuadro viral. Las lesiones son multicéntricas y corresponden a vesículas sobre base eritematosa que posteriormente se ulceran. El principal síntoma es el dolor, que puede acompañarse de quemazón, disuria y adenopatías inguinales. Las lesiones suelen durar 2-6 semanas, un 90 % se acompañan de cervicitis y curan sin dejar cicatriz.
- b) Recurrencias: un 75 % de las recidivas son clínicas. Son impredecibles y no se requiere contacto sexual previo. Pueden ir acompañadas de manifestaciones prodrómicas y la clínica es la misma que la de la primoinfección pero más moderada. La curación se produce en 8 días y no deja secuelas.

Peticiones:

Diagnóstico en urgencias es clínico.

Manejo:

Requiere tratamiento con:

- ACICLOVIR:

- Tópico.
- Oral, 200 mg. 5 dosis/día ó 400 mg/8 h 5-10 días.
- iv: 5 mg/kg/8 h durante 5 días.

- VALACICLOVIR:

- Primoinfección: 1 g/12 h durante 10 días vo.
- Recurrencias 500 mg / 12 h durante 5 días vo.

- FAMCICLOVIR:

- Primoinfección: 250 mg/8h durante 5-10 días vo.
- Recurrencias: 125 mg/12 h durante 5 días vo.

Tras indicar el tratamiento remitir a la paciente a dermatología para seguimiento.

SÍFILIS

Presentación:

1. Primoinfección:

Incubación 3 semanas.

Chancro duro: úlcera única, superficial, dura, no dolorosa, de 1-2 cm, asalmonada, fondo gris y regular, bien delimitada, en cualquier zona de mucosa genital.

Adenopatías bilaterales, duras, no supurativas, no dolorosas.

2. Fase asintomática: 6-8s.

3. Sífilis secundaria:

Sífilides (áreas seborreicas), clavis sífilítico (palmas y plantas), roseola, condilomas planos (mucosas): pápulas muy ricas en espiroquetas, muy infectivas, en mucosa genital. Extensión a periné y cara interna de muslo.

4. Latencia: 1-30 años.

5. Sífilis terciaria: gomas en piel, afectación cardíaca y cerebral.

6. Sífilis cuaternaria: tabes dorsal y parálisis general progresiva.

Peticiones:

La sospecha en urgencias es clínica.

Manejo:

El fármaco de elección para el tratamiento es Penicilina. La sospecha de esta enfermedad hace necesario su derivación a dermatología para valorar las lesiones y establecer el tratamiento adecuado.

CHANCROIDE

Presentación:

Incubación 1-3 días.

La lesión característica o chancro blando consiste en una pápula que evoluciona a pústula y posteriormente sufre erosión y ulceración. La lesión es dolorosa, sucia, con inflamación perilesional, fondo sucio y exudado mucopurulento. Pueden presentarse múltiples lesiones por autoinoculación. También presenta una adenopatía inguinal unilateral dolorosa y fistulizada.

Peticiones:

Diagnóstico en urgencias es clínico.

Manejo:

Ceftriaxona 250 mg im monodosis.

Remitir a la paciente a dermatología para seguimiento.

MOLLUSCUM CONTAGIOSO

Presentación:

Incubación 2-4 semanas. No siempre se produce por contacto sexual.

Las lesiones son pápulas pequeñas, de color perlado, con umbilicación central, sobre una base eritematosa, en labios, periné y muslos. Por autoinoculación se producen nuevas lesiones. Pueden ser asintomáticas o producir intenso prurito.

Peticiones:

Diagnóstico en urgencias es clínico.

Manejo:

La enfermedad puede experimentar regresión espontánea o persistir durante años. El tratamiento es quirúrgico. Remitir a la paciente a dermatología para tratamiento.

GONORREA

Presentación:

Infección aguda casi exclusiva en infancia y postmenopausia. Los genitales externos están tumefactos y enrojecidos; entre los labios genitales aparece secreción de aspecto purulento.

En mujer adulta el único síntoma suele ser la leucorrea. El 80 % de casos son asintomáticos.

Peticiones:

La sospecha en urgencias es clínica.

Manejo:

Se remitirá de manera preferente a la paciente a consulta de ginecología para realización de diagnóstico definitivo.

OTRAS INFECCIONES

CANDIDIASIS

Presentación:

Leucorrea blanca-verdosa, espesa, adherente, grumosa, raramente maloliente, acompañada de prurito y eritema vaginovulvar. A veces también produce dispareunia o escozor al principio y al final de la micción. Son frecuentes durante la infancia, el embarazo y etapa posmenopáusica, y tras la finalización de un tratamiento con antibiótico.

Peticiones:

Diagnóstico en urgencias es clínico, aunque se puede comprobar el Ph vaginal ácido (< 4.5).

Manejo:

Vaginal: MICONAZOL óvulos: 100 mg/día/7-10 días.

CLOTRIMAZOL óvulos: 500 mg. dosis única, o 100 mg/día/6 días.

KETOCONAZOL óvulos: 400 mg/día/3-5 días.

FENTICONAZOL óvulos: 600 mg dosis única, o 200 mg/día/3 días.

Oral: ITRACONAZOL 200 mg/24 h durante 3 días o 200 mg/12 h 1 día.

FLUCONAZOL dosis única de 150 mg.

El tratamiento con óvulos se puede acompañar de tratamiento con pomadas de aplicación vulvar.

Si no cede, la paciente acudirá a ginecólogo de área para realizar exudados.

TRICOMONIASIS

Presentación:

Puede ser asintomática hasta en un 50 % de los casos. Los síntomas más frecuentes son la leucorrea abundante espumosa, verde-amarillenta, maloliente, muy irritante, acompañada de eritema y escozor vulvar y de cérvix ("cérvix en frambuesa"), y con menor frecuencia dispareunia, dolor hipogástrico o disuria.

Peticiones:

Diagnóstico en urgencias es clínico. Se puede comprobar un Ph vaginal alcalino.

Manejo:

Si no se presenta con clínica característica remitir a ginecólogo de área preferente para diagnóstico. El tratamiento se realiza con:

Vaginal: Metronidazol óvulos de 500 mg/día durante 7 días.

Asociar tratamiento vaginal a vía oral.

Oral: Tinidazol 2 gr. dosis única ó 1 gr/12 horas durante 1 día.

Metronidazol 250 mg/8 h durante 7-10 días ó 500 mg/12 h durante 7-10 días.

Es necesario tratar siempre a la pareja.

VAGINOSIS BACTERIANA

Presentación:

Leucorrea mucoide, grisácea, maloliente (olor a pescado), sin signos de inflamación, raramente eritema o disconfort vaginal. Afecta con mayor frecuencia a mujeres en edad reproductiva y se asocia a portadoras de DIU, y a infección por Chlamydias y gonococo.

Peticiones:

Diagnóstico en urgencias es clínico. Se puede comprobar un Ph vaginal alcalino.

Manejo:

Si no se presenta con clínica característica remitir a ginecólogo de área preferente para diagnóstico. El tratamiento se realiza con:

- Metronidazol oral 500 mg/12 h durante 7 días.
- Metronidazol gel 0'75 % 1/24 h durante 5 días.
- Clindamicina crema 2 % 1/24 h durante 7 días.

CONDILOMA ACUMINADO

Presentación:

Presencia de tumoraciones a nivel vulvovaginal consistentes en pequeñas lesiones verrucosas que pueden crecer y coalescer con lesiones vecinas, de coloración variable de rosado a marrón. Si las lesiones son de gran tamaño pueden ulcerarse e infectarse. Las lesiones vulvares suelen ser asintomáticas, y las vaginales pueden provocar dolor y aumento de sensibilidad vaginal.

Peticiones:

Diagnóstico en urgencias es clínico.

Manejo:

Imiquimod crema al 5 %. 3 aplicaciones / semana hasta la desaparición de las lesiones, máximo 16 aplicaciones. Si no desaparecen control en dermatología.

VULVOVAGINITIS NO INFECCIOSAS**Presentación:**

Leucorrea escasa amarillenta o sanguinolenta acompañada de prurito o discomfort vaginal y dispareunia.

Peticiones:

Diagnóstico en urgencias es clínico.

Manejo:

Blastoestimulina óvulos 1/24 h durante 5-10 días.

