

GUÍA PRÁCTICA

# ABORDAJE DE LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS

AUTORES

SUMARIO

INTRODUCCIÓN

**meiji**

Meiji Pharma Spain, S.A.

Título original:

ABORDAJE DE LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS. GUÍA PRÁCTICA

© Copyright Contenidos 2023: Los autores

© Copyright Edición: Canal Estrategia Editorial SL

ISBN: 978-84-19546-42-5

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito de los titulares del copyright.

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de sus autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de MEIJI PHARMA SPAIN, S.A. patrocinador de la edición.

SUMARIO

INTRODUCCIÓN

# AUTORES

## Coordinadora

**Dra. Irene Pelayo Delgado**

---

### **Dr. Leopoldo Abarca Martínez**

*Jefe de Sección Obstetricia.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid.  
Profesor Clínico Facultad de  
Medicina.  
Universidad Alcalá de Henares,  
Madrid*

### **Dra. Marina Antón Marazuela**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

### **Dra. Elena Cabezas López**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

### **Dra. Virginia Corraliza Galán**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

### **Dr. José Luis Díaz Recuero**

*Servicio de Dermatología.  
Hospital Universitario Fundación  
Jiménez Díaz, Madrid*

### **Dra. Carmen Hernández**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

### **Dra. Carmen Martín Blanco**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

### **Dra. Mónica Martín Blanco**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Santa  
Cristina. Madrid*

### **Dra. Carmen Martín-Gromaz**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

**Dra. Noemi Martínez Parrondo**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

**Dr. Gonzalo Mezquita Gómez**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

**Dr. Gonzalo Nadal Rubido**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

**Dra. M<sup>a</sup> Jesús Pablos Antona**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón  
y Cajal. Universidad Alcalá de  
Henares. Madrid*

**Dra. Irene Pelayo Delgado**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

**Dra. Marta Ramírez Navarrete**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

**Dra. Carmen Rodríguez Rubio**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

**Dra. Marta Salvador Osuna**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

**Dr. Javier Sancho Saúco**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

**Dra. Lucía Serrano González**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

**Dra. Ana Tarjuelo Amor**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

**Dra. Cristina del Valle Rubido**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

**Dra. Julia Zurita Calvo**

*F.E.A. Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Ramón y  
Cajal, Madrid*

# SUMARIO

1. HEMORRAGIAS DE ORIGEN GENITAL	9
2. TRAUMATISMOS EN GINECOLOGÍA	23
3. INFECCIONES DE ORIGEN GINECOLÓGICO	33
4. DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN GINECOLÓGICO	67
5. AGRESIÓN SEXUAL	91
6. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	99
7. URGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN	109



# INTRODUCCIÓN

**E**ste libro, eminentemente práctico y esquemático, ayuda a la formación y organización de los responsables de Urgencias a la hora del diagnóstico diferencial de la mujer con patología ginecológica.

Está dirigido a todo el personal sanitario que interviene en ese proceso diagnóstico: médicos de Atención Primaria, Internistas encargados del área o servicio de Urgencias, especialistas de distintas especialidades, residentes, etc.

La guía se estructura en capítulos según los motivos principales de consulta de la mujer ya sea una hemorragia, dolor abdominal o infecciones con sus consiguientes diagnósticos diferenciales. Hay que tener en cuenta que, en numerosas ocasiones, la clínica se solapa y habrá que manejar varios signos y síntomas simultáneamente.

Además, se ha incluido un capítulo relacionado con la agresión sexual, los traumatismos y la anticoncepción de emergencia que, desafortunadamente, son cada vez más frecuentes en las consultas de los servicios de Urgencia.

También se incluye un tema sobre la gestación precoz, el aborto o la amenaza de aborto, que constituye una de las principales preocupaciones en la mujer en el inicio del embarazo.

Es importante recalcar que lo expuesto no debe considerarse como una verdad absoluta, dado que, en ocasiones, un mismo caso podría manejarse de formas alternativas siendo todas ellas válidas.

En cualquier caso, esperamos que sea de gran utilidad para mejorar el manejo de las pacientes en casos de urgencia.

**Dra. Irene Pelayo Delgado**

*Coordinadora de la obra*



## 1

# HEMORRAGIAS DE ORIGEN GENITAL

*Dr. Javier Sancho Saúco, Dra. Elena Cabezas López, Dra. Marina Antón Marazuela*

El **sangrado genital** es la alteración ginecológica más frecuente en las mujeres en edad reproductiva, constituyendo una de las causas más habituales de atención en las urgencias ginecológicas por su gran influencia en la actividad y la calidad de vida de las mujeres que lo padecen.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS HEMORRAGIAS GINECOLÓGICAS

**Tabla 1.**  
Diagnóstico diferencial de posibles orígenes del sangrado genital

Posibles orígenes del sangrado genital
Menstruación
Embarazo
Sangrado uterino anómalo / hemorragia disfuncional
Alteraciones orgánicas del tracto genital
Traumatismos

## Clasificación

**Hemorragia leve-moderada:** remisión para estudio ambulatorio.

**Hemorragia de mayor intensidad, compromete a la paciente hemodinámicamente o se evidencia una alteración analítica:** investigar la causa del sangrado y manejar la situación de manera diferencial.

**Metrorragias postmenopáusicas:** remisión preferente a Ginecología, al ser el síntoma inicial en procesos neoplásicos. Si el sangrado es por atrofia genital, podrá ser tratado de forma conservadora mediante el uso de tratamientos locales.

## Anamnesis

**Intentar establecer la naturaleza del sangrado e identificar las posibles causas patológicas** → interrogar de forma exhaustiva sobre:

- Edad (Tabla 2):

**Tabla 2.**

**Etiología del sangrado genital en función de la edad**

<b>Infancia (premenarquia)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuerpo extraño</li> <li>• Traumatismo</li> <li>• Infección</li> <li>• Abuso sexual</li> <li>• Pubertad precoz</li> </ul>
<b>Adolescencia (posmenarquia)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración coagulación</li> <li>• Anovulación</li> <li>• Infección</li> <li>• Embarazo</li> <li>• Trastornos alimentarios, estrés</li> </ul>
<b>Edad reproductiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo</li> <li>• Alteraciones estructurales u orgánicas</li> <li>• Patología maligna</li> <li>• Disfunción ovulatoria</li> <li>• Infección</li> <li>• Iatrogénica (toma de fármacos)</li> </ul>
<b>Posmenopausia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer (sobre todo endometrio)</li> <li>• Atrofia endometrial</li> <li>• Terapia hormonal sustitutiva (THS)</li> </ul>

- **Antecedentes familiares**

La presencia de enfermedades y cánceres ginecológicos en la familia puede aumentar la posibilidad de desarrollo de los mismos, sobre todo si son de primer grado.

- **Antecedentes personales**

Determinadas enfermedades sistémicas, toma de fármacos, pueden aumentar la posibilidad de sangrado.

- **Historia ginecológica**

- Fecha de la última regla (FUR) y características de la misma.
- Edad de la menarquia.
- Duración del ciclo menstrual, duración e intensidad de cada menstruación y existencia (si hay) de dolor previo o durante la menstruación.
- Antecedentes de enfermedades ginecológicas.
- Conducta sexual, empleo de métodos anticonceptivos.
- Si mujer posmenopáusica: edad de la menopausia, existencia o no de sangrados previos y si hubo uso de terapia hormonal sustitutiva.

- **Historia obstétrica**

Información sobre embarazos previos (número, partos, cesáreas, abortos y embarazos ectópicos); así como complicaciones asociadas en los embarazos evolutivos, la edad gestacional de finalización de embarazo y su forma de finalización, puerperio, lactancia y complicaciones materno-fetales.

- **Características del sangrado**

Elaboración del menograma de Kaltembach o calendario menstrual: binomio que incluye, en el numerador, la duración en días de la menstruación y, en el denominador, la frecuencia con la que se presenta. Lo habitual sería 3-4/28-30. **(Tabla 3)**

- **Síntomas concomitantes**

Por sangrado concomitante de otras zonas corporales, historia de sangrado abundante desde la menarquia, dolor abdominal o fiebre.

**Tabla 3.****Límites de normalidad para el ciclo menstrual de acuerdo a la FIGO***(International Federation of Gynecology and Obstetrics)*

	Media	Rango
<b>Periodicidad</b>	28 días	21-35 días
<b>Duración sangrado</b>	4-5 días	2-7 días
<b>Cantidad sangrado</b>	30 ml	5-80 ml

En la **práctica clínica**, el diagnóstico se basa en la información proporcionada por la paciente sobre su percepción de aumento del sangrado, en comparación con ciclos anteriores y se podrá valorar de forma indirecta por el número de compresas o tampones usados o por la presencia de coágulos.

## Exploración física

Determinar la etiología del sangrado.

Valorar la estabilidad hemodinámica, el origen y la cuantía del sangrado, mediante **especuloscopia** (introducción de un espéculo en la vagina para determinar la presencia de anomalías cervicales o vaginales)

- **Valoración inicial y toma de constantes vitales**
  - Estabilidad hemodinámica → toma de tensión arterial
  - Frecuencia cardíaca
  - Saturación de O<sub>2</sub>
  - Temperatura.
- **Inspección general**
  - Piel y mucosas (palidez)
  - Hábito corporal (peso y talla)

- **Exploración general**
  - Abdominal:
    - Palpación de la altura uterina: gestación o presencia de miomas.
    - Presencia de masas a nivel anexial: quistes ováricos.
  - Presencia de signos de peritonismo o irritación peritoneal: folículo hemorrágico roto, torsión de ovario, gestación ectópica o enfermedad inflamatoria pélvica.
- **Exploración ginecológica**
  - Inspección visual de genitales externos para determinar si existen lesiones.
  - Inspección vaginal (especuloscopia) para valorar la existencia de lesiones en vagina, cérvix o presencia de un cuerpo extraño.
  - Tacto vaginal y bimanual para determinar si el cérvix es doloroso a la movilización o si existe un aumento del tamaño uterino.
- **Tacto rectal y sondaje vesical**

Si se sospecha sangrado no ginecológico → tracto intestinal (rectorragia) o urinario (hematuria).

## Pruebas complementarias

- **Test de embarazo:**

Debe realizarse a mujer en edad fértil.

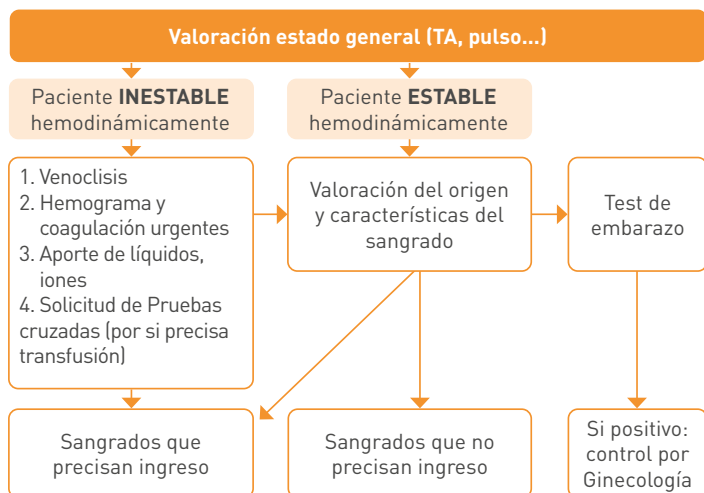
  - **Test positivo:** localizar y datar la gestación mediante ecografía vaginal; o determinación cuantitativa de la subunidad β de la hormona gonadotropina coriónica en suero (BHCG).
  - **Test negativo:** continuación del estudio con más pruebas complementarias.
- **Analítica de sangre**

Debe incluir hemograma, bioquímica y coagulación, pruebas cruzadas en función de la cuantía del sangrado y sospecha de patología.
- **Ecografía ginecológica:**

Es la primera línea en el diagnóstico diferencial.