GRANULOMA INGUINAL**Presentación:**

Enfermedad tropical producida por la *Calymmatobacterium Granulomatis*. El periodo de incubación dura 1-12 semanas y se presenta con pápulas confluyentes en región inguinal, con la posterior formación de un granuloma que se ulcera (pseudobubón). Puede producirse extensión genital y perineal. Las úlceras y cicatrices pueden producir elefantiasis crónica en miembros inferiores. No se acompaña de adenopatías.

Peticiones:

La sospecha en urgencias es clínica.

Manejo:

Remitir de modo preferente a Dermatología.

LINFOGRANULOMA VENÉREO**Presentación:**

Enfermedad poco frecuente, endémica en ciertas zonas de África y Sureste Asia,

provocada por la Chlamydia Trachomatis serotipos L1, L2, y L3.

Tiene un periodo de incubación 7- 30 días y consta de varias fases.

- 1ª fase: pápula ulcerada en zona genital, asintomática, cura en 10-15 días. Adenopatías unilaterales, duras.
- 2ª fase: a los 15 días. Linfadenitis inguinal, fusión, abscesificación y fistulización. Cicatrices fibrosas y retráctiles.
- 3ª fase: sd genital y anorrectal: abscesos, fístulas y estenosis anal; úlceras vulvares, “estiomene” (elefantiasis genital).

Peticiones:

La sospecha en urgencias es clínica.

Manejo:

Remitir de modo preferente a Dermatología.

CAPÍTULO 32: BARTHOLINITIS

Es la inflamación de las glándulas vestibulares mayores o de Bartholino.

Presentacion:

Dolor agudo, con dificultad para andar y tumoración en genitales. Si se produce la obstrucción del conducto, se forma un absceso. A veces no existe contenido purulento sino un líquido seroso, constituyéndose un quiste.

Peticiones:

Ninguna, la exploración clínica es suficiente para el diagnóstico.

Manejo:

- Si no se ha formado absceso:
Tratamiento antibiótico con Cloxacilina 500mg/8 horas o Amoxicilina-clavulánico 500mg/8 horas durante 7 días vo. Si la paciente es alérgica a penici-

linas, Ciprofloxacino 500 mg/12 horas 7 días. Se puede añadir cualquier analgésico y antiinflamatorio.

- Si hay absceso:

Drenaje quirúrgico y marsupialización. Remitir a consulta de ginecología. Dar cobertura antibiótica.

- Si se ha formado un quiste: (no infección).

Conviene extirpar la glándula. Remitir a consulta de ginecología.

CAPÍTULO 33: CUERPOS EXTRAÑOS EN VAGINA

Presentación:

La paciente puede acudir a urgencias refiriendo la sensación de cuerpo extraño en vagina, presentarse como una vulvovaginitis no infecciosa, sangrado genital o leucorrea maloliente.

No es infrecuente en niñas, de modo que todo flujo anormal en niñas pequeñas debe despertar la sospecha de la existencia de un cuerpo extraño.

En la exploración puede visualizarse el cuerpo extraño mediante especuloscopia y palpase directamente en el tacto vaginal.

Peticiones:

En general no son necesarias las pruebas complementarias salvo que sea necesaria una extracción bajo anestesia, se sospeche infección o exista un sangrado importante. Casos en que sería necesario pedir hemograma y coagulación si hay lesiones asociadas o sangrado abundante.

Manejo:

Extracción con ayuda de pinzas de disección o de anillo (pinzas de Forester) y comprobación de la integridad de la mucosa vaginal, suturando los posibles desgarros si fuera necesario.

Si no es posible la extracción en urgencias se ingresará a la paciente y se hará en quirófano bajo anestesia.

CAPÍTULO 34: TRAUMATISMOS Y LESIONES

GENITALES EXTERNOS Y VAGINA

LACERACIONES VAGINALES

Presentación:

Objetos como los tampones con aplicadores de plástico o el agua a presión introducida en la vagina (la ducha, el esquí acuático, el jet-esquí, las fuentes de agua) pueden producir este tipo de lesiones, cuerpos extraños (ver capítulo 33). También incluimos aquí las lesiones producidas durante el coito. Lo más frecuente es el desgarro himeneal, con la primera relación sexual. Las heridas por coito pueden dar lugar a una hemorragia considerable; en ocasiones, el desgarro se prolonga profundamente hacia la vagina, afectando incluso a otros órganos vecinos (uretra, clítoris). También se pueden producir lesiones en el vestíbulo o en la región interlabial.

En general se presentan como una hemorragia aguda, que puede ser de importancia considerable, o como una hemorragia lenta de varias semanas de evolución. En la exploración se puede visualizar desde lesiones lineales que afectan a todo el grosor de la mucosa hasta verdaderos desgarros que producen rotura de la pared vaginal, principalmente a nivel del fondo de saco de Douglas y a nivel periorificial. Más raro es la producción de lesiones en el cérvix, el útero o las trompas de Falopio como salpingitis, abscesos o abortos en el caso de embarazo.

Peticiones:

Si la hemorragia es abundante habrá que considerar la petición de un hemograma.

Manejo:

El manejo de este tipo de lesiones depende del grado de afectación. Las laceraciones leves tienden a cicatrizar por sí solas. Las laceraciones más graves pueden requerir una exploración bajo anestesia general para visualizar y reparar la lesión. En el caso de hemorragias muy abundantes lo primero que debemos hacer es un taponamiento perineal y estabilizar a la paciente. En los casos

en los que dudemos de la existencia de una lesión intraperitoneal deberá plantearse la realización de una laparoscopia o laparotomía. Valorar pautar antibióticos de manera profiláctica.

LESIONES DERIVADAS DE ACCIDENTES

Presentación:

Pueden producirse desde leves hematomas hasta grandes lesiones tisulares (como en accidentes de tráfico) que pueden comprometer la función de determinadas estructuras. Los traumatismos cerrados sin fractura no suelen asociarse a lesión ginecológica (salvo rotura y hemorragia del cuerpo lúteo). Los traumatismos abiertos con fractura pélvica producen fragmentos óseos con bordes cortantes que pueden provocar laceraciones y desgarros a nivel del intestino y del aparato genitourinario así como hematomas retroperitoneales. Las lesiones también se pueden producir por la penetración de cuerpos extraños (lesiones por empalamiento). Están más expuestas las niñas en edad de jugar, que comienzan a subir escaleras o a hacer actividades peligrosas. El objeto que produce el empalamiento (bastones, vallas, ramas, pilares de puentes, etc.) con frecuencia penetra en cavidad abdominal e incluso puede penetrar en el tórax. Ante la mínima sospecha de participación de cavidad abdominal, es imprescindible realizar una laparotomía exploradora.

Las lesiones que se pueden presentar son múltiples: desgarros vaginales de diferentes grados, laceraciones en útero, trompas y ovarios, avulsión del útero o de la uretra. Como complicaciones puede aparecer infertilidad, abscesos pélvicos, osteomielitis, estenosis vaginales, dispareunia, fístulas, etc.

Manejo:

Se debe realizar una exploración pélvica con suavidad ya que podemos convertir una fractura cerrada en abierta a través de la pared vaginal. Estas pacientes son trasladadas generalmente a las urgencias generales para valoración y tratamiento por traumatología, por lo que serán ellos los que nos llamen en el caso de que haga falta una intervención quirúrgica.

HEMATOMAS VULVARES

Presentación:

Se producen como consecuencia de traumatismos con un objeto romo.

Se presenta como un dolor vulvar de comienzo súbito y hemorragia. En los

casos más graves con gran hematoma vulvar se puede asociar a obstrucción uretral y a pérdida sanguínea importante.

Manejo:

El tratamiento principal es la aplicación local de un taponamiento con hielo, que suele ser suficiente. La evacuación quirúrgica se reserva para los hematomas que aumenten rápidamente de tamaño, para el drenaje después de la lisis de coágulos y para aquellos hematomas infectados. Se podrán administrar analgésicos para el tratamiento del dolor.

Se coloca una sonda transuretral en aquellas pacientes que espontáneamente no orinan. El hematoma debe ser examinado a intervalos cortos para determinar si aumenta de tamaño.

OTRAS LESIONES

Presentación:

En niñas son frecuentes pequeños desgarros en vulva y periné que cicatrizan por sí mismos. No obstante, en casos más graves de caída a horcajadas contra una barra puede producirse una lesión vulvar que condicione una retención urinaria.

Manejo:

En casos de retención urinaria habrá que sondar de manera intermitente a la paciente para vaciar la vejiga. La retención urinaria en niñas también puede ser voluntaria por pequeños desgarros de la mucosa vulvar o del vestíbulo uretral que condicionan escozor o disuria al miccionar. Para evitar un sondaje vesical puede intentarse la aplicación de un gel con lidocaína antes de miccionar y miccionar en un recipiente con agua caliente.

CÉRVIX

DESGARROS CERVICALES

Presentación:

La mayoría son de causa obstétrica, aunque pueden producirse al dilatar el cuello para realizar un legrado o una histeroscopia. Casi siempre son pequeños y no producen ningún tipo de trastorno, pero en ocasiones pueden producir una hemorragia intensa.

Manejo:

En caso de sangrado intenso hay que suturar el desgarrado y cortar la hemorragia.

ULCERACIONES-EROSIONES CERVICALES**Presentación:**

Pueden verse en mujeres con prolapso uterino importante, donde el roce con la ropa lesiona el epitelio dejando una zona más o menos extensa de tejido conectivo que sangra al contacto.

Manejo:

El tratamiento es la corrección quirúrgica del prolapso y si existe sobreinfección de las lesiones, el tratamiento de la misma. Se pueden utilizar tratamientos tópicos (estrógenos tópicos en crema) en espera de la cirugía.

PÓLIPO ENDOCERVICAL**Presentación:**

Son formaciones pediculadas que suelen asomar por OCE, que sangran fácilmente al contacto. La mayoría de las veces se descubren durante una exploración, pero pueden producir metrorragia escasa.

Manejo:

Se debe extirpar durante la exploración, mediante la torsión con unas pinzas de anillo hasta que se desprende. Debe ser enviado para su estudio a Anatomía Patológica.

CAPÍTULO 35: PROLAPSO UROGENITAL

Descolgamiento del útero a través de la vagina, acompañado o no de la vejiga (cistocele) o del recto (rectocele), que se produce por laxitud de los tejidos y ligamentos suspensorios del útero, generalmente en mujeres con uno o más partos por vía vaginal.

Presentación:

Paciente que acude a Urgencias por dolor en genitales, sensación de bulto o pesadez en vagina, acompañado o no de manchado genital.

Puede presentar asociado incontinencia urinaria y / o de heces, así como síndrome miccional.

Peticiones:

Tacto bimanual para valorar:

- Grado de prolapso uterino.
 - Grado I: el cérvix está descendido, pero no alcanza el introito vaginal.
 - Grado II: el cérvix alcanza el introito vaginal sin sobrepasarlo.
 - Grado III: el cérvix sobrepasa el introito vaginal.
 - Grado IV: prolapso total.
- Presencia de cistocele o rectocele.
- Presencia de incontinencia de orina o heces.
- Integridad de la mucosa vaginal y cervical: úlceras de decúbito.

Manejo:

1. En función del grado de prolapso:
 - Prolapsos leves (Grados I y II), sin incontinencia asociada: remitir a su ginecólogo de zona para valoración.
 - Prolapsos graves (Grados III y IV), o leves con incontinencia asociada: remitir a consulta de ginecología del hospital para valoración quirúrgica.
2. Si úlceras por decúbito: limpieza y cura local con solución yodada.
3. Si clínica de síndrome miccional o infecciones de orina de repetición: derivar a urgencias de urología o a Médico de Atención Primaria (o Urólogo de zona).

Situaciones especiales:

- Cistocele o rectocele aislado, sin prolapso uterino:
 - a. Sin incontinencia: remitir a ginecólogo de zona para valoración.
 - b. Con incontinencia: remitir a consulta de ginecología del hospital para valoración quirúrgica.
- Douglascele: rectocele amplio que produce descenso del fondo de saco vaginal posterior: remitir a consulta de ginecología del hospital para valoración quirúrgica.

SECCIÓN VII

- Prolapso de cúpula: descenso de la cúpula vaginal en mujeres previamente hysterectomizadas: remitir a consulta de ginecología del hospital para valorar corrección quirúrgica.
- Prolapso cervical: similar al prolapso uterino pero en mujeres que han sufrido una hysterectomía subtotal previa. El manejo es el mismo que el del prolapso uterino.

SECCIÓN VIII

Urgencias del Tracto Genital Superior

Bajo-Arenas JM

Bueno B

Engels V

Pérez-Carbajo E

Redondo T

Sobrino V

Tarjuelo A



CAPÍTULO 36: SANGRADO GENITAL ANORMAL

La hemorragia uterina anormal es aquella que difiere de lo normal en cantidad, duración o periodicidad, o cuando ocurre en una época inexplicable de la vida, es decir, antes de la menarquia o después de la menopausia.

Se define el sangrado uterino normal como la menstruación producida por la descamación del endometrio, tras la deprivación hormonal, con una periodicidad entre 22 a 40 días, cantidad de 35-45 ml/ciclo y duración menor de 7 días. Según su presentación con respecto al ciclo menstrual, existen diferentes términos que definen el sangrado uterino anormal:

- **Metrorragia:** sangrado a intervalos irregulares de cantidad variable, sin relación con el ciclo menstrual.
- **Menorragia:** sangrado menstrual de características cíclicas, cuya cantidad supera los 80 ml/ciclo.
- **Polimenorrea:** sangrados menstruales con intervalos menores a 22 días.
- **Hipermenorrea:** sangrados a intervalos cíclicos de una duración superior a 7 días.
- **Sangrado intermenstrual:** sangrado entre menstruaciones normales.

En muchas ocasiones los términos pueden combinarse para definir, según la presentación del sangrado, como Menometrorragia el sangrado de intensidad y duración aumentada, con intervalos irregulares.

1. GENITALES EXTERNOS, VAGINA Y CÉRVIX: Consultar Capítulo 34.

2. ÚTERO:

A. SANGRADOS ORGÁNICOS

MIOMAS

Presentación:

Producen menstruaciones abundantes y prolongadas, con presencia de coágulos en muchas ocasiones, sobre todo los submucosos, aunque los miomas intra-

murales pueden producir metrorragia por dilatación de la cavidad uterina y aumento de la superficie sangrante endometrial.

Peticiones:

Conviene contar con un hemograma completo y coagulación.

Ecografía transvaginal para definir el tamaño y localización.

Manejo:

Puede ser útil la administración de antifibrinolíticos con AINEs para disminuir el sangrado hasta la cirugía o incluso la instauración de tratamiento con análogos de la GnRH.

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Presentación:

Suele manifestarse como hipermenorreas o metrorragias con distintos grados de intensidad.

Peticiones:

Conviene contar con un hemograma completo y coagulación.

Con la ecografía se observa un endometrio engrosado sin triple línea.

Manejo:

Para suprimir la hemorragia son útiles los gestágenos (medroxiprogesterona -MAP-, 5-10mg/día v.o., Noretisterona -NET-, 10-20mg/día v.o. y Progesterona Micronizada 200mg/día, v.o. o vaginal, durante 21 días, del 5º al 25º del ciclo).

PÓLIPOS ENDOMETRIALES

Presentación:

Cuando dan síntomas, suelen ser metrorragias poco intensas y de aparición caprichosa, a no ser que sean grandes y asomen a través del OCE, en cuyo caso se puede producir dolor por la dilatación cervical y la hemorragia puede ser más intensa (ver capítulo 34 pólipos cervicales).

Peticiones:

En la ecografía se puede sospechar la presencia del pólipo.

Manejo:

El tratamiento es la extirpación quirúrgica por histeroscopia, por lo que deberá ser remitida a la consulta para su intervención. Cuando asoman a través del OCE, se pueden extirpar en el momento torsionando con unas pinzas de anillo hasta que se desprenda, debiendo ser enviado para su estudio a Anatomía Patológica.

B. SANGRADOS IATROGÉNICOS

Presentación:

Las metrorragias por ingesta de anticonceptivos orales suelen manifestarse como un *spotting*.

Manejo:

Será suficiente con aumentar a 2-3 comp./día durante 5 días con el mismo preparado para que cese la hemorragia y posteriormente iniciar el siguiente ciclo con un ACO de dosis más alta de estrógenos.

Si la causa del sangrado fuera un DIU de cobre, habrá que proceder a su retirada. La combinación de AINEs y antifibrinolíticos ayuda a reducir el sangrado si es abundante.