- Mujeres sin himen íntegro: vía vaginal, complementando con la vía abdominal.
- Mujeres con himen íntegro: vía abdominal o transrectal.
- **Cultivo vaginal +/- endocervical:**  
Si leucorrea o sospecha de infección y/o enfermedad inflamatoria pélvica.
- **Citología y/o biopsia cervical:**  
Si sospecha de patología cervical.
- **Biopsia endometrial:**  
En caso de sospecha de patología endometrial y en toda metrorragia postmenopáusica. Mediante cánula de Cornier (si es posible). En caso de sangrado intenso, puede requerir la realización de legrado.
- **Otras pruebas:**  
Tomografía computarizada (TC), resonancia magnética nuclear (RMN) o interconsulta, si sospecha de patología no ginecológica.

**Figura 1.**  
**Manejo inicial de paciente que acude a Urgencias por sangrado de origen ginecológico**



## MANEJO DE LAS HEMORRAGIAS DE ORIGEN GENITAL SEGÚN LA ETIOLOGÍA

Primera actuación ante mujer con sangrado genital → **valorar su estado hemodinámico.**

### Si hemodinámicamente inestable:

1. Estabilizar mediante canalización de vías venosas periféricas.
2. Realizar reposición de volemia y asegurar una vía área.
3. Analítica urgente con pruebas cruzadas y test de embarazo.
4. Localizar origen de sangrado para tratamiento dirigido.

### Traumatismo vulvovaginal *(Capítulo 2)*

#### Traumatismo cervical

- **Desgarros cervicales**

De origen obstétrico o secundarios a procedimiento ginecológico (más raros).

Manejo: no requieren tratamiento (sutura si hemorragia activa).

- **Pólipos cervicales**

Lesiones benignas que asoman por orificio cervical interno. Pueden sangrar espontáneamente al roce (pequeños sangrados continuos o coitorragias).

Manejo: exéresis mediante torsión con pinza de anillas.

- **Miomas cervicales**

Raros, pueden provocar fuertes hemorragias.

Manejo: exéresis por torsión si protruyen a través del orificio cervical externo.

- **Ectopia o eritroplasia**

Descartar malignidad.

Manejo: no requieren tratamiento (si sangrado abundante, realizar coagulación con procicatrizantes o con criocoagulación o electrocoagulación).

- **Erosión cervical**

Secundaria al roce de cérvix con ropa interior en pacientes con prolapso uterinos grados III y IV, si existe atrofia.

Manejo: no requieren tratamiento, si sangrado importante, reducir prolapso y taponar con procicatrizantes.

- **Condilomas o papilomas**

Proyecciones de tipo papilar en exocérvix, pueden sangrar al roce.

Manejo: agentes citotóxicos, inmunomoduladores, tratamiento escisional o tratamiento destructivo.

- **Cervicitis**

Secundaria a gérmenes que aumentan la fragilidad cervical y vaginal por infección, cursan con leucorrea sanguinolenta y pueden desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica.

Manejo: antibioterapia.

- **Lesiones premalignas o malignas cervicales**

Se presentan como sangrado intermenstrual escaso o al roce o post-coital.

Manejo: derivar a Unidad de Patología Cervical para colposcopia.

## Traumatismo uterino

**Tabla 4.**

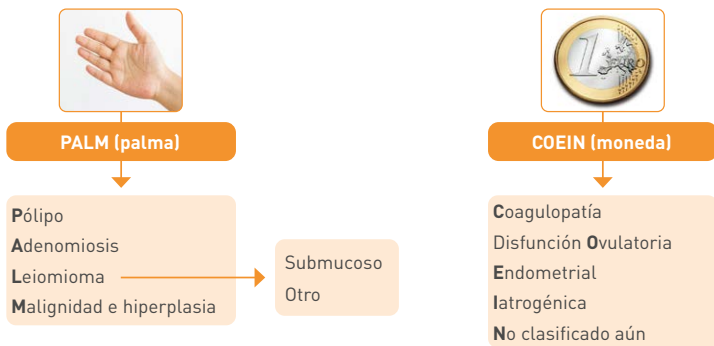
**Definiciones de alteraciones del ciclo menstrual según la FIGO**

<b>Alteraciones de la regularidad o frecuencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado uterino irregular</li> <li>• Ausencia de sangrado menstrual</li> </ul>
<b>Alteraciones de la cantidad o intensidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado menstrual abundante</li> <li>• Sangrado menstrual escaso</li> </ul>
<b>Alteraciones de la duración</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado menstrual prolongado</li> <li>• Sangrado menstrual acortado</li> </ul>
<b>Sangrado irregular no menstrual</b>	
<b>Sangrado fuera de la edad reproductiva</b>	



**Figura 2.**

Sistema de clasificación (PALM-COEIN) para definir las causas del sangrado uterino anómalo no relacionado con el embarazo (FIGO)



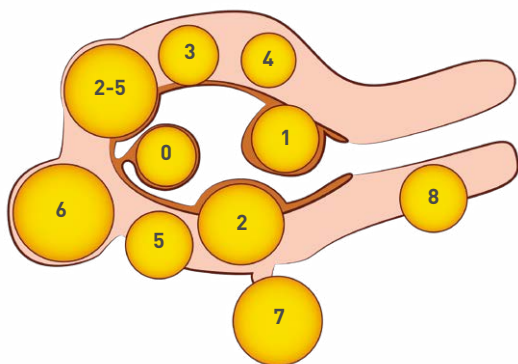
Aprobado por la FIGO en 2011.

Según esta clasificación, el sangrado puede tener su **origen en causas estructurales (PALM)** o en **causas no estructurales (COEIN)**.

### 1. Causas estructurales u orgánicas (PALM).

- **Pólipos endometriales.** Causan sangrado intermenstrual o posmenstrual no muy abundante (*spotting*).
- **Adenomiosis.** Dos formas de presentación: difusa y nodular. También dismenorrea o dolor pélvico crónico en endometriosis.
- **Leiomioma.** Por ecografía, visualizar número, tamaño y localización de miomas.
- **Malignidad/hiperplasia.**
  - **Hiperplasia endometrial** (con o sin atipias): hipermenorrea o metrorragia de intensidad variada. Sospecha si endometrio engrosado > 8 mm en fase proliferativa o > 15 mm en fase secretora (visto en ecografía)
  - **Cáncer de endometrio:** sospechar en posmenopausia o perimenopausia si sangrado uterino anómalo. Endometrio engrosado en ecografía

**Figura 3.**  
**Miomas uterinos**



	0	Pedículo intracavitario
<b>Submucoso</b>	1	< 50% intramural
	2	> 50% intramural
<b>Intramural o intersticial</b>	3	Intramural en contacto con el endometrio
	4	Intramural
<b>Subseroso</b>	5	Subseroso > 50% intramural
	6	Subseroso < 50% intramural
	7	Subseroso pediculario
<b>Otros</b>	8	Otros (específicos como por ej, cervical, parasitario, etc.)
<b>Híbridos</b>	2-5	Dos cifras separadas por un guión, la primera precisa la relación con el endometrio, y la otra, con la serosa

## Manejo PALM

Diagnóstico: **ecografía transvaginal** → primera línea para investigar posibles causas estructurales.

Tratamiento: **dirigido a la patología subyacente** (desde la consulta).

1. Tratamientos no hormonales y/o hormonales para control del sangrado
2. Derivación a consulta especializada
3. Si pólipos de gran tamaño visibles por el orificio cervical externo y miomas paridos → exéresis en Urgencias para cohibir el sangrado.
4. Si duda de malignidad/ hiperplasia → biopsia de endometrio con cánula de Cornier y derivar a consulta especializada.

## 2. Causas no estructurales o no orgánicas (COEIN).

- **Coagulopatía:** sangrados abundantes ligados a disfunciones de la hemostasia (desde la menarquia) → efectos sobre la anemia acumulados tras la pubertad. Enfermedad de **von Willebrand**, entre otras.
- **Ovulación:** poco frecuente, (entre los 20 y los 35 años,) cuando alteración en fase folicular, lútea o en ambas. Por quistes funcionales (folículos persistentes o hemorrágicos):
  - *Spotting* ovulatorio.
  - *Spotting* premenstrual de escasa cuantía.
  - Hipermenorrea o polimenorrea.
- **Origen endometrial (hemorragia uterina anómala o disfuncional):** sangrado sin causa orgánica o gestacional.
  - Por anovulación (mayoría), en edades al inicio o al fin de la función ovárica; sangrado abundante tras un período de amenorrea.
  - Niveles bajos de estrógenos periovulatoriamente o por fases proliferativas o secretoras cortas.
  - Posmenopáusicas tras 12 meses de amenorrea con gonadotropinas elevadas, cantidad y duración variable.
  - Si terapia hormonal sustitutiva o en endometritis.

- **Causas iatrogénicas:** *spotting* intermenstrual si toma de anticonceptivos hormonales orales u otros medicamentos que puedan provocar sangrados, quimioterapia, portadoras de dispositivos intrauterinos o por hemorragias posquirúrgicas.
- **Hemorragias no clasificadas:** por malformaciones arteriovenosas, defectos de cicatriz, hepatopatías, nefropatías, endocrinopatías, obesidad...

### Manejo COEIN

Si sangrado muy abundante o anemia importante, plantear tratamiento anticonceptivo hormonal combinado con un anovulatorio monofásico de dosis media alta, con un régimen:

#### INICIO

3-4 comprimidos/ día hasta cese de sangrado (máx 4 días) → 1 comprimido/ 12 horas por 2 días → 1 comprimido/ 24 horas

Añadir 1 comprimido de antiemético previo a la toma de anticonceptivos. Si no cede sangrado, valorar tratamiento quirúrgico:

- **Legrado endometrial:** en situaciones de emergencia si hemodinamia inestable, con fines terapéuticos y diagnósticos → detiene hemorragia y se obtiene material para análisis anatomopatológico.
- **Histeroscopia:** hemorragias agudas-severas, no se suele usar en procesos urgentes.
- **Embolización de las arterias uterinas.**
- **Histerectomía:** si sangrado incontrolable y como última opción.

### Sangrado uterino anómalo

Una de las principales causas de consulta en Ginecología.

**Es todo aquel sangrado excesivo o que ocurre fuera de un ciclo menstrual normal** → Conjunto de desórdenes y patologías genitales y sistémicas.

Posible consecuencia: **anemia crónica por déficit de hierro.**

**Tabla 5.**

Esquema de tratamientos médicos hormonales y no hormonales de las hemorragias uterinas de causa no estructural. Se muestra el grado de eficacia medio y el grado de recomendación.

Tratamiento	Dosis	Eficacia	Grado recomendación
<b>Tratamiento médico no hormonal</b>			
Ácido tranexámico	1-1,5 g / 6-8 h vo	50%	A
Ácido mefenámico	500 mg / 8 h vo	30%	A
Naproxeno	500 mg/ 12 h vo	30%	A
Etamsilato	500 mg / 4-6 h vo	20%	B
<b>Tratamiento médico hormonal</b>			
DIU LNG	0,02 mg / 24h	80-94%	A
VE2/DNg	Variable por fases	87-89%	A
ACH	20-30 mcg EE2	35-68%	B
Gestágeno > 21días	5-10 mg / día MPA o NETA	50%	B
Gestágeno < 21días	5-10 mg / día MPA o NETA	30%	C

DIU LNG: dispositivo intrauterino de levonorgestrel; VE2/DNg: valerato de estradiol y dienogest; ACH: anticonceptivo hormonal

## Manejo

### Diagnóstico

- Solicitar un hemograma y control de los niveles de hierro en sangre.
- Si depleción de los depósitos de hierro: ferritina  $< 15 \mu\text{g/L}$  →  
Anemia leve moderada: hemoglobina: 10-12 g/dl.

### Tratamiento

- **Suplementación con hierro oral** → opción 1 comprimido diario de **ferrimanitol ovoalbúmina** (preparado oral de hierro trivalente **recomendado para el tratamiento de anemia ferropénica y estados carenciales de hierro**).

Mantener, al menos, 4-6 semanas, si no se logra controlar completamente el sangrado, hasta 6 meses.

- Control con analítica sanguínea a las **4-6 sem**, si hemoglobina: 10-12 g/dl.
- Control de ferritina a los **3 meses**, si solo déficit en los depósitos de hierro.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bonilla-Musoles F, Pellicer Martínez A. Obstetricia, reproducción y ginecología básicas. Tomo III. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.
- Grande García JA (coord.). Guía de manejo de las urgencias ginecológicas. Madrid: Biblioteca Pierre Fabre en Ginecología; 2016.
- Cañete Palomo ML (coord.). Miomas uterinos. Protocolo asistencial en Ginecología. Actualizado 2015. [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2015. [Citado 05 oct 2023]. Disponible en: <https://www.especialistaenmiomas.com/pdf/miomas-uterinos-2015-final.pdf>
- Sociedad Española de ginecología y Obstetricia (SEGO). Sangrado menstrual abundante (SMA). Prog Obstet Ginecol. 2013;56(10):535-546.
- Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. Int J Gynaecol Obstet. 2011;113(1):3-13.
- Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Martín A, Díaz García C (coord.). Obstetricia y ginecología: Guía de actuación. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- Whitaker L, Critchley HO. Abnormal uterine bleeding. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016;34:54-65.
- Zapardiel Gutiérrez I, De la Fuente Valero J, Bajo Arenas JM. Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología. Las Rozas: Habe editores; 2008.

## 2

TRAUMATISMOS  
EN GINECOLOGÍA

*Dra. Carmen M<sup>a</sup> Hernández Iglesias, Dra. Carmen Rodríguez Rubio,  
Dra. Irene Pelayo Delgado*

**GENERALIDADES****Origen**

1. Traumatismo en el área vulvar o mamaria (traumatismo cerrado).
2. Heridas inciso-contusas o penetrantes, más frecuentes en el área vaginal.

**Síntomas**

Dolor, inflamación o sangrado genital, ocasionalmente dolor abdominal o lumbar bajo.

**Abordaje**

1. Exploración minuciosa para identificar todas las posibles lesiones internas/ externas.
2. Anamnesis, en múltiples ocasiones, las pacientes no refieren claramente la causa del traumatismo o la historia no concuerda con las lesiones que evidenciamos → importante investigar.
3. Tratamiento: si agresión sexual → activar todas las medidas pertinentes:
  - Ayuda psicológica si lo requiere la paciente
  - Adecuada profilaxis de las infecciones de transmisión sexual
  - Prevención de las gestaciones no deseadas

## TIPOS DE TRAUMATISMOS

### Lesiones obstétricas

#### Desgarros y hematomas en cérvix, vagina y vulva.

En parto

#### Tipos de desgarros (según las estructuras afectas) (Figura 1)

- **Desgarros tipo 1:** afectan a mucosa vaginal, horquilla o piel perineal.
- **Desgarros tipo 2:** se extienden a cuerpo perineal, lesionando el músculo transverso del periné..
- **Desgarros tipo 3:** afectan además a esfínter anal:
  - 3a: rotura < 50% del esfínter anal externo.
  - 3b: rotura > 50% del esfínter anal externo.
  - 3c: rotura del esfínter anal interno + completa rotura del esfínter anal externo.
- **Desgarros tipo 4:** añaden rotura de la pared anterior del recto.
- **Lesiones en ojal:** lesiones de mucosa vaginal y rectal sin lesión de los esfínteres.

#### Figura 1.

Esquema de los tipos de desgarro (1º-4º grado) según las estructuras anatómicas afectas



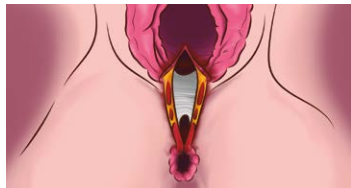
Desgarro de 1<sup>er</sup> grado



Desgarro de 2º grado



Desgarro de 3<sup>er</sup> grado



Desgarro de 4º grado



## Traumatismos vulvares y perineales

**Erosiones superficiales y hematomas.** Suelen **autolimitarse y ser unilaterales**, de causa venosa y existir varios puntos sangrantes. La piel que recubre los hematomas grandes suele ser oscura, brillante y edematosa.

Causas: golpes y traumatismos cerrados, en posición de horcajadas, el coito o en los niños por golpes en los columpios.

## Traumatismos vaginales

**Dislaceraciones, desgarros, heridas incisas** y, ocasionalmente, **hematomas**.

Causas: **traumatismos penetrantes** (coito no consentido, penetración por objetos extraños, fracturas de pelvis o fuerzas hidráulicas y neumáticas en los accidentes de esquí acuático y de motos de agua).

**Factores de riesgo:** primer coito (desgarros himeneales), estados hipoestrógenicos (menopausia, lactancia, postparto), embriaguez, historia de radioterapia pélvica, anomalías congénitas de vulva y vagina...

## Traumatismos mamarios

**Arañazos, erosiones superficiales de la piel, hematomas o heridas incisas.**

Causas **múltiples:** cinturón de seguridad, agresión sexual, por niños o animales domésticos, caídas accidentales o golpes.

## SÍNTOMAS

- **Dolor, sensación de quemazón, edema, inflamación** en genitales o mama.
- **Sangrado:**
  - Pequeño: autolimitados en las dislaceraciones y desgarros superficiales.
  - Profuso: en lesiones profundas → revisión y sutura quirúrgica.
- **Petequias, equimosis, sufusión hemorrágica, hematomas, asimetría labial.**

- **Hematomas:**
  - Tumoraciones blandas, unilaterales (sensación de tensión).
  - Dificultad para la micción y la defecación (si desplazan la uretra o el recto)
  - Desestabilización hemodinámica de la paciente, si se extienden a vagina y a espacios paravaginales, incluso a ligamento ancho y retroperitoneo.

## DIAGNÓSTICO

**Anamnesis** detallada y orientada a descubrir causa de la lesión y extensión .

**Exploración física** (siempre en **presencia de testigo**), especialmente cuidadosa para no añadir estrés.

- **Exploración de vulva**, valorar labios, clítoris, uretra, periné y recto.
- **Exploración de introito y anillo himeneal:** traccionando suavemente hacia abajo y hacia fuera en el periné y 1/3 inferior de los labios.
- **Valoración vaginal:** introducir suavemente un espéculo estéril, rotándolo despacio para visualizar completamente las 4 paredes vaginales incluyendo los fórnix. En su extracción, disminuir la presión poco a poco para no ocultar pequeños sangrados de laceraciones vaginales.
- **Exploración del tacto rectal:** valorar tono del esfínter e integridad de la mucosa y sangrados.  
Puede ser necesario sondaje vesical transitorio para valorar presencia de hematuria.
- **Exploración abdomino-pélvica:** palpación de prominencias óseas → para descartar fracturas ( → estudio radiográfico óseo).

**Otras técnicas** para el correcto diagnóstico:

- **Ecografía abdominopélvica y el TC**, ayudan a valorar posibles lesiones internas tras traumatismos penetrantes en cavidad abdominal y descartar hemoperitoneo o hematoma retroperitoneal.
- **Ecografía translabial**, puede ayudar a diferenciar entre un edema y un hematoma.
- **Medición de los hematomas**, permitirá realizar la valoración del crecimiento de los mismos y ayudará a diferenciar cuales deberán ser drenados.

Si el sangrado vaginal es tan abundante que impide la correcta valoración, realizar un **taponamiento vaginal y completar la exploración en quirófano, bajo anestesia general.**

## MANEJO DE LAS LESIONES

### Laceraciones y desgarros

Las **laceraciones superficiales** que sangran poco se pueden dejar cerrar espontáneamente.

**Si requieren hemostasia:**

- Nitrato de plata o solución de Monsel (sulfato férrico al 20%).
- Material a base de celulosa regenerada oxidada o esponjas a base de gelatina porcina absorbibles.
- Material hemostático a base de almidón vegetal modificado e incluso a base de fibrinógeno y trombina humana.

Si precisan aproximación de los tejidos:

- Suturar bajo anestesia local con suturas sintéticas, finas y reabsorbibles.

Las **laceraciones profundas (profundidad >3-4 mm)** requerirán sutura en el quirófano bajo anestesia general o regional:

- Una o varias capas de sutura continua, preferiblemente sin cruzar o en puntos sueltos con suturas finas, sintéticas de reabsorción rápida. La finalidad es evitar los espacios muertos, reduciendo la posibilidad que aparezcan nuevos hematomas o seromas post quirúrgicos.
- Importante utilizar la menor cantidad de material de sutura posible para evitar posibles infecciones y la aparición de granulomas.
- La sutura del esfínter externo debe realizarse de manera término-terminal o laterolateral con suturas sintéticas de reabsorción lenta.

Si las **laceraciones** parecen **infectadas** tras la realización de hemostasia:

- Dejar cerrar por segunda intención realizando 2-3 curas diarias con gasas empapadas en suero salino hipertónico; o podemos cerrarlas dejando un drenaje.

En los desgarros complejos:

- Dejar un taponamiento vaginal tras la cirugía durante 24-48 horas para asegurar la hemostasia y evitar la formación de hematomas.

- Dejar una sonda vesical para una correcta evacuación vesical porque el taponamiento puede obstruir la uretra.

Si las lesiones se extienden **más allá de la vagina**:

- Valorar la realización de una laparoscopia o laparotomía exploradora, teniendo en cuenta la posible lesión urológica o digestiva.
- Ocasionalmente, se precisa la embolización selectiva de los vasos sangrantes por parte de Radiología Intervencionista.

### Hematomas

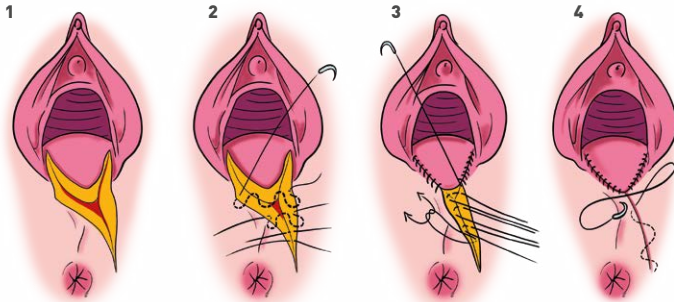
- **Vulvares**: producidos por lesiones de las ramas finales de la arteria pudenda, vasos hemorroidales y clitoroideos. La formación del hematoma se produce hacia la piel (el tejido celular subcutáneo ofrece menor resistencia) salvo que esté dañada la fascia.
- **Vaginales y paravaginales** (por debajo del elevador del ano): causados por lesión de ramas distales de la arteria uterina. Los vasos están rodeados por tejido laxo, pueden extenderse hacia el retroperitoneo e incluso alcanzar el margen inferior del diafragma.
- **Supraelevador o retroperitoneales**: causados por lesión en las ramas de la arteria y/o vena ilíaca interna. Pueden extenderse rápidamente y provocar un shock hipovolémico.

Es frecuente que los hematomas se **autolimiten**. Si no es así, los hematomas deben ser **tratados de manera conservadora**:

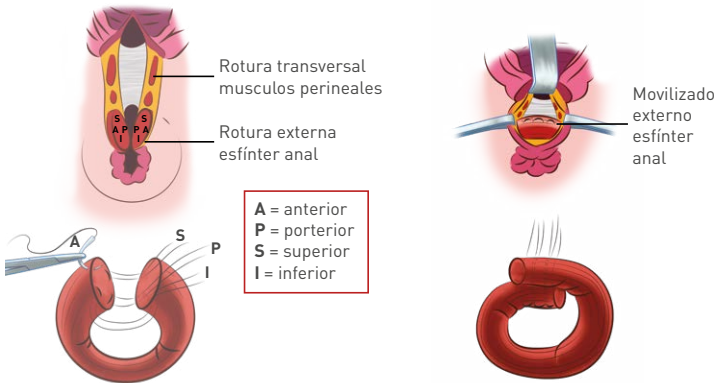
- Si es posible: aplicar hielo en la lesión durante las primeras 24-48 horas para minimizar la inflamación.
- Realizar compresión o taponamiento de las lesiones para evitar su expansión.
- Utilizar una analgesia adecuada (AINEs alternando con paracetamol) para minimizar el dolor.
- Añadir profilaxis antibiótica para evitar sobreinfección.
- Valorar la colocación de una sonda vesical, si el hematoma comprime la uretra.