C. SANGRADOS DISFUNCIONALES

Presentación:

Las hemorragias uterinas disfuncionales (HUD) son aquellas que se producen en ausencia de patología orgánica y gestación. El origen puede ser una alteración del eje hipotálamo-hipofisario, con secreción anómala de esteroides ováricos, dando lugar a una hemorragia irregular por deprivación, supresión o disminución brusca de la acción de los mismos sobre el endometrio, provocando su descamación, o bien por disrupción (la acción mantenida de los estrógenos produce una proliferación anómala del endometrio, provocando una transformación asincrónica del mismo y una descamación incompleta). En otros casos, se ha visto que en las HUD existe una alteración en la síntesis de prostaglandinas y de la actividad antifibrinolítica.

A efectos clínicos, las HUD se clasifican en:

- HUD con ovulación: son las menos frecuentes. Se producen entre los 20 y los 35 años. Pueden ocurrir por una alteración en la fase folicular, en la fase

lútea o en ambas. Se manifiestan como polimenorrea, *spotting* ovulatorio, *spotting* premenstrual o hipermenorreas.

- HUD con anovulación, se producen al inicio y fin de la función ovárica, por un estímulo mantenido de los estrógenos sobre el endometrio sin oposición a progesterona. Se manifiesta generalmente como sangrados abundantes tras un periodo de amenorrea de entre 6 y 8 semanas.
- Metrorragia postmenopáusica: se produce tras 12 meses de amenorrea con gonadotropinas elevadas, siendo de cantidad y duración variable. También se puede ver en pacientes que usan THS. Es muy importante descartar patología orgánica (pólipo, hiperplasia, atrofia, erosiones) y cáncer ginecológico.

Manejo:

El objetivo del tratamiento es detener la hemorragia. Se debe indicar el ingreso de la paciente cuando existan signos de afectación del estado general (hipotensión, taquicardia, etc.), cuando se objetive una hemorragia aguda muy abundante, los valores de hemoglobina bajen de 9g/dl., cuando sospechemos coagulopatías (sobre todo en adolescentes) o proceso séptico o en caso de patología uterina orgánica que precise tratamiento quirúrgico urgente (miomas submucosos o pólipos que protruyen a través de cérvix y producen un sangrado profuso).

El tratamiento médico es la administración de estrógenos equinos conjugados i.v. (20mg/4-6h) durante 24h y continuar con ACO v.o. durante 12-15 días, aunque se puede comenzar directamente con tratamiento oral si la paciente tolera. Si el tratamiento médico no es bien tolerado por la paciente o es ineficaz, se puede realizar un legrado uterino completo con anestesia general para detener la hemorragia aguda, incluso si ésta es muy severa, aplicar una sonda de Foley intracavitaria con globo de 30ml que hará de taponamiento.

Cuando no es preciso el ingreso, se instaurará tratamiento médico específico en cada caso. Si no es posible un tratamiento quirúrgico específico se prescribirá tratamiento médico para cohibir la hemorragia en espera de que se pueda realizar el tratamiento concreto.

- Anovulatorios de tipo monofásico: 1comp./6h durante 2 días, y posteriormente reducir de forma progresiva las dosis a 1 comp./8h, 2 días, 1 comp./12h, 2 días y sin suspender tratamiento continuar con un nuevo envase tomando 1 comp./24h durante 21 días.

- Antifibrinolíticos: el riesgo tromboembólico con estos fármacos no supera el de la población general. El más utilizado es el ácido tranexámico a dosis de 500mg/8h durante los tres o cuatro primeros días de la menstruación.
- Antiprostaglandínicos: el más eficaz es el ácido mefenámico (500mg/8h durante los tres o cuatro primeros días de la menstruación), seguido de naproxeno e ibuprofeno.

La combinación de los antifibrinolíticos con los AINEs es el tratamiento de elección en las menorragias ovulatorias, alcanzando un porcentaje de éxito de hasta el 65%. Además, son de corta duración, bien aceptados por las pacientes y no interfieren en los deseos genésicos.

- Estrógenos-progestágenos (no anticonceptivos): indicados en la perimenopáusica, pues ayudan también a paliar los síntomas climatéricos. Se combinan el valerianato de estradiol 2mg/día durante 21 ó 28 días con un gestágeno (norgestrel, ciproterona, medroxiprogesterona, levonorgestrel) 1 comp./día durante los 10-12 últimos días del ciclo.
- Gestágenos: son más eficaces en tratamientos a largo plazo, para la premenopausa y la adolescencia. Se utilizan más frecuentemente la medroxiprogesterona 5-10mg/día v.o., la noretisterona 10-20mg/día v.o. y la progesterona micronizada 200mg/día v.o. o vaginal, de los días 5 a 25 del ciclo.

CAPÍTULO 37: TORSIÓN OVÁRICA

Presentación:

Paciente que acude con dolor pélvico agudo asociado a náuseas y vómitos, fiebre o febrícula y signos de irritación peritoneal. El dolor es de tipo cólico y palpitante, más severo en el lado donde se produce la torsión, que suele ser el derecho. Las náuseas y vómitos aparecen con mayor frecuencia e intensidad que en la apendicitis.

Puede manifestarse como masa abdominal que obliga a efectuar una exploración quirúrgica por su tamaño, aún en ausencia de otros síntomas. Suele aparecer en jóvenes.

- Forma de comienzo del dolor: un anejo puede torsionarse con un cambio brusco de posición; un quiste de ovario puede romperse durante el coito.
- Factores de riesgo: aumento del tamaño anexial, ya sea por tumores dermoides, hiperestimulación ovárica o quistes de ovario y paraovario.

Peticiones:

- Ecografía: con Doppler comprobamos la ausencia de flujo arterial anexial. Podemos visualizar un aumento del tamaño del ovario y a veces la presencia de folículos periféricos.
- Hemograma: puede mostrar leucocitosis inespecífica.
- Test de embarazo: si sospecha de embarazo ectópico.
- Analítica de orina: si sospecha de cistitis o litiasis renal.
- Coagulación: como prueba preoperatoria.

Manejo:

Es una emergencia médica que requiere un TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INMEDIATO. Se prefiere la vía laparoscópica:

- Detorsión: si la afectación es leve.
- Extirpación: si el compromiso circulatorio es extenso.

CAPÍTULO 38: SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA

El síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) es una respuesta suprafisiológica del ovario desencadenada tras la estimulación ovárica y la administración de HCG. Existen 2 tipos de SHO: *temprano* (3-7 días tras la administración de HCG) y *tardío* (12-17 días después) en mujeres que gestan. Éste último se mantiene hasta el día 60-70 de gestación.

Presentación:

Se caracteriza por un aumento de la permeabilidad capilar con creación de un tercer espacio. Genera hipovolemia, hemoconcentración, hipotensión arterial y

disminución de la presión venosa capilar. Se acompaña de diversas complicaciones:

- Obstétricas: aborto y embarazo ectópico (por modificación de la estática tubárica).
- Ginecológicas: hemorragia intraperitoneal por cuerpo lúteo hemorrágico y torsión ovárica.
- Ascitis con o sin derrame pleural y pericárdico.
- Tromboembolismos.
- Insuficiencia renal aguda.
- Alteraciones hepáticas.

Criterios diagnósticos de Golan:

SHO leve	SHO moderado	SHO grave
<ul style="list-style-type: none">- Grado 1: distensión abdominal y molestia.- Grado 2: similar al grado 1 más náuseas y/o vómitos y/o diarrea. Ovarios engrosados de 5-12 cm.	<ul style="list-style-type: none">- Grado 3: similar al SHO leve más ascitis ecográfica	<ul style="list-style-type: none">- Grado 4: similar a SHO moderado, y evidencia clínica de ascitis y/o hidrotórax o dificultad para respirar.- Grado 5: todo lo anterior, más cambio en la volemia, hemoconcentración y aumento viscosidad sanguínea, anomalías de coagulación y disminución en la perfusión y función renal.

Peticiones:

- Hemograma y coagulación.
- Bioquímica con iones, función renal y hepática.
- Ecografía transvaginal y si necesario abdominal para evaluar grado de ascitis.

Manejo:

Criterios de ingreso:

- Grados 4 ó 5.

- Grados 2 ó 3 con:
 - náuseas o dolor abdominal y vómitos o diarrea.
 - Hipotensión.
 - Hematocrito > 45%; Na⁺ >135 meq./L; K⁺ > 5 meq./L o creatinina > 1,2 mg/dl.