Se deberá realizar una exploración y un tratamiento quirúrgico si el hematoma es de gran tamaño, crece rápidamente, se sospecha sobreinfección, se rompe espontáneamente, o si el tejido corre riesgo de necrosarse o la paciente está hemodinámicamente inestable.

**Figura 2.**  
Reparación de desgarro vaginal de 2º grado



**Figura 3.**  
Opciones de reparación del esfínter anal



**Reparación término-terminal del esfínter anal.** Los extremos del esfínter lesionado se sostienen con pinzas de Allis para reaproximar los bordes con 3-4 suturas, empezando por el borde profundo (inferior), después el posterior; continuamos con el superior y finalmente el anterior.

**Reparación laterolateral del esfínter anal.** Los extremos del esfínter lesionado se sostienen con pinzas de Allis para movilizar el músculo y superponer sus extremos al menos 2 cm para realizar una sutura en chaleco, reaproximando tanto el borde superficial como el profundo con 3-4 puntos de colchonero.

### Tratamiento quirúrgico

- Apertura, coagulación o ligadura de los puntos sangrantes y cierre por planos.
- El lavado con suero caliente y aspiración de los coágulos ayuda a identificar los puntos de sangrado.
- Dejar drenaje en el lecho quirúrgico.
- Empleo de material hemostático, si se requiere.
- Valorar la embolización selectiva de los vasos sangrantes realizada por Radiología intervencionista.
- En casos extremos, taponamiento pélvico para estabilizar a la paciente y reevaluar el caso en máximo 24-48 horas.

### SEGUIMIENTO

#### Laceraciones y desgarros

- **Baños de asiento** para la correcta higiene de las lesiones externas.
- **Reposo entre 2-4 semanas.** Los primeros días se recomienda reposo boca arriba o de lado para evitar necrosis por presión de las zonas externas lesionadas.
- **AINEs**, alternando con **paracetamol** para disminuir el dolor.
- Uso de **lubricantes** durante las relaciones sexuales.
- **Suplementos estrogénicos** en las pacientes con hipoestrogenismo.
- **Apoyo psicológico** tras el alta.

### CONCLUSIONES

- Realizar una buena historia clínica y una exploración correcta.
- Sospechar abuso sexual en niñas y adolescentes ante lesiones en horquilla, en himen entre las 3-9 horas y en periné posterior.
- Hay que recordar que no se repara lo que no se diagnostica.
- Ante paciente inestable tras un traumatismo genital o pélvico, si no se visualiza sangrado, hay que sospechar hemoperitoneo o hematoma retroperitoneal.

## BIBLIOGRAFÍA

- ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of infection after gynecologic procedures. *Obstet Gynecol.* 2018;131(6):e172-e189.
- Benrubi G, Neuman C, Nuss RC, Thompson RJ. Vulvar and vaginal hematomas: A retrospective study of conservative versus operative management. *South Med J.* 1987;80(8):991-994.
- Bond GR, Dowd MD, Landsman I, Rimsza M. Unintentional perineal injury in prepubescent girls: A multicenter, prospective report of 56 girls. *Pediatrics.* 1995;95(5):628-631.
- Cueto hernandez I, González Garzón de Zumárraga B. Traumatismo obstétrico en periné y suelo pélvico. En: *Manual práctico de emergencia obstétricas.* San Salvador: Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer. p. 223-237.
- Emans SJ, Woods ER, Flagg NT, Freeman A. Genital findings in sexually abused, symptomatic and asymptomatic, girls. *Pediatrics.* 1987;79(5):778-785.
- Hospital Universitario Ramón y Cajal. Evaluation and management of female lower genital tract trauma. [Internet]. *Csinet.es*; 2017. [Citado 11 oct 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate-com.m-hryc.a17.csinet.es/contents/evaluation-and-management-of-female-lower-genital-tract-trauma?search=genital%20tract%20%20trauma&source=search\\_result&selectedTitle=1~100&usage\\_type=default&-display\\_rank=](https://www.uptodate-com.m-hryc.a17.csinet.es/contents/evaluation-and-management-of-female-lower-genital-tract-trauma?search=genital%20tract%20%20trauma&source=search_result&selectedTitle=1~100&usage_type=default&-display_rank=)
- Kanai M, Osada R, Maruyama K, Masuzawa H, Shih HC, Konishi I. Warning from Nagano: Increase of vulvar hematoma and/or lacerated injury caused by snowboarding. *J Trauma.* 2001;50(2):328-331.
- Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet]. 2010;2010(6):CD000006. [Citado 11 oct 2023]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000006.pub2/full>
- Kunishima K, Takao H, Kato N, Inoh S, Ohtomo K. Transarterial embolization of a nonpuerperal traumatic vulvar hematoma. *Radiat Med.* 2008;26(3):168-170.
- Lopez HN, Focseneanu MA, Merritt DF. Genital injuries acute evaluation and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;48:28-39.
- McColgin SW, Williams LM, Sorrells TL, Morrison JC. Hemoperitoneum as a result of coital injury without associated vaginal injury. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;163 (5 Pt 1):1503-1505.
- Patel BN, Hoefgen HR, Nour N, Merritt DF. Genital trauma. En: Emans SJ, Laufer MR, DiVasta AD (Ed.). *Pediatric & Adolescent Gynecology.* 7ª Ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2020. p.237.
- Sadler DW, Pounder DJ. Fatal air embolism occurring during consensual intercourse in a non-pregnant female. *J Clin Forensic Med.* 1998;5(2):77-79.





## 3

INFECCIONES  
DE ORIGEN  
GINECOLÓGICO

*Dra. María Jesús Pablos Antona, Dra. Virginia Corraliza Galán,  
Dra. Carmen Martín-Gromaz, Dr. Gonzalo Nadal Rubido,  
Dr. Jose Luis Díaz Recuero, Dra. Irene Pelayo Delgado*

**ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP)**

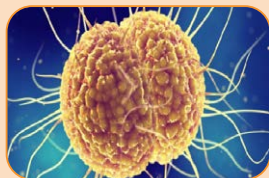
Infección aguda del tracto genital femenino superior (útero, trompas y ovarios) que puede ir acompañada de afectación de órganos pélvicos vecinos, produciendo endometritis, salpingitis, ooforitis, peritonitis y/o abscesos tuboováricos.

**Patogénesis y factores de riesgo****Mecanismo de transmisión: sexual (85%)**

La flora vaginal de las mujeres sanas está formada por bacterias potencialmente patógenas. El moco del canal endocervical actúa como una barrera que protege al tracto superior de estos patógenos. La infección endocervical por patógenos de transmisión sexual (ITS) es capaz de romper esta barrera, permitiendo el ascenso de patógenos cervicales y provocando la enfermedad.

Existen **patógenos entéricos o respiratorios** capaces, en hasta un 15%, de colonizar el aparato genital. También existe una **etiología iatrogénica** por la colocación de DIU, realización de histerosonografía, histeroscopia, etc.

**Figura 1.**  
Posible etiopatogenia en la EIP



#### **Neisseria gonorrhoeae**

- Es el causante del 40 % de las EIP
- 15% de las cervicitis producirán EIP
- 10-40% infección concomitante con Clamidia
- Diagnóstico: exudado endocervical (TAAN). Medio de transporte escobillones SIN MEDIO



#### **Chlamydia trachomatis**

- Infección bacteriana de transmisión sexual más frecuente
- 70-90% serán asintomáticas
- 10-15% producirán EIP
- Diagnóstico: TAAN. Medio de transporte escobillones SIN MEDIO



#### **Otros**

- *Mycoplasma genitalium*, *E. coli*, anaerobios colónicos
- *Gardnerella vaginalis* (vaginosis bacteriana)

**Figura 2.**  
Factores de riesgo asociados a la EIP

Mujer joven (15-25 años)

EIP anterior

Múltiples parejas sexuales

Manipulación uterina (DIU\*,  
histeroscopia, histerosalpingografía)

\*La inserción de DIU sólo aumenta el riesgo de infección las 3 primeras semanas tras su inserción (se puede mantener durante el tratamiento antibiótico, solo retirar si no se produce la mejoría clínica de la paciente).

## Diagnóstico

Es **clínico**.

Enfermedad leve



Cuadro grave de sepsis  
potencialmente mortal

Sospechar de EIP en toda mujer sexualmente activa con dolor pélvico. También si: secreción vaginal, sangrado intermenstrual, dispareunia, febrícula o fiebre y dolor a la palpación uterina.

La clínica es **muy variable**:

- **Dolor abdominal bajo**, agudo, tras la menstruación.
- **Sangrado uterino anormal** ( postcoital o intermenstrual).
- Si pelviperitonitis, **febrícula o fiebre**.
- Si la inflamación se extiende a la cápsula hepática, **perihepatitis** (síndrome de Fitz-Hugh Curtis): dolor abdominal en el cuadrante superior derecho con un componente pleurítico (exudado purulento y fibrinoso en laparoscopia, adherencias en “cuerda de violín”) entre superficie anterior de hígado y pared abdominal.

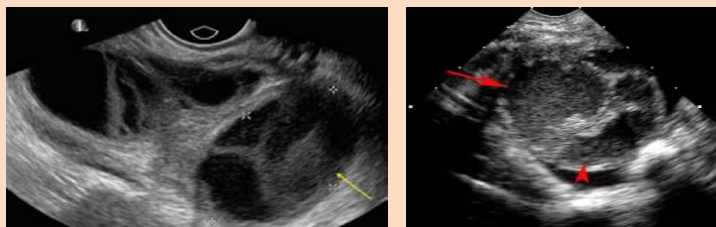
Existe una **infección subclínica** muy frecuente que no induce a la mujer a acudir al médico, pero es lo suficientemente grave para producir secuelas importantes como infertilidad futura.

**Exploración:** se observa dolor a la movilización cervical, dolor uterino y/o anexial; acompañado o no de secreción vaginal.

**Laboratorio:** inespecífico, aumento de VSG y PCR. En enfermedad grave, leucocitosis.

**Ecografía:** de elección por su poco coste y su capacidad de descartar otras patologías ginecológicas.

**Figura 3.**  
Imagen ecográfica de absceso tubo-ovárico



En los casos de EIP leve, la ecografía suele ser normal o haber cambios mínimos. En los casos de EIP moderada o severa, las trompas pueden estar engrosadas produciendo el signo de “rueda dentada” en un corte transversal. Puede haber exudado peritoneal y en el caso de producirse abscesos, aparecen masas quísticas multiloculares complejas con paredes irregulares gruesas, particiones y ecos internos.

**Tomografía computarizada (TC):** más costosa, menos accesible pero más sensible que la ecografía.

### Clasificación de MONIF

**Tabla 1.**  
Clasificación de la enfermedad pélvica inflamatoria (1982)

<b>Grado I (leve)</b>	No complicada, sin masa anexial ni datos de abdomen agudo, ni irritación peritoneal
<b>Grado II (moderada)</b>	Complicada presencia de masa anexial o absceso que involucra trompas y/o ovarios. Con o sin signos de irritación peritoneal
<b>Grado III (Grave o severa)</b>	Diseminada a estructuras extra pélvicas: absceso tubo-ovárico roto o pélviperitonitis o con datos de respuesta sistémica

**Tabla 2.**  
Estadios: Wright Díaz, 2018

<b>Estadio I</b>	Salpingitis
<b>Estadio II</b>	Salpingitis con pelviperitonitis (hiperemia de trompas sin abscesos)
<b>Estadio III</b>	Salpingitis con abscesos tuboováricos
<b>Estadio IV</b>	Rotura del absceso. Sepsis

## Tratamiento

Indicado **para pacientes con el diagnóstico de sospecha.**

**Debe ser empírico.** Si el tratamiento se retrasa o no se realiza, mayor riesgo de complicaciones.

### Pautas generales

Tras confirmación de **EIP**:

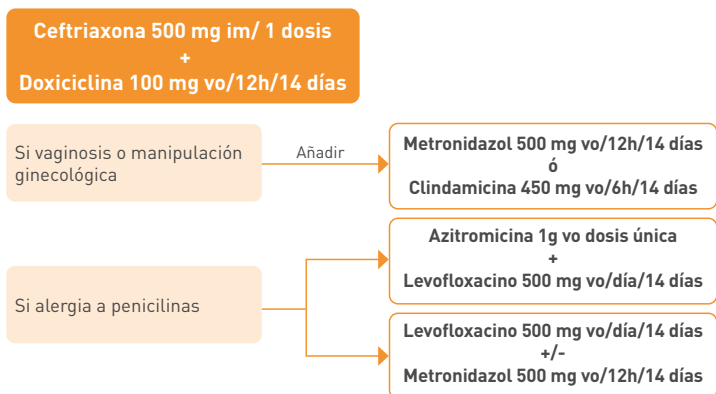
- Realizar detección de otras ITS (sífilis, HIV).
- Aconsejar vacunación frente VHB y HPV.
- Tratar a las parejas sexuales con ceftriaxona 500 mg im. + doxiciclina 100 mg/12h/7 días (o azitromicina 1g monodosis).
- En caso de EIP asociada a DIU, éste sólo debería retirarse en los casos de infección severa.

El tratamiento debe cubrir:

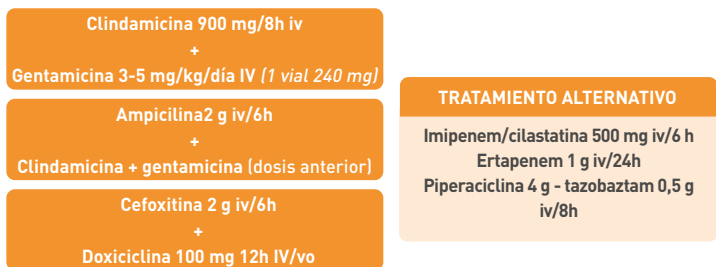
- Chlamydia y gonococo, aunque los exudados sean negativos.
- Anaerobios (metronidazol/clindamicina), en caso de infección grave/complicada, si ha habido instrumentación ginecológica reciente y si hay vaginosis bacteriana o *Trichomonas*.

### Criterios actuales de ingreso

- EIP severa y/o con absceso tubo-ovárico.
- Si no se puede cumplir un tratamiento oral y seguimiento.
- EIP asociada a embarazo.
- Falta de respuesta al tratamiento oral.

**Tratamiento ambulatorio**

Valorar nuevamente a las 48-72 horas desde el inicio del tratamiento, procediendo a su ingreso si no existe mejoría clínica.

**Tratamiento hospitalario**

- Mayor eficacia con el régimen de 3 antibióticos (ampicilina, gentamicina y clindamicina), si hay abscesos.
- Clindamicina, tratamiento de elección si absceso tubo-ovárico (gran actividad anaerobica).
- Gentamicina → monitorizar la función renal.

Continuar tratamiento iv como mínimo 24 h posteriores a la mejoría clínica y seguido de tratamiento oral .

Doxiciclina 100 mg/12h hasta completar 14 días  
 ó  
 Azitromicina 500 mg/día/7 días.

Agregamos metronidazol 500 mg/12h ó clindamicina 450 mg/6h en mujeres con absceso pélvico hasta completar 14 días (o 4-6 sem, si no se ha resuelto el absceso)

### Tratamiento del absceso tubo-ovárico (ATO)

- **Tratamiento antibiótico:** mejoría del cuadro clínico infeccioso en la mayoría de ATO, especialmente si son **unilaterales y menores de 8 cm**.

Si son **mayores de 8-9 cm**, o si no se logra una mejoría clínica dentro de las 48 horas tras inicio de antibióticos, considerar tratamiento quirúrgico o drenaje.

**Tendencia: menor cirugía posible para extirpar el foco infeccioso.** Se debe considerar en mujeres posmenopaúsicas por la elevada malignidad.

**Drenaje guiado por ecografía (o TC)**, técnica ideal para la evacuación → menos invasiva que cirugía y con alta eficacia.

- **Cirugía:** si rotura de ATO (cuadro de abdomen agudo que progresa en pocas horas a un shock séptico).

**Es una emergencia potencialmente mortal y requiere una intervención quirúrgica inmediata (vía laparoscópica o laparotomía).**

## VAGINITIS O INFECCIÓN VULVOVAGINAL

Inflamación de la mucosa vaginal y/o de la piel vulvar causada por un agente infeccioso, irritativo o alérgico.

### Vulvovaginitis infecciosas

#### Clínica

- Prurito y otras molestias genitales (escozor, irritación, enrojecimiento, dispareunia o disuria).
- Leucorrea y mal olor

#### Diagnóstico

Es clínico confirmando con exudado vaginal (**Tabla 3**)

**Tabla 3.**  
Diagnóstico diferencial vaginitis infecciosas

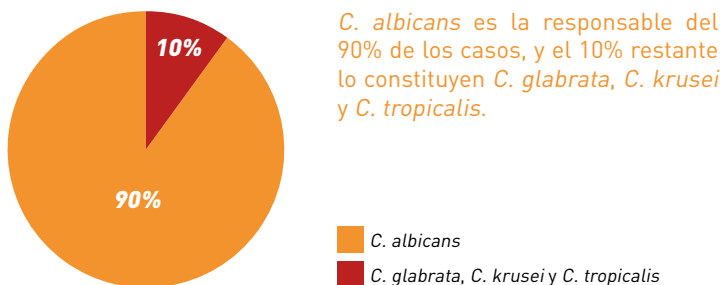
	Candidiasis	Vaginosis bacteriana	Tricomoniasis
<b>Patógeno</b>	<i>C. albicans</i> (90%), <i>C. glabrata</i> , <i>C. krusei</i> , <i>C. tropicalis</i> .	<i>Gardenella vaginalis</i>	<i>Trichomonas vaginalis</i>
<b>Síntomas</b>	Prurito intenso, leucorrea blanquecina y grumosa ("leche cortada"), eritema vulvar. Empeoramiento previo a menstruación y mejoría con ella.	50% asintomáticas. Leucorrea blanco-grisácea homogénea y maloliente.	Leucorrea amarillenta-verdosa, espumosa y maloliente. El 50% asintomáticas. Colpitis puntiforme (cérvix "en fresa").
<b>Diagnóstico</b>	pH <4,5 En fresco: presencia de esporas e hifas Cultivo vaginal (medio Sabouraud): prueba confirmatoria	Criterios de Amsel (3 de 4): 1. pH >4,5 2. Leucorrea 3. Hedor de aminas: secreción con olor a pescado en test de Whiff (KOH 10%) 4. <i>Clue cells</i> al microscopio	pH >4,5 En fresco: Visualización directa del protozoo. PMN+++ Cultivo + en 90% asintomáticas (medio Diamond)
<b>Tratamiento</b>	Sintomático	Sintomático o previo procedimiento ginecológico. Controversia en embarazadas asintomáticas.	A todas y a sus parejas sexuales.



## 1. Candidiasis

**Infección causada por *Candida Albicans*** que se encuentra en pequeñas cantidades en piel, boca y vagina; **su crecimiento excesivo y repentino conlleva un desequilibrio en los demás microorganismos de la flora vaginal**, provoca la infección.

**Figura 4.**  
Prevalencia en Europa de *Candida Albicans*



**Tabla 4.**  
Factores de riesgo asociados a vaginitis candidiásica

Factores de riesgo	
• Antibióticos de amplio espectro	• Predisposición familiar ( <i>manose binding lectin</i> )
• Niveles elevados de estrógenos: embarazo, anticonceptivos y terapia estrogénica	• DIU
• Diabetes mellitus: se recomienda descartar en toda mujer con candidiasis recurrente	• Dieta hiperglucémica
• Inmunosupresión: VIH, lupus...	• Ambiente húmedo

**Tabla 5.**  
Candidiasis complicada

Factores de riesgo	
• Vulvovaginitis grave	• Vulvovaginitis recurrente causada por especies resistentes de <i>Candida albicans</i>
• En paciente con diabetes no controlada	• En paciente inmunodeprimida
• En gestante	

### Diagnóstico

Basado en: anamnesis, exploración minuciosa y exploraciones complementarias (frotis en fresco o cultivo vaginal). **(Figura 5)**  
Presencia de **inflamación vulvovaginal**.

### Tratamiento

Indicado en todas las mujeres sintomáticas. **(Tabla 6)**

- Tratamiento sistemático de la pareja: no justificado (sólo ante la resistencia al tratamiento).
- Asociar corticoides tópicos en pauta descendente si mucho edema genital asociado.

**Figura 5.**  
Candidiasis vaginal



**Vulvovaginitis candidiásica recidivante:** si se presentan al menos 4 episodios al año.

**Tabla 6.**

**Tratamiento de la vulvovaginitis candidiásica no complicada**

<p><b>Antimicóticos tópicos</b></p>	<p>Imidazólicos tópicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clotrimazol 2% crema vaginal/24h 7 días</li> <li>• Clotrimazol comprimido vaginal 100 mg/24h 3-7 días</li> <li>• Clotrimazol comprimido vaginal 500 mg dosis única</li> <li>• Fenticonazol óvulo vaginal 200 mg/24h 3 días</li> <li>• Fenticonazol óvulo vaginal 600 mg dosis única</li> <li>• Miconazol 2% crema vaginal /24h 14 días</li> <li>• Ketoconazol 400 mg óvulo vaginal/24h 3-5 días</li> <li>• Sertaconazol 2% crema vaginal/24h 7 días</li> <li>• Sertaconazol 500 mg óvulo vaginal dosis única</li> </ul> <p>Poliénicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nistatina 100.000 U comprimido vaginal/24h 14 días</li> </ul> <p>Piridona:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciclopirox 1%/24h 7-14 días</li> </ul>
<p><b>Antimicóticos sistémicos</b></p>	<p>Triazólicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluconazol 150 mg vo dosis única</li> <li>• Itraconazol 200 mg/12h 1 día o 200 mg/24h 3 días vo</li> </ul> <p>Imidazólicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketoconazol 200 mg /24h 5 días vo</li> </ul>
<p><b>Embarazo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clotrimazol óvulo vaginal 100 mg/24h 7 días</li> <li>• Miconazol 2% crema vaginal/24h 14 días</li> </ul>

**Tabla 7.**

**Tratamiento de la vulvovaginitis candidiásica recidivante**

PAUTA INICIAL	MANTENIMIENTO
<p>Fluconazol 150 mg vo cada 72 h hasta completar 3 dosis (días 1, 4 y 7)</p>	<p>Fluconazol 150 mg v.o./Semana durante 6 meses</p>
<p>Ketoconazol 200 mg / 24h 14 días</p>	<p>Ketoconazol 200 mg /12h 5 días tras la menstruación durante 6 meses</p>
<p>Clotrimazol vaginal 1%/24h 14 días</p>	<p>Clotrimazol óvulo vaginal 200 mg 2 /semana durante 6 meses.</p>

## 2. Vaginosis bacteriana

Síndrome polimicrobiano resultante de un sobrecrecimiento de bacterias autóctonas de vagina, principalmente gram negativas.

Las bacterias que pueden estar presentes en esta entidad son comensales habituales de la vagina:

<i>Gardenella vaginalis</i>	<i>Prevotella</i> spp.
<i>Mobilincus</i> spp.	<i>Mycoplasma</i> spp.
<i>Bacterioides</i> spp.	<i>Atopobium vaginae</i>

Aproximadamente, el 50% de las vaginosis son **asintomáticas**.

Si síntomas: flujo vaginal alterado, fluido, blanco-grisáceo con olor a aminas.

### Diagnóstico

Basado en **anamnesis orientada a la identificación de síntomas y en los criterios de Amsel. (Tabla 8)**

#### Tabla 8.

##### Criterios de Amsel

1. pH >4,5
2. Leucorrea
3. Hedor de aminas: secreción con olor a pescado en test de Whiff (KOH 10%)
4. *Clue cells* al microscopio o cultivo.

### Tratamiento

Sólo en **pacientes sintomáticas o previo procedimiento ginecológico. (Tabla 9)**

**Embarazadas asintomáticas**, puede incrementarse el riesgo de parto prematuro (mismo al de las pacientes no gestantes).