Tratamiento:

- Ambulatorio: (grados 1 y 2-3 no complicados).
 - Reposo y abstinencia sexual.
 - Evitar AINES.
 - Hidratación abundante para conseguir diuresis > 1000 mL.
 - Monitorización de peso y apetito. En caso de anorexia o de aumento ponderal de más de 1 Kg. de peso al día, se ingresará a la paciente.
 - Se puede dar HBPM a dosis profilácticas.
- Hospitalario: (grados 4-5 y 2-3 complicados).
 - Monitorizar:
 - Peso y circunferencia abdominal.
 - Leucocitosis y hemograma: la presencia en el hemograma de una leucocitosis superior a 22000 es signo inminente de tromboembolismo. Existe hemoconcentración severa si el Hto.> 45% y es potencialmente letal si Hto.> 55%.
 - Niveles en sangre de Na⁺, K⁺ y creatinina.
 - Función hepática.
 - Fluidoterapia:
 - La corrección de la hemoconcentración se hace administrando inicialmente 1L de SSF. Si con este bolo inicial se consigue una diuresis de 50 mL/h, se administrará sueroterapia de mantenimiento a razón de 100-150 mL/h de SSF (1,5-3 L/día).
 - Si la diuresis es insuficiente o persiste la hemoconcentración, se debe administrar albúmina iv 50-100g/12h hasta conseguir un hematocrito de 36-38%.
 - Si la TA se mantiene y sigue sin haber diuresis a pesar de la albúmina se administrará un bolo de furosemida de 20 mg iv. o en perfusión continua de 40-60 mg/h.

- Tromboprofilaxis:
 - HBPM a dosis profilácticas.
 - Medias de compresión.
- Manejo de la ascitis: PARACENTESIS EVACUADORA
Sólo está indicada si:
 - Disnea o insomnio.
 - Ascitis a tensión
 - Compromiso pulmonar.
 - Hemoconcentración que no responde al tratamiento médico.

CAPÍTULO 39: DOLOR PÉLVICO AGUDO

Presentación:

El dolor pélvico agudo o subagudo en ginecología, puede ser el síntoma fundamental de los siguientes cuadros clínicos ginecológicos:

Patología anexial:

- Gestación ectópica.
- Patología tumoral benigna o maligna del ovario con episodio de torsión ovárica o de rotura.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.

Patología uterina:

- Aborto.
- Mioma necrosado.
- Hematometra / Piometra.

Aparecerán signos de irritación peritoneal a la palpación abdominal con resistencia y contractura de los músculos abdominales y signo de Blumberg positivo.

El tacto vaginal será doloroso, tanto a la delimitación del útero y de los anejos como a la movilización cervical.

Los cuadros causantes de dolor pélvico agudo han sido descritos a lo largo de esta guía por lo que remitimos a su consulta en los capítulos correspondientes.

A continuación solo se expone un resumen de los signos, síntomas o datos de la anamnesis que pueden ser claves a la hora de realizar el diagnóstico diferencial.

PATOLOGÍA ANEXIAL

- Gestación ectópica:
 - Amenorrea o presencia de sangrados vaginales escasos e irregulares en mujer en edad fértil.
 - Test de embarazo positivo en orina o determinación cuantitativa de beta- HCG en sangre.
 - Ecografía transvaginal con útero vacío (o presencia de pseudosaco). En región anexial se puede visualizar una imagen ecográfica compatible con gestación ectópica. De todas formas, la presencia de un útero vacío con dolor abdominal y test de embarazo positivo (beta-HCG > 1500-2000 mUI) es suficiente para el diagnóstico de presunción del embarazo ectópico, no siendo imprescindible la visualización ecográfica del mismo. Si el embarazo ectópico se ha roto, puede verse ecográficamente líquido libre abdominal en cantidad variable.
 - Signos de sangrado e hipovolemia en gestaciones ectópicas accidentadas: anemia, hipotensión y taquicardia.

- Torsión ovárica o anexial:
 - Casi siempre se debe a la presencia de un quiste no muy grande de ovario o de paraovario mayoritariamente benigno, que hace girar el ovario sobre su propio eje, generando trastornos circulatorios y fenómenos de necrosis local.
 - En algunas ocasiones, las pacientes conocen la existencia previa de un quiste anexial (cistoadenoma, endometrioma, hidátide de Morgagni, etc.) por lo que la anamnesis es fundamental.
 - Ecografía transvaginal: confirma la presencia y localización del quiste.
 - Náuseas y vómitos.
 - Leucocitosis moderada
 - En ocasiones puede haber fiebre.

- Folículo hemorrágico:
 - Anamnesis: la paciente suele referir encontrarse en fase periovulatoria. A veces existe antecedente de coito reciente; en esos casos la rotura del quiste puede deberse al traumatismo del coito.
 - Signos de hipovolemia si el sangrado es masivo o mantenido en el tiempo.
 - Ecografía: permite visualizar el folículo hemorrágico y en ocasiones se ve un hemoperitoneo.

- Enfermedad Inflamatoria Pélvica:
 - Anamnesis: promiscuidad sexual, uso de anticonceptivos, portadora de DIU, antecedentes de instrumentación ginecológica (histeroscopia, histerosalpingografía, inseminación artificial...).
 - Fiebre > 38°C.
 - Laboratorio: aumento de la VSG, leucocitosis intensa con neutrofilia.
 - Exudado cervical purulento o maloliente.
 - Ecografía: presencia de piosálpinx.
 - Laparoscopia: ofrece el diagnóstico definitivo y permite la toma de muestras para cultivo así como el drenaje de los abscesos y la lisis de las adherencias.

PATOLOGÍA UTERINA

- Aborto:
 - Anamnesis: antecedente de gestación clínica o bioquímica.
 - Especuloscopia: sangrado activo de cavidad (metrorragia) en mayor o menor cuantía. Expulsión ocasional de restos ovulares.
 - Tacto vaginal: cérvix entreabierto con útero de tamaño menor que amenorrea.
 - Ecografía:
 - Aborto en curso: vesícula gestacional distorsionada situada en cérvix. Coágulos en cavidad.
 - Aborto incompleto: restos ovulares en cavidad.

- Mioma necrosado:
 - Ecografía: suele ser diagnóstica y ofrece una imagen heterogénea del

mioma con zonas hipocogénicas en su interior características de los miomas necrosados.

- Hematometra / piometra:
 - Anamnesis: puede existir un antecedente de manipulación previa del cuello del útero que haya producido sinequias y en consecuencia un hematometra.
 - Ecografía: imagen típica de contenido intrauterino homogéneo más hiperrefringente en los casos de piometra que en los hematometras.
 - La introducción de un dilatador cervical libera el contenido del útero, aliviando instantáneamente los síntomas.

PATOLOGÍA NO GINECOLÓGICA

- Patología digestiva aguda: apendicitis, diverticulitis, adenitis mesentérica, perforación, íleo.
- Aneurisma de aorta, crisis drepanocítica, intoxicación por metales pesados, patología neurológica.

CAPÍTULO 40: MASAS PÉLVICAS

Presentación:

- Distensión abdominal creciente.
- Dolor abdominal bajo y/o presión pélvica.
- Si torsión o infarto de masa: aumento de dolor, náuseas y vómitos, fiebre y/o irritación peritoneal.
- Tenesmo vesical o rectal.
- Sangrado vaginal anormal si es una masa pélvica de origen ovárico hormonalmente activa, mioma submucoso o carcinoma de endometrio (sobre todo en mujeres posmenopáusicas).
- Respuesta febril sistémica (descartar absceso tuboovárico o torsión de masa).
- Dispareunia.

- A veces la identificación de masa pélvica es un descubrimiento casual en paciente asintomática.

El diagnóstico diferencial incluirá:

A. Órganos genitales:

- Masas uterinas:

- Embarazo: test de embarazo + y/o vesícula gestacional en ECO.
- Mioma uterino: submucoso, intramural, subseroso, subseroso pediculado. Si degeneración, infarto o infección aparece importante dolor abdominal bajo con o sin irritación peritoneal y precisa INGRESO.
- Adenomiosis.
- Carcinoma de endometrio o sarcoma.
- Carcinoma de cérvix.

- Masas ováricas:

En pacientes prepuberales y posmenopáusicas la mayoría de las masas anexiales son neoplásicas, por lo que se recomienda cirugía.