**Recidivas de vaginosis bacteriana:** alto a pesar del tratamiento antibiótico con efecto anaerobicida.

**Tabla 9.**  
Tratamiento de las vaginosis bacteriana

	Pautas	Recomendaciones y precauciones
Antisépticos tópicos	Óvulos de cloruro de decualinio 1/noche 6 días.	Recomendados para promover uso racional de antibióticos.
	Clorhexidina 1/noche 10 días.	Menor aparición de candidiasis postratamiento y mejor recuperación de microbiota vaginal.
Antibioterapia tópica	Clindamicina óvulos 100 mg 1/ noche 3 días.	Pueden debilitar los preservativos de látex o los diafragmas. Se debe tener precaución hasta 72h tras completar el tratamiento.
	Clindamicina gel vaginal 2% 1/ noche 7 días.	
Antibioterapia oral	Metronidazol 500 mg 1/12h 7 días.	Metronidazol: No beber alcohol hasta 24h tras última dosis.
	Tinidazol 2 g /12h 2 días o 1g/24h 5 días. Misma precaución con alcohol pero 72h.	Tinidazol: No beber alcohol hasta 72h tras última dosis.
	Clindamicina 300 mg /12h 7 días	

### 3. Tricomoniasis

ITS causada por *Trichomona vaginalis*, protozoo unicelular parásito de la vagina.

#### Clínica

Muy variable, desde **asintomática** hasta leucorrea abundante amarillo-verdosa y maloliente y prurito intenso vulvovaginal.

#### Diagnóstico

**Clínico**, se confirma mediante examen en fresco para ver los parásitos o cultivo en medio de Diamond o Roiron.

#### Tratamiento

De elección: **metronidazol o tinidazol**. (Tabla 10)

**Tabla 10.**  
Tratamiento tricomoniasis vaginal

	Pautas	Recomendaciones y precauciones
<b>Tratamiento de elección</b>	Metronidazol 2g vo dosis única. Tinidazol 2 g vo dosis única.	La pareja sexual se tratará con el mismo tratamiento y deben evitarse las relaciones sexuales mientras dure el tratamiento.  Evitar el consumo de alcohol hasta 24h después de la última toma de metronidazol o 72h de tinidazol.
<b>Tratamiento recidivas</b>	Metronidazol 250 mg vo 2 comprimidos/12h durante 7 días.  Puede utilizarse coadyuvancia con vía vaginal: metronidazol 500 mg comprimido vaginal 1/24h durante 10-15 días.	
<b>Embarazadas y lactantes</b>	Mismo tratamiento aunque preferente metronidazol en embarazadas.	En lactantes interrumpir tomas 12-24h para metronidazol y 72h en tinidazol.

En embarazadas, lactantes y pareja sexual se empleará el mismo tratamiento, aunque en las embarazadas se recomienda el uso de metronidazol, ya que no ha sido establecida la seguridad del tinidazol en el embarazo.

### Prevención de recidivas

- **Uso de probióticos:** vía vaginal u oral (más efectiva la vaginal; durante 5 a 10 días tras realizar el tratamiento principal, de cara a regenerar la flora local. Si las infecciones son recurrentes, utilizar previa o posteriormente a la menstruación.
- **Óvulos o gel de ácido láctico o ácido ascórbico:** para disminuir el pH y fomentar el crecimiento de Lactobacillus.
- **Medidas higiénicas:**
  - Evitar humedad.
  - Utilizar ropa de algodón no ajustada.
  - Uso de geles de higiene íntima con pH 3,5-4,5.

## Vulvovaginitis no infecciosas

### 1. Vaginitis atrófica

En la **atrofia vaginal**, el **déficit estrogénico condiciona un cambio en la microbiota**, pasando a estar **constituida por bacterias intestinales y de la piel**, lo que se traduce clínicamente en una disminución de las infecciones causadas por los patógenos típicos y un aumento de la patología infecciosa del tracto urinario.

#### Clínica

Sequedad vaginal, irritación, prurito y dispareunia. **(Figura 6)**

#### Tratamiento

- Si síntomas leves: hidratantes y lubricantes.
- Si síntomas moderados-graves: terapia estrogénica local, ospemifeno oral o prasterona en óvulos vaginales.

**Figura 6.**  
Atrofia genital



## 2. Vaginitis alérgica e irritativa

### Patogénesis

Espermicidas.	Ropa interior.
Plasma seminal.	Soluciones para el lavado íntimo.
Preservativos.	Humedad mantenida.

### Clínica

**Prurito local y enrojecimiento de la zona** en contacto con el alérgeno (mayor afección vulvar que vaginal). Además, lesiones por rasca-do y raramente aumento de la secreción vaginal.

### Tratamiento

**Corticoides tópicos en forma de cremas o pomadas** (pomadas me-jor absorción).

De menor a mayor potencia :

- Hidrocortisona 1%.
- Aceponato de metilprednisolona 0,1%.
- Dipropionato de betametasona 0,05%.
- Propionato de clobetasol 0,05%.

## 3. Vaginitis iatrogénica

### Patogénesis

Causas físicas: lavados muy frecuentes.	Presencia de cuerpo extraño: tampones, diafragmas, esponjas.
Causas químicas: productos ácidos.	Fármacos de uso crónico: corticoides.

Suelen desaparecer los síntomas al suprimir la causa.



## INFECCIONES DE LA VULVA

### Diagnóstico

Imprescindible **historia clínica con anamnesis y exploración clínica exhaustiva.**

En caso de dudas, **biopsia.**

**Tabla 11.**

Síntoma principal y síntomas asociados de las infecciones vulvares

Pústulas, vesículas y erosiones	Úlceras	Placas blandas	Pápulas y nodulos
Foliculitis, forúnculos	Chancro sifilitico	Liquen simple crónico	Pápulas vestibulares
Hidrosadenitis supurativa	Chancroide	Liquen escleroso	Verrugas genitales o Condilomas acuminados
Virus Herpes	Linfogranuloma venéreo		Molusco contagioso
Sarna	Úlceras de Lipschütz		Lipomas
Candidiasis			Queratosis seborreica

### 1. Pústulas, vesículas y erosiones

#### • Foliculitis, forúnculos

Se producen por inflamación y/o infección por *Staphylococcus aureus* de los folículos pilosos.

#### Clínica

Picor o escozor.

#### Diagnóstico

Presencia de pápulas eritematosas con pústulas puntiformes en el centro de la lesión, observándose la salida del pelo. (Figura 7)

**Figura 7.**  
Foliculitis aguda



**Diagnóstico diferencial** con hidradenitis supurativa o herpes simple necrótico.

#### *Tratamiento*

- Si lesión superficial: jabón antiséptico. (Añadir antibiótico tópico: mupirocina, una aplicación cada 8h, 7-10 días).
- En casos graves: drenaje quirúrgico.

#### • **Hidrosadenitis supurativa**

**Inflamación crónica de la piel de etiología desconocida, producida por la oclusión de las glándulas apocrinas por queratina, que se infectan por estreptococos, estafilococos, E. coli, Proteus o Klebsiella.**

Aparecen lesiones nodulares pustulosas infiltradas localizadas en el monte de Venus que drenan material seropurulento.

#### *Diagnóstico*

Es **clínico**.

#### *Patogenia*

Aparecen abscesos → se rompen → propagación a glándulas adyacentes → supuración → fibrosis → formación de fístulas. (**Figura 8**)

**Figura 8.**  
Hidrosadenitis supurativa



### *Tratamiento*

Higiene local, antibióticos de amplio espectro, compresas calientes o baños de asiento. En ocasiones, es preciso realizar una incisión local y drenaje de los nódulos fluctuantes.

### *Tasa de recurrencias*

**Elevada**, se recomienda escisión local amplia de todas las áreas afectadas, incluyendo las zonas adyacentes de piel que contengan glándulas apocrinas.

## • **Virus herpes**

**Enfermedad de transmisión sexual recurrente causada por virus del herpes simple (VHS) tipo 1 o 2.**

Los virus permanecen en sus huéspedes y son responsables de infecciones latentes y de las reactivaciones, a menudo, asintomáticas.

### *Clínica*

Durante el primer episodio, **lesiones dolorosas múltiples** que progresan de vesículas a úlceras con adenopatías inguinales. (**Figura 9**)

**Figura 9.**  
Úlcera por virus herpes



Pueden asociar fiebre, malestar general, mialgias, cefaleas y náuseas.

En **episodios recurrentes**, los síntomas locales son más leves y de menor duración, con menor número de lesiones y ausencia de síntomas sistémicos.

### Diagnóstico

Es **clínico**: aparición de vesículas agrupadas, dolorosas o úlceras.

- Cultivo viral: muy sensible y específico.
- Técnicas de inmunofluorescencia directa: menos sensibilidad que el cultivo.
- PCR: útil para detectar la excreción viral en pacientes asintomáticos y para diagnosticar las lesiones negativas en el cultivo.

### Tratamiento

#### Primer episodio

##### Oral

- Aciclovir 200 mg vo x 5 veces al día, 7-10 días o hasta resolución clínica.
- Aciclovir 400 mg vo/ 8 h, 7-10 días o hasta la resolución clínica
- Farmciclovir 250 mg vo/ 8 h, 7-10 días o hasta resolución clínica
- Valaciclovir 1 g vo/ 12 h, 7-10n días o hasta resolución clínica.

##### Sistémico

Aciclovir 5 – 10 mg/8 h IV 2 -7 días o hasta mejoría clínica, seguido de terapia vo hasta completar 10 días de tratamiento

## Recurrencias

Optar por tratar los brotes cuando ocurren (terapia episódica) o intentar prevenir los futuros brotes (terapia supresora) con la siguiente pauta:

Enfermedad recurrente	
Terapia episódica	Terapia supresora
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aciclovir 800 mg/12 h vo, 5 días</li> <li>• Aciclovir 800 mg/8 h vo, 2 días</li> <li>• Aciclovir 400 mg/8 h vo, 5 días</li> <li>• Famciclovir 125 mg/12 h vo, 5 días</li> <li>• Famciclovir 1000 mg/12 h vo, 1 día</li> <li>• Famciclovir 500 mg vo, seguido de 250 mg/12 h vo, 2 días</li> <li>• Valaciclovir 1000 mg/24 h, 5 días</li> <li>• Valaciclovir 500 mg/12 h, 3 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aciclovir 400 mg/12 h, 6-12 meses</li> <li>• Famciclovir 250 mg/12 h, 6-12 meses</li> <li>• Valaciclovir 500 mg/24 h, 6-12 meses</li> <li>• Valaciclovir 1000 mg/24 h, 6-12 meses</li> </ul>

\* Si la infección es complicada: administrar aciclovir intravenoso

*Adaptado: Guía de Infecciones del tracto genital inferior publicada por la AEPC, 2014.*

**Tabla 12.**

**Diferencias entre la terapia supresora y la terapia episódica del herpes genital**

	Terapia supresora	Terapia episódica
<b>Administración</b>	Tratamiento diario	Iniciar el día 1 de aparición de lesiones o durante la fase prodromática
<b>Indicaciones</b>	>6 episodios año Alteración de la calidad de vida Disfunción sexual Múltiples parejas sexuales	< 6 episodios año
<b>Ventajas</b>	Reduce frecuencia de recurrencias en 70-80% 50% sin recurrencias Mejora la calidad de vida Disminuye riesgo de transmisión en un 48%	Acorta la duración de las lesiones Mejor adherencia Más barato

**Tabla 13.**

Pautas para el tratamiento episódico y supresor del herpes genital según la guía CDC 2015

Tratamiento episódico	Tratamiento supresor
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aciclovir 800 mg/12 h, 5 días</li> <li>• Aciclovir 800 mg/8 h, 2 días</li> <li>• Aciclovir 400 mg/8 h, 5 días</li> <li>• Famciclovir 125 mg/12 h, 5 días</li> <li>• Famciclovir 1000 mg/12 h, 1 día</li> <li>• Famciclovir 500 mg, seguido de 250 mg/12 h, 2 días</li> <li>• Valaciclovir 1000 mg/24 h, 5 días</li> <li>• Valaciclovir 500 mg/12 h, 3 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aciclovir 400 mg/12 h, 6-12 meses</li> <li>• Famciclovir 250 mg/12 h, 6-12 meses</li> <li>• Valaciclovir 500 mg/24 h, 6-12 meses</li> <li>• Valaciclovir 1000 mg/24 h, 6-12 meses</li> </ul>

### • Sarna

**Ectoparasitosis, causada por *Sarcoptes scabiei*.**

#### Transmisión

**Contacto cutáneo directo prolongado.** Adultos, por **vía sexual**.

#### Clínica

**Erupción pruriginosa** que empeora por la noche (2-6 semanas después de la infestación), en muñecas, codos, membranas interdigitales, axilas y genitales, con presencia de túneles o surcos (patognomónicos); acompañados de **exantemas eritematosos papulares** y de **nódulos pruriginosos persistentes**.

#### Diagnóstico

Es **clínico**, con la identificación de los surcos y la presencia de ácaros, huevos o material fecal. Se deberá extraer material del extremo del surco y examinarlo al microscopio.

#### Tratamiento

(También para parejas sexuales y convivientes)

- Aplicación de **permetrina tópica al 5%**, que se deja actuar durante 8-10 horas. Recomendable la reaplicación (una o dos) a los 7-10 días del anterior tratamiento.

- Si fracaso o dificultad para tratamiento tópico: ivermectina 200 µg/kg vo. dosis única con comida (no comercializada en España, aunque se puede formular). No se recomienda si peso <15kg o no se descarta el embarazo. Es aconsejable repetir el tratamiento al cabo de 1 o 2 semanas.
  - En embarazadas, se recomienda el uso de permetrina al 5% en crema o el benzoato de bencilo preparado en fórmula magistral al 25%.
- **Candidiasis**

**Infección por *C. albicans*, seguida por *C. glabrata* y *tropicalis*.**

### *Clínica*

Pústulas, eritema húmedo y lesiones satélites. (**Figura 10**) El flujo es abundante y contribuye a la maceración vulvar.

### *Diagnóstico*

Es **clínico**, aunque también puede realizarse:

- Examen en fresco.
- Tinción de Papanicolaou
- Cultivo (método más sensible y específico, aunque se debe iniciar tratamiento empírico mientras se obtienen resultados. El diagnóstico debe basarse en la combinación de sintomatología sugestiva y la confirmación de hifas o esporas.

El diagnóstico diferencial incluye la dermatitis seborreica y la psoriasis.

**Figura 10.**  
**Vulvitis candidiásica**



*Tratamiento***Tabla 14.**  
Diagnóstico según el agente etiológico

	Opciones terapéuticas
<b>Candidiasis vaginal no albicans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido bórico 600 mg/ día, 14 días.</li> <li>• Flucitosina 17% 5 g/ noche, 14 días.</li> </ul>
<b>Candidiasis vulvovaginal albicans no complicada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clotrimazol vaginal 2% 1 aplicación/ 12 h, 7 días + clotrimazol óvulos 500 mg dosis única.</li> <li>• Miconazol vaginal 200 mg/ día, 3 días; 1200 mg dosis única.</li> <li>• Fenticonazol vaginal 200 mg/ día, 3 días; 600mg dosis única.</li> <li>• Fluconazol 150 mg vo dosis única.</li> </ul> <p>Además, se pueden usar probióticos como soporte al tratamiento.</p>
<b>Candidiasis vaginal en gestantes*</b>	Clotrimazol o miconazol tópicos (SEGO**): 7 días de duración).

\* Los azoles orales están contraindicados en la gestación.

\*\* Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

**Candidiasis recurrente (4 o más episodios al año)**

Pauta larga junto con pauta de mantenimiento:

Tratamiento inicial		Tratamiento mantenido	
Imidazoles tópicos + Triazólicos orales	10 – 15 días	Triazólicos orales / Imidazoles tópicos	6 – 12 meses

- Clotrimazol vaginal 200 mg 2 dosis/ semana o 500mg 1 dosis/ semana, 6 meses.
- Ketoconazol 200 mg vo 2 veces/ día, 5 días tras menstruación, 6 meses.
- Fluconazol 150 mg vo 1 dosis/ semana, 6 meses.

Es importante descartar y tratar los factores desencadenantes.



## 2. Úlceras

### • Chancro sifilítico

Lesión ulcerosa causada por *Treponema pallidum*.

#### *Clinica*

**Sífilis primaria:** úlcera no dolorosa, única y superficial, de bordes limpios, que suele cursar con adenopatías inguinales bilaterales. Se resuelve espontáneamente a las 3-4 sem dando lugar a la **sífilis secundaria** si no se trata.

#### *Diagnóstico* (Tablas 15 y 16)

**Tabla 15.**  
Diagnóstico de Chancro sifilítico

Examen directo	Diagnóstico indirecto
Examen en fresco (se requieren 3 muestras negativas para excluir diagnóstico)	Pruebas no treponémicas/ reagínicas. (VDRL/RPR): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poco específicas y altos FP</li> <li>• Método de elección para diagnóstico de sífilis</li> <li>• Útiles para valorar actividad de enfermedad (semicuantitativas)</li> </ul>
Inmunofluorescencia directa (frotis de lesiones o toma de biopsias)	Pruebas treponémicas: (FTA-Abs, TPHA) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba negativa indica ausencia de infección, pasada o actual</li> <li>• Una vez positivas se mantienen (no valen para control terapéutico)</li> <li>• Falsos positivos en menor porcentaje que reagínicas</li> </ul>
Cultivo (solo en centros muy especializados)	
Biología molecular (amplificación ADN/ARN)	

**Tabla 16.**  
Diagnóstico diferencial del Chancro sífilítico

Úlcera	Etiología	Características	Diagnóstico	Tratamiento
Chancro sífilítico	<i>Treponema pallidum</i> (sífilis primaria)	Lesión única con cura espontánea sin cicatriz en dos semanas	PCR Treponema	Penicilina G-benzatina (monodosis de 2,4 millones unidades)
Linfogranuloma venéreo	<i>Chlamydia trachomatis</i> (serotipos L1, L2 y L3)	Linfadenopatía múltiple confluyente que puede desencadenar elefantiasis	Cultivo Serología	Pautas de 21 días de doxiciclina
Chancroide	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Linfadenopatía homolateral dolorosa y a veces supurativa	PCR	Ceftriaxona (monodosis de 250 mg, im) o AZT (dosis única de 1 g, vo)
Úlcera Lispchutz	Desconocida	Úlcera dolorosa tras episodio vírico generalizado	Clínico y de exclusión	Sintomático

### Tratamiento

Primera opción	Si Alergias
<b>Sífilis precoz</b> Penicilina G benzatina (2,4 millones UI, im, dosis única)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azitromicina 2 g, vo, dosis única</li> <li>• Doxiciclina 100 mg/12 h, vo, 2 semanas</li> <li>• Tetraciclina 500 mg/6 h, vo, 2 semanas</li> <li>• Eritromicina 500 mg/6 h, vo, 6 semanas</li> </ul>
<b>Sífilis tardía</b> Penicilina G benzatina (2,4 millones UI, im/semana, 3 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doxiciclina 100 mg/12 h, vo, 2 semanas</li> <li>• Tetraciclina 500 mg/ 6h, vo, 2 semanas</li> <li>• Eritromicina 500 mg/ 6 h, vo, 6 semanas</li> </ul>

### • Chancroide

#### ITS causada por *Haemophilus ducreyi*.

#### Clínica

- Tras incubación de 3-7 días, aparecen pápulas eritematosas en zona genital que progresan rápidamente a pústulas. Cuando se rompen, se convierten en úlceras irregulares y dolorosas, con exudado purulento.
- En la vulva, úlceras múltiples en ambos lados de la cara interna de los labios (“**lesión especular**”).
- Además, pueden presentar adenopatías inguinales dolorosas.

### Diagnóstico

Basado en **clínica sugestiva junto con datos epidemiológicos**.

En Europa, contagios en viajes a zonas endémicas (sudeste de Asia y África). Un viaje a zona endémica es suficiente para comenzar tratamiento. Más frecuente en varones (10/1).

**Diagnóstico diferencial** con otras ITS ulcerosas (sífilis y herpes), y con patologías no infecciosas. **(Tabla 17)**

**Tabla 17.**  
**Diagnóstico del Chancroide**

Clínica	Laboratorio
1 o más úlceras genitales dolorosas	Microscopía (tinción de gram): baja S y E
Características de las úlceras, típicas de chancroide y presencia de linfadenopatías	Serología (no adecuado)
Exclusión de infección por sífilis y VHS	<b>PCR</b> (elección). Toma con escobillón sin medio de transporte

### Tratamiento

Es **curativo**.

Evaluación y tratamiento de parejas de los últimos 10 días previos al inicio de los síntomas (no mantener relaciones hasta completarlo). **(Tabla 18)**

**Tabla 18.**  
**Tratamiento del Chancroide**

Opcion preferente	Opcion aceptable
Ceftriaxona 250 mg, im, dosis única; o AZT 1 g, vo, dosis única	Ciprofloxacino 500/8h duante 3 días o eritromicina 500 mg/6-8 h dutante 7 días

En **embarazo**, tratamiento igual a no embarazadas salvo que ciprofloxacino (se considera categoría C y resto categoría B).

### • Linfogranuloma venéreo (LGV)

ITS endémica de Asia, África, Caribe y Sudamérica y rara en Europa, causada por *Chlamydia trachomatis* (serotipos L1, L2 y L3); transmisión por contacto sexual (genital, oro-genital y ano-genital).

#### Clínica

- **1ª fase:** úlcera dolorosa con adenopatía inguinal unilateral.
- **2ª fase:** adenopatías dolorosas persistentes que pueden fistulizar.
- **3ª fase** ("síndrome ano-genital-rectal"): fase inflamatoria con fibrosis crónica en tejidos profundos. Aparecen síntomas ano-rectales (proctitis).

#### Diagnóstico

Determinación de *C. Trachomatis*; si es positiva, determinación de serotipos específicos de LGV mediante amplificación de ácidos nucleicos.

#### Tratamiento

Elección	Alternativas
Doxiciclina 100 mg/ 12 h durante 21 días, vo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azitromicina, dosis única de 1 g o 1g/semana durante 3 semanas vo</li> <li>• Eritromicina 400-500 mg/ 6 horas durante 21 días, vo</li> </ul>

### • Úlcera de Lipschütz

**Lesión genital típica de niñas y adolescentes, de causa desconocida, aunque se asocia con infecciones virales (CMV, Epstein Barr) al aparecer en contexto de cuadro sistémico sugestivo de viriasis.**

#### Clínica

- Fase prodrómica, fiebre alta >38° C, MEG, astenia, mialgias, etc.
- A los 3-4 días, úlcera dolorosa, profunda, única o múltiples y a veces bilaterales (en espejo). Adenopatías regionales.
- Las úlceras acaban desapareciendo solas y pueden recurrir hasta en un 33% durante el primer año.

### Diagnóstico

Es **clínico** (cuadro clínico característico) y por exclusión de otras úlceras genitales (infecciosas, traumáticas, autoinmunes, etc).

### Tratamiento

Es sintomático, destinado a aliviar el dolor: AINES orales, anestésicos tópicos, corticoides, antibióticos.

### 3. Placas blandas (blanquecinas a nivel vulvar)

- **Liquen simple crónico**

Placas elevadas hiperqueratósicas que puede presentar erosión y escoriación.

- **Liquen escleroso**

#### Clínica

Placas blancas atróficas con finas arrugas que sangran al contacto. En las lesiones avanzadas, es evidente la atrofia, con equimosis y erosiones, llegando a la desaparición de los labios menores y acusada estenosis de introito. (**Figura 11**)

### Figura 11.

Liquen esclero-atrótico (izquierda) y liquen plano (derecha)



**Tratamiento**

- 1ª línea: corticoides de alta potencia (propionato de clobetasol al 0,05%; 1-2 aplicaciones al día durante 1-3 meses hasta controlar los síntomas).
- Si persiste sintomatología: corticoterapia de manera crónica 2 o 3 veces en semana según necesidades.
- Asociar estrógenos tópicos, hidratantes, aceites o cremas y antihistamínicos orales.
- 2ª línea: inmunomoduladores (tacrolimus, pimecrolimus).