En las pacientes en edad fértil es más importante el diagnóstico diferencial:

- Quistes funcionales: tipo folicular o tipo cuerpo lúteo. Desaparecen en 1-2 ciclos.
- Quistes luteínicos de la teca por estimulación con beta-HCG. Desaparecen en 1-3 ciclos.
- Síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO).
- Luteoma del embarazo.
- SOP: múltiples quistes foliculares con hiperplasia y luteinización de la teca interna que rodea los quistes y los folículos atróficos. Reglas irregulares, acné, hirsutismo, obesidad, alteraciones en metabolismo glucídico.
- Quistes endometriósicos: dolor pélvico que aumenta con actividad física y con las relaciones sexuales, infertilidad.
- Neoplasias ováricas benignas o malignas.

- Masas tubáricas:

- Hidrosálpinx.

- Salpingitis (absceso tuboovárico): dolor pélvico, fiebre, aumento de secreción vaginal, hemorragia uterina anormal y aumento de VSG. INGRESO.
- Gestación ectópica: INGRESO. Ver capítulo de embarazo ectópico.
- Quistes paraováricos.
- Carcinoma de trompa de Falopio.

- Ligamento ancho:

- Quiste mesentérico.
- Quiste paramesentérico.

B. Origen no ginecológico:

- Vejiga distendida.
- Riñón pélvico.
- Quiste uracal.
- Urinoma.
- Quistes peritoneales y epiploicos.
- Hematoma o absceso de pared abdominal: INGRESO.
- Fibrosis de pared abdominal por radiación.
- Lesiones retroperitoneales: sarcomas, linfomas, linfoquistes, teratomas sacrococcígeos, tumor o fibrosis retroperitoneal.
- Afecciones del tubo gastrointestinal (ciego, apéndice, colon sigmoide e incluso intestino delgado): material fecal de colon sigmoide y/o ciego, apendicitis, trastornos inflamatorios de ID e IG (diarrea, náuseas y vómitos, anorexia, sangre o moco por heces), diverticulitis- abscesos, ileítis regional, neoplasias de IG (sangre en heces, anemia y cambios en hábitos intestinales), carcinoma metastático.

Peticiones:

- Exploración con tacto bimanual (con vejiga vacía).
- Ecografía vaginal y/o abdominal con / sin doppler.
- Hemograma con coagulación.
- Test de embarazo.
- Análisis de orina.
- A veces radiografía abdominal, pielografía i.v., TAC (excelente en evaluación de retroperitoneo y de elección para el diagnóstico de teratomas quísticos

benignos) y/o RMN (indicada para diferenciar entre masas uterinas y anexiales cuando ECO no es concluyente) o marcadores tumorales. Aunque generalmente estas pruebas se pedirán más tarde desde consulta o desde planta.

Manejo:

- A. Si hemograma normal y paciente hemodinámicamente estable y con buen estado general: remitir a consulta de ginecología con carácter urgente.
- B. Si hemograma alterado y/o paciente hemodinámicamente inestable, con mal estado general, ascitis, dificultad respiratoria, abdomen agudo o situaciones descritas en el diagnóstico diferencial susceptibles de ingresar: INGRESO y valorar si cirugía urgente. Si no en planta:
 - En ayunas hasta valorar evolución (puede ser preciso intervenir de urgencia si empeora estado general).
 - Control de constantes por turnos.
 - Coger vía i.v.
 - Sueroterapia de mantenimiento: 2500cc/24h alternando suero glucosado al 5% con ringer lactato.
 - Analgesia i.v.: Dexketoprofeno 1 ampolla i.v./6h alternando con Paracetamol 1 gramo/6h. De rescate 1/2 ampolla de meperidina s.c.
 - Ecografía al día siguiente en planta.
 - Pruebas cruzadas y sangre si precisa.
 - Si necesario para completar estudio pedir radiografía, TAC, RMN, pielografía i.v., contraste gastrointestinal y/o marcadores tumorales (ca-125, HCG, LDH y alfafetoproteína).

SECCIÓN IX

Urgencias Oncológicas

Bajo-Arenas JM

Pérez-Medina T

Rubio J

Tarjuelo A



CAPÍTULO 41: COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA ENFERMEDAD

HEMORRAGIA (CARCINOMA DE CÉRVIX, VULVA Y/O VAGINA)

Presentación:

Hemorragia → Hipovolemia → Hipotensión.

Habitualmente la hemorragia proviene de una lesión exofítica y muchas veces se puede identificar *latido* arterial en la masa tumoral.

Peticiones:

Control de constantes vitales.

Hemograma con coagulación.

Manejo:

Si la paciente está hipotensa tumbarla en cama, coger vía y pasar 500 cc de Ringer rápido y/o un expansor volumen.

En general, la sutura de la zona sangrante en la masa tumoral no tiene éxito y no se recomienda.

- Si sangrado escaso y hemograma normal: coagular punto sangrante con nitrato de plata y alta con/sin taponamiento 4-6 horas (retirar en domicilio). Remitir a consulta de Oncoginecología con carácter urgente.
- Si sangrado severo o hemograma muy alterado: ingreso, coger vía i.v., taponamiento 24-48 horas con rollo grande y sondaje vesical. Valorar uso de hemostáticos locales. Pedir pruebas cruzadas y sangre.

OBSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL

Presentación:

Distensión abdominal, dolor cólico en mesogastrio, vómitos, estreñimiento y no expulsión de gases (si completa), o diarrea (si parcial). Si rigidez abdominal, fiebre, Blumberg +, o shock sospechar perforación.

Peticiones:

Hemograma con coagulación.

Bioquímica con iones y amilasa sérica.

Radiografía abdominopélvica (niveles hidroaéreos).

Manejo:

Ingreso y tratamiento conservador: no administrar nada por vía oral e hidratar por vía i.v., realizar aspiraciones nasogástricas. Si tiene éxito la paciente mejorará rápidamente, si no avisar a cirujano de guardia.

OBSTRUCCIÓN URETERAL**Presentación:**

Anuria y uremia. Más frecuente en cáncer de cérvix en su extensión lateral a parametrios. A veces en úteros grandes por carcinoma de endometrio o sarcoma. Raro en cáncer de ovario, aunque a veces se puede observar, si la paciente está radiada.

Manejo:

Remitir a Urgencias Generales.

FÍSTULA RECTOVAGINAL**Presentación:**

Expulsión involuntaria de material fecal y gas en el contexto de patología gineoncológica. Más frecuente en neoplasias cervicales, vaginales o vulvares.

Manejo:

Remitir a consulta de Oncoginecología.

FÍSTULA GENITOURINARIA**Presentación:**

Salida de orina por vagina en el contexto de patología gineoncológica. Es inusual, incluso en el cáncer cervical que es donde alguna vez se diagnostica.

Manejo:

Remitir a consulta de Oncoginecología.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

Presentación:

Consultar capítulo 14.

Manejo:

Remitir a Urgencias Generales.

SÍNDROME VENA CAVA SUPERIOR

Presentación:

Edema y plétora en la cabeza, el cuello, las extremidades superiores, y el tronco. Derrame pleural y pericárdico. Aparece cuando enfermedad muy avanzada, por compresión de vena cava superior por tumor primario o por metástasis, en este área, de tumores ginecológicos.

Manejo:

Remitir a Urgencias Generales.

ICTERICIA

Presentación:

Causada por afectación directa del parénquima hepático por el tumor, o secundaria a obstrucción del árbol biliar por las metástasis de los ganglios linfáticos retroperitoneales.

Manejo:

Remitir a consulta de Oncología Médica.

LESIÓN ULCERADA DE LENTA EVOLUCIÓN (CÁNCER DE MAMA)

A. Si existen signos de infección local:

Presentación:

Eritema, aumento de temperatura local, exudado purulento.

Manejo:

Antibiótico (amoxicilina-clavulánico 875 mg 1 comp/8h. 7 días o eritromicina si alergia) y remitir a consulta de Oncoginecología con carácter urgente.

B. Si existe sangrado a partir de ulceración:

- Leve: hemograma para valorar estado hemodinámico y, si es normal, remitir a consulta de Oncoginecología con carácter urgente. En ocasiones será preciso un vendaje compresivo de la zona.
- Moderado-severo: aunque el hemograma sea normal se procederá al ingreso, vendaje compresivo local y valoración de agentes hemostáticos locales. Solicitar pruebas cruzadas y sangre.

COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO

POSTQUIRURGICAS:

Ver capítulo 46 de esta obra.

RADIOTERAPIA-QUIMIOTERAPIA:

Remitir a Consultas de Oncología Médica o a Urgencias Generales.

SECCIÓN X

Patología Mamaria Urgente

DelaFuente-Valero J

Garicano A

Pelayo E

Varela B



CAPÍTULO 42: URGENCIAS MAMARIAS NO PUERPERALES

DOLOR MAMARIO

Presentación:

- Cíclico (mastodinia): es máximo premenstrualmente y se alivia con el comienzo de la menstruación. Puede ser uni o bilateral. Suele irradiar a la axila y al brazo homolateral.
- No cíclico: puede ser debido a fluctuaciones hormonales, adenomas firmes, ectasia ductal y macroquistes. También puede deberse a afectación musculoesquelética (inflamación de los músculos pectorales por un esfuerzo o traumatismo, costocondritis).

Manejo:

Si a la exploración no se palpa tumoración se puede tranquilizar a la paciente. En caso contrario se la remitirá a consulta de mama para estudio.

NÓDULO MAMARIO

Presentación:

Tumoración palpable.

Peticiones:

La exploración es suficiente y consiste en:

- Inspección: coloración de la piel, asimetría mamaria, retracción de pezón, retracción de piel, ulceraciones.
- Palpación:
 - Piel: eritema, edema, calor, nódulos satélites, ulceraciones.
 - Tumoración: localización, tamaño, forma, consistencia, fijación a piel o a parrilla costal.
 - Pezón: coloración, erosión, retracción, secreción.
 - Ganglios axilares y supraclaviculares: localización, número, tamaño, fijación.

Manejo:

En urgencias se hará una exploración cuidadosa y se remitirá a consulta de mama para su estudio. Si en la exploración nos encontramos con un nódulo de contorno irregular, consistencia dura, adherido a planos profundos, con alteraciones dérmicas o del complejo areola-pezones, telorragia o telorrea, presencia de adenopatías axilares o supraclaviculares palpables remitiremos a la paciente de manera preferente a la consulta de Oncoginecología.

MASTITIS

Presentación:

Dolor mamario, eritema e induración. No suele haber afectación sistémica.

Peticiones:

Hemograma con fórmula.

Manejo:

Antibioterapia oral y antiinflamatorios. (Cloxacilina 500mg/6h vo durante 7 días e Ibuprofeno 600mg/8h vo). Remitir a consulta de mama para descartar carcinoma inflamatorio

TELORREA

Presentación:

- Secreción fisiológica: secreción bilateral, multidual y suele ser de carácter seroso. Puede estar causada por estrógenos exógenos, algunos tranquilizantes o por la estimulación del pezón.
- Galactorrea: es una secreción bilateral, multidual, de características lechosas. Las causas que la producen pueden ser múltiples, incluyendo la administración de anticonceptivos orales, las fenotiacinas, los antihipertensivos, antidepressivos, traumatismo de la pared torácica, etc.
- Secreción patológica: procede con frecuencia de un único conducto y suele ser un flujo espontáneo intermitente. Puede ser gris-verdoso, serosanguinolento, seroso o sanguíneo.

Manejo:

En caso de tratarse de una secreción fisiológica basta con tranquilizar a la paciente. Si se trata de galactorrea o de secreción patológica se remitirá a la paciente a la consulta de mama para su estudio.

SECCIÓN XI

Miscelánea

Engels V
Lagarejos S
Pelayo E
San Frutos L
Sobrino V
Zapardiel I



CAPÍTULO 43: URGENCIAS GINECOLÓGICAS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

CONSIDERACIONES GENERALES

- La mayoría de edad desde el punto de vista médico se establece a los 16 años.
- Indicaciones para examen pélvico en la infancia: sospecha de cuerpo extraño, hemorragia vaginal, flujo sanguinolento. Usar vaginoscopio adecuado.
- Indicaciones para examen pélvico en la adolescencia: test de embarazo positivo, sangrado intenso, anemia importante, dolor abdominal, existencia de relaciones sexuales. Uso de espéculo estrecho y exploración con dedo índice por vía vaginal y/o rectal.

VULVOVAGINITIS

Presentación:

- Antes de las relaciones sexuales predominan las vulvitis. Después de las relaciones sexuales predominan las vaginitis, siendo las vulvitis secundarias a ellas.
- Picor y escozor (vulvitis), leucorrea (vaginitis).
- Candidiásica: antecedente de toma de fármacos, leucorrea blanca grumosa, eritema, intenso prurito.
- Vaginosis bacteriana: leucorrea grisácea maloliente sin alteraciones en la piel.
- Herpética: lesiones vesiculosas, pruriginosas y muy dolorosas.

Manejo:

- Remitir a atención primaria para realización de cultivo y exudado.
- Formas inespecíficas: higiene, evitar prendas sintéticas, evitar ropa ajustada, baños de asiento, lavados externos con antisépticos inespecíficos (benzoclamida).

HEMORRAGIA

Presentación:

Sangrado de diferente cuantía, relacionado o no con traumatismos.

Peticiones:

- Analítica de sangre: hemograma, coagulación, glucosa, enzimas hepáticas, creatinina.
- Test de embarazo.
- Exploración pélvica para comprobar el origen genital de la hemorragia y para descartar traumatismos.
- Ecografía pélvica, si es necesario transrectal.

Manejo:

Manejo en función de la severidad:

- Si hemoglobina < 10 mg/dl. → Ingreso:
 - Vía venosa periférica.
 - Sueroterapia.
 - Transfusión sanguínea si necesario.
 - Hemostasia hormonal: estrógenos parenterales seguidos de un gestágeno (estrógenos conjugados equinos i.v. con acetato de noretisterona v.o, o caproato de 17- hidroxiprogesterona con benzoato de estradiol). Si no cede: desmopresina i.v. (0.3 µg/kg diluida en 50 ml de suero salino en 15-20 minutos cada 12-24 horas).
- Si hemoglobina 10-12 mg/dl. → Combinación de estrógeno y progestágeno tipo anticonceptivo (con 2.5 mg de gestágeno) cada 6 horas v.o. Derivar a consulta de ginecología preferente para ajustar el tratamiento en función de la evolución del cuadro.
- Si hemoglobina > 12 mg/dl. → Conducta expectante. Derivar a consulta de ginecología para reevaluación en tres meses.

CAPÍTULO 44: AGRESIÓN SEXUAL

Presentación:

Paciente que acude a la urgencia refiriendo haber sido víctima de una agresión sexual

Peticiones:

Preguntar a la paciente si desea denunciar el hecho a la autoridad judicial

Manejo:

SI QUIERE DENUNCIAR:

Llamar al **Servicio de Atención a la Mujer (SAM)** de cada comunidad autónoma o a la **Policía Nacional: 091**. Ellos se encargan de recoger en la urgencia a la paciente, llevarla a poner la denuncia y trasladarla al médico forense para la toma de muestras.

SI NO QUIERE DENUNCIAR:

1. Se le debe recomendar denunciar.
2. Realizar una anamnesis y exploración genital detallada (inspección genital externa, espéculo, tacto bimanual), en busca de lesiones.
3. Ecografía ginecológica.
4. Realizar test embarazo.
5. Valorar anticoncepción de emergencia.
6. Rellenar con los datos obtenidos el informe de urgencias “Judicial”, especificando que es una “sospecha de agresión sexual”.
7. Rellenar el parte de lesiones.
 - a. Describir las lesiones si las hubiera.
 - b. Resaltar que la paciente no desea denunciar.
 - c. Pronóstico: favorable / desfavorable.
 - d. Firmar con letra clara y nº de colegiado.
8. Remitir a ginecólogo de área de modo preferente para descartar enfermedades e infecciones de transmisión sexual.

CAPÍTULO 45: ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Presentación:

Paciente que acude a urgencias con una de las siguientes indicaciones:

- Coito sin protección.
- Fallo accidental del método anticonceptivo.
- Mal cálculo de días fértiles.
- Eyaculación antes de lo previsto.
- Violación.
- Exposición a sustancias teratógenas.
- Relaciones sexuales bajo los efectos de alcohol y/o drogas.

Peticiones:

- Anamnesis (atención especial a problemas hepáticos graves o alergia al levonogestrel, antecedentes personales, toma de medicación, menarquia, fórmula menstrual y obstétrica, fecha de última regla, fecha y hora del coito sin protección, riego de ETS).

Manejo:

El fármaco utilizado es Levonorgestrel (LNG) 1,5 mg en dosis única o fraccionado en 2 dosis de 0,75 mg en un máximo de 12 horas.

- Administración por vía oral en las primeras 72 horas (disminución de eficacia progresiva, 95% primeras 24h, 58% a las 72h).
- No existen contraindicaciones absolutas. No se recomienda en caso de insuficiencia hepática grave.
- No es teratógena ni abortiva.
- No precisa exploración física ni ginecológica previa.
- Se puede utilizar varias veces en el mismo ciclo.

Aspectos Legales

- *Menores de edad:* La mayoría de edad médica son 16 años. A los 13 años hay capacidad legal para mantener relaciones sexuales consentidas, de lo que se deduce capacidad para adoptar medidas anticonceptivas. Entre 13-16 años valorar la capacidad y gravedad del riesgo y anotar en la historia los criterios objetivos en caso de considerar la madurez del menor.
- *Objeción de conciencia:* no se debe posponer voluntariamente el inicio del tratamiento sin transmitir a la paciente toda la información en cuanto a eficacia y seguridad del producto. No se puede negar la prescripción

del medicamento basándose en creencias o confesión religiosa, salvo el reconocimiento al derecho de objeción de conciencia, en cuyo caso hay que derivar a la paciente a otro profesional o centro donde se lo prescriban.

CAPÍTULO 46: URGENCIAS POSTQUIRÚRGICAS

GENERALES

INFECCIÓN POSTOPERATORIA

Presentación:

Las localizaciones que hay que tener en cuenta incluyen pulmones, tracto urinario, los espacios de la cirugía (incluyendo las paredes laterales de la pelvis y el muñón vaginal), las incisiones y los catéteres intravenosos y por ello habría que realizar una exploración cuidadosa de todas ellas. Sin embargo, las que con más frecuencia vamos a ver en el servicio de urgencias son las que afectan a la cirugía en sí y las del tracto urinario, la mayoría son del tracto urinario bajo y se presentan con polaquiuria, urgencia miccional y disuria. La pielonefritis es una complicación rara.

Peticiones:

Hemograma con fórmula y análisis de orina. En caso de ser positivo el análisis se remitirá a la paciente a su centro de salud para realizar urocultivo.

Manejo:

Hidratación abundante y antibiótico una vez realizado urocultivo. Se pueden utilizar penicilinas, cefalosporinas, sulfonamidas y nitrofurantoína que cubren E.coli. Los pacientes con ITU recurrente, sondas o catéteres intravenosos deben ser cubiertos también para Klebsiella (cefalosporinas de tercera generación).

CIRUGÍA ABDOMINAL

INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

Presentación:

Fiebre, eritema, induración, drenaje purulento.

Peticiones:

Hemograma con fórmula.

Manejo:

Apertura, limpieza y desbridamiento de la zona y tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico 500mg/8h 7-10 días).

HEMATOMA

Presentación:

Pueden ser superficiales o profundos y la clínica dependerá del grado de extensión y la localización, pudiendo presentarse con anemia, dolor, aumento del perímetro abdominal e inestabilidad hemodinámica.

Peticiones:

Hemograma, coagulación y ecografía.

Manejo:

Si se trata de hematoma superficial sin manifestaciones clínicas: conducta expectante. En caso de hematomas más profundos y estabilidad hemodinámica: evacuar el hematoma y eliminar tejido necrótico. Si existe inestabilidad hemodinámica será necesaria intervención quirúrgica.

SEROMA

Presentación:

Acúmulo de líquido seroso o serosanguinolento en la zona de la cirugía que drena espontáneamente o a la expresión.

Peticiones:

Ninguna.

Manejo:

Drenaje y lavado en urgencias y posteriormente curas locales en su centro de salud.

DEHISCENCIA

Presentación:

Separación de cualquiera de los planos superficiales de sutura de la pared abdominal: piel, tejido celular subcutáneo y fascia. A veces se presenta como salida de material serohemático por la herida, y muchas pasan desapercibidas.

Peticiones:

Ninguna.

Manejo:

Limpieza de la herida, desbridamiento de tejidos necróticos y cierre por segunda intención.

EVISCERACIÓN

Presentación:

Protrusión del paquete intestinal por dehiscencia de la cicatriz quirúrgica. Produce dolor y ocasionalmente visualización de paquete intestinal.

Peticiones:

Preoperatorio.

Manejo:

Reparación quirúrgica urgente.

CIRUGÍA VAGINAL

ABSCESO DE CÚPULA

Presentación:

Fiebre, dolor, fluctuación o masa en el muñón con salida de material purulento.

Peticiones:

Hemograma con fórmula y ecografía.

Manejo:

Drenaje y antibióticos de amplio espectro i.v. (ej. Clindamicina 600mg/6h + Gentamicina 240mg/24h)

HEMORRAGIA VAGINAL POSTHISTERECTOMÍA/ HEMATOMA DE CÚPULA**Presentación:**

Suele tratarse de un sangrado escaso y deberse a la caída de algún punto del muñón vaginal, pero en ocasiones se trata del primer síntoma de la existencia de un hematoma de cúpula, que también puede presentarse como dolor abdominal.

Peticiones:

Hemograma, coagulación y ecografía.

Manejo:

Si se trata de un sangrado escaso no suele ser necesario adoptar ninguna medida. En caso de tratarse de un hematoma de cúpula hay que proceder a su evacuación.

Si el sangrado vaginal se produce muy próximo a la cirugía suele deberse a los ángulos de la cúpula vaginal porque se haya aflojado algún punto. En ese caso, si el sangrado es mínimo bastaría con un taponamiento. Si se trata de un sangrado más abundante habría que ligar los vasos sangrantes en quirófano.

HEMORRAGIA VAGINAL POSTCONIZACIÓN**Presentación:**

Sangrado procedente de la cicatriz postconización.

Peticiones:

Ninguna.

Manejo:

Coagular el punto sangrante con nitrato de plata. Con esta medida suele ser suficiente, aunque en ocasiones es necesario dejar un taponamiento con tira de gasa.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

HEMATOMA DE PARED

Presentación:

Se localiza en el lugar de inserción del trocar.

Peticiones:

Hemograma, coagulación.

Manejo:

En función del grado de extensión y de la clínica se optará por una conducta expectante o intervencionista para ligar el vaso sangrante.

HEMATOMA DE CAVIDAD (VER CIRUGÍA ABDOMINAL)

LESIÓN DE ÓRGANOS ADYACENTES

FÍSTULAS GENITOURINARIAS

Presentación:

Salida de orina a través de vagina.

Peticiones:

Ninguna.

Manejo:

Remitir a la paciente a consulta de Ginecología.

FÍSTULAS ENTEROVAGINALES

Presentación:

Salida de material fecaloideo a través de vagina.

Peticiones:

Ninguna.

Manejo:

Remitir a la paciente a consulta de Ginecología.

LESIONES URETERALES

Presentación:

Los uréteres pueden ser incluidos por suturas próximas, ligados parcial o completamente, aplastados por una pinza, seccionados, resecaados parcial o completamente o ser objeto de lesiones isquémicas y necrosis, por lo que la clínica dependerá del tipo y grado de afectación. Así, la paciente puede presentar fiebre, dolor en flanco, distensión y sensibilidad abdominal, íleo, peritonitis en caso de extravasación y anuria en caso de lesión bilateral.

Peticiones:

Hemograma con fórmula, bioquímica que incluya pruebas de función renal.

Manejo:

Ingreso y preoperatorio. Si existe abdomen agudo: cirugía urgente.

LESIONES INTESTINALES

Presentación:

Si se trata de lesión de intestino grueso la clínica será de peritonitis por contaminación bacteriana con síntomas evidentes de infección, clínica que no será tan evidente en lesión de intestino delgado ya que su contenido es estéril.

Hay que tener en cuenta que la sintomatología debida a perforación de intestino grueso suele aparecer en las primeras 24 horas, pero si la perforación se produce como consecuencia de una lesión térmica, dicha clínica puede demorarse hasta 5 días.

Peticiones:

Preoperatorio.

Manejo:

Cirugía urgente.

TROMBOSIS

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Presentación:

Tumefacción distal unilateral de la extremidad, dolor, eritema y un cordón vascular palpable.

Peticiones:

Hemograma, coagulación y dímero D.

Manejo:

Remitir a la paciente a cirugía vascular.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Presentación:

Distrés respiratorio, hipotensión, dolor torácico, fiebre, hipoxia y arritmias.

Peticiones:

Hemograma, coagulación, dímero D, gasometría arterial.

Manejo:

Administrar oxígeno y remitir a la paciente a Urgencias Generales.