**4. Pápulas y nódulos****• Pápulas vestibulares**

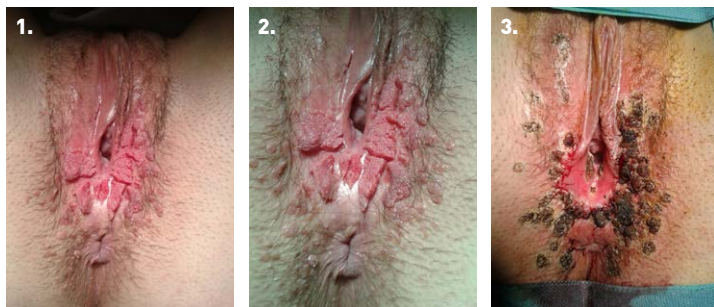
**Lesiones benignas y asintomáticas que no requieren tratamiento.**

Se diferencian de los condilomas acuminados en que éstos tienden a fusionarse y extenderse.

**• Verrugas genitales o condilomas acuminados**

**Verrugas anogenitales asintomáticas, aunque dependiendo de lugar y tamaño pueden producir fisuras, sangrado, prurito y dolor.**

Producidos por el **Virus del Papiloma Humano (VPH) 6 y 11** de bajo riesgo oncogénico.

**Figura 12.****Condilomas acuminados**

Aparecen en forma de lesiones papilomatosas confluentes en vulva y región perianal (1-2). 3. Imagen de lesiones tras tratamiento con láser de CO<sub>2</sub>.

### Diagnóstico

- **Exploración y especuloscopia:** observación de vagina y cérvix. Muy contagiosos, no tocar sin protección.
- **Exploración anal o anoscopia:** si las lesiones alcanzan el margen anal o aparecen síntomas.
- **Biopsia:** en casos atípicos o para descartar neoplasia intraepitelial en lesiones papulares o maculares.

### Tratamiento

- Podofilotoxina crema al 0,5%, 2 veces al día/3 días a la semana (máximo 4 semanas).
  - Sinecatequinas, 3 veces al día hasta desaparición de lesiones (máximo 16 semanas).
  - Imiquimod, 3 veces a la semana, por la noche (máximo 16 semanas).
- **Molusco contagioso**

Aparecen como pápulas de superficie brillante y umbilicación central.

**Figura 13.**  
Molusco contagioso



**1 y 2.** Pápulas rosadas con umbilicación central que, en este caso, se extienden por región vulvar y raíz de muslo. **3.** Misma paciente tras tratamiento con crioterapia.

### Trasmisión

Directa, piel con piel. Se suelen resolver espontáneamente.

### Tratamiento

Podofilotoxina, imiquimod, crioterapia o extirpación.

- **Lipomas**

Tumores benignos por la proliferación de tejido celular subcutáneo.

- **Queratosis seborreica**

Pápulas verrucosas benignas.

### **BARTHOLINITIS AGUDA**

Obstrucción del conducto de la glándula de Bartholino que forma un quiste, si se infecta, origina un absceso; siendo los gérmenes más habituales el gonococo y los anaerobios.

#### **Clínica**

Dolor agudo y dificultad para andar.

#### **Exploración**

Tumoración rojiza, sensible, dolorosa a la presión, y mostrando a veces una gota de pus en el lugar correspondiente al poro externo del conducto excretor.

#### **Tratamiento**

Drenaje espontáneo o **quirúrgico** (la mayoría).

**Figura 14.**  
Bartholinitis aguda





## CONCLUSIONES

- Importante realizar una **correcta exploración genital y fijarse en el tipo de lesión** (úlceras, nódulo, pápula...) y en la **clínica asociada** para realizar un **diagnóstico correcto**.
- En ocasiones, se precisa **biopsia de la lesión y la colaboración del Servicio de Dermatología**.

## BIBLIOGRAFÍA

- Akıncı D, Ergun O, Topel Ç, Çiftçi T, Akhan O. Pelvic abscess drainage: Outcome with factors affecting the clinical success. *Diagn Interv Radiol*. 2018;24(3):146-152.
- Beigi RH. Management and complications of tubo-ovarian abscess. [Internet] UpToDate; 2022. [Citado el 16 oct 2023]. Disponible en: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/16419>
- Burrows LJ, Shaw HA, Goldstein AT. The vulvar dermatoses. *J Sex Med*. 2008;5(2):276-283.
- Centre for Diseases Control CDC. STD Treatment Guidelines. Diseases characterized for vaginal discharge [Internet]. Atlanta: CDC; 2015. [Citado el 6 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/vaginal-discharge.htm>.
- Chappell CA, Wiesenfeld HC. Pathogenesis, diagnosis, and management of severe pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Clin Obstet Gynecol*. 2012;55(4):893-903.
- Dewitt J, Reining A, Allsworth JE, Peipert JF. Tuboovarian abscesses: Is size associated with duration of hospitalization & complications? *Obstet Gynecol Int*. [Internet]. 2010;2010:847041. [Citado 16 oct 2023]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ogi/2010/847041/>
- Fusté P (coord.). Asociación Española de Patología Cervical y Coloscopia (AEPCC)- Guía: Infecciones del tracto genital inferior. Publicaciones AEPCC; 2016.
- Gjelland K, Ekerhovd E, Granberg S. Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: A study of 302 cases. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(4):1323-1330.
- Goharkhay N, Verma U, Maggiorotto F. Comparison of CT- or ultrasound-guided drainage with concomitant intravenous antibiotics vs. intravenous antibiotics alone in the management of tubo-ovarian abscesses. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2007;29(1):65-69.
- Gonçalves B, Ferreira C, Alves CT, Henriques M, Azeredo J, Silva S. Vulvovaginal candidiasis: Epidemiology, microbiology and risk factors. *Crit Rev Microbiol*. 2016;42(6):95-927.
- Gradison M. Pelvic inflammatory disease. *Am Fam Physician*. 2012;85(8):791-796.
- Heller DS. Benign papular lesions of the vulva. *J Low Genit Tract Dis*. 2012;16(3):296-305.
- Ilkit M, Guzel AB. The epidemiology, pathogenesis, and diagnosis of vulvovaginal candidiasis: A mycological perspective. *Crit Rev Microbiol* 2011;37(3):250-261.
- Kissinger PJ, Gaydos CA, Seña AC, McClelland RS, Soper D, Secor WE, et al. Diagnosis and management of Trichomonas vaginalis: Summary of evidence reviewed for the 2021 Centers of disease control and prevention sexually transmitted infections treatment guidelines. *Clin Infect Dis*. 2022;74(Suppl 2):S152-S161.

- Mabey D, Peeling RW. Lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect.* 2002;78(2):90-92.
- Malonza IM, Tyndall MW, Ndinya-Achola JO, Maclean I, Omar S, MacDonald KS, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of single-dose ciprofloxacin versus erythromycin for the treatment of chancroid in Nairobi, Kenya. *J Infect Dis.* 1999;180(6):1886-1893.
- Margesson LJ, Haefner HK. Vulvar lesions: Differential diagnosis of vesicles, bullae, erosions and ulcers. [Internet] UpToDate; 2022. [Citado 16 oct 2023] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/vulvar-lesions-differential-diagnosis-of-vesicles-bullae-erosions-and-ulcers>
- Nyirjesy P. Vulvovaginal candidiasis and bacterial vaginosis. *Infect Dis Clin North Am.* 2008;22(4):637-652.
- Perez-Medina T, Huertas MA, Bajo JM. Early ultrasound-guided transvaginal drainage of tubo-ovarian abscesses: A randomized study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1996;7(6):435-438.
- Peyton LR, Gallagher S, Hashemzadeh M. Triazole antifungals: A review. *Drugs Today (Barc).* 2015;51(12):705-718.
- Ross J, Chacko MR. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis. [Internet] UpToDate; 2022. [Citado 16 oct 2023] Disponible en: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/7581>
- Ross J, Guaschino S, Cusini M, Jensen J. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS.* 2018;29(2):108-114
- Ross J. Pelvic inflammatory disease: Pathogenesis, microbiology, and risk factors. [Internet] UpToDate; 2022. [Citado 16 oct 2023] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-pathogenesis-microbiology-and-risk-factors>
- Saokar A, Arellano RS, Gervais DA, Mueller PR, Hahn PF, Lee SI. Transvaginal drainage of pelvic fluid collections: Results, expectations, and experience. *AJR Am J Roentgenol.* 2008;191(5):1352-1358.
- Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(1):15-21.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. *Prog Obstet Ginecol.* 2022;65:61-75.
- Suárez E, Beltrán DA, Daza M, González SP, Guerra JA, Jurado AR, et al. La microbiota vaginal: Composición y efectos beneficiosos. Consenso sobre usos de los probióticos en Ginecología. [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Probióticos y Prebióticos; 2015. [Citado 16 oct 2023]. Disponible en: <https://we.riseup.net/assets/244105/probiot-vaginales.pdf>
- Tuddenham S, Hamill MM, Ghanem KG. Diagnosis and treatment of sexually transmitted infections: A review. *JAMA* 2022;327(2):161-172.
- Vaginitis in nonpregnant patients: ACOG Practice Bulletin Number 215. *Obstet Gynecol* 2020;135(1):e-e17.
- Wiesenfeld HC. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents. [Internet] UpToDate; 2022. [Citado 16 oct 2023]. Disponible en: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/7585>
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep.* 2021;70(4):1-187.
- Xercavins J, Cuadrado C, Torrejón R, Carreras R, Vila E. Enfermedad inflamatoria pélvica. En: Documentos de consenso SEGO 2004. Madrid: SEGO; 2005. p.105-34.

## 4

# DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN GINECOLÓGICO

*Dr. Gonzalo Mezquita Gómez, Dra. Carmen Martín Blanco,  
Dra. Cristina del Valle Rubido, Dra. Mónica Martín Blanco*

Las patologías o alteraciones que causan dolor abdominal pueden ser de **origen ginecológico** o de **origen intraabdominal**.

Los **tumores anexiales** son una **patología frecuente** en la mujer, por lo general **benignos** y **asintomáticos**.

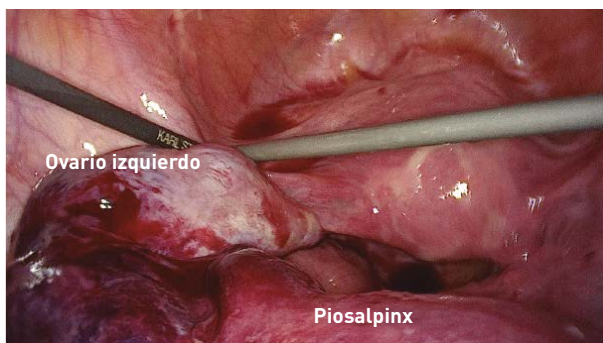
Cuando se diagnostican en el contexto de dolor abdominal agudo, hay que **descartar patologías que requieran una actuación urgente** como los casos que veremos a continuación.

## TORSIÓN OVÁRICA

**Rotación completa o parcial del ovario sobre el eje de sus ligamentos de soporte** (ligamento útero-ovárico y ligamento infundíbulo-pélvico).

Lleva a una obstrucción total o parcial del flujo sanguíneo.

La **torsión anexial** es una torsión de la trompa que normalmente acompaña a la torsión ovárica. **(Figura 1)**

**Figura 1.****Torsión anexial secundaria a piosalpinx**

La perfusión arterial continua en el contexto de un bloqueo del flujo de salida produce **edema del ovario**: aumento de tamaño mayor compresión vascular → **isquemia del tejido ovárico y posterior necrosis**.

**Factores de riesgo**

- Presencia de un quiste de ovario.
- Historia previa de torsión anexial.

**Clínica de la tumoración anexial**

**Dolor abdominal intenso, unilateral, de inicio brusco.**

A veces, náuseas y vómitos, febrícula secundaria a necrosis del tejido ovárico.

**Exploración física**

**Dolor a la palpación abdominal, unilateral.** Se puede palpar una masa a nivel anexial y presencia de signos de irritación peritoneal secundaria a necrosis.

## Diagnóstico

### Ecografía

Es la técnica principal que puede aportar un diagnóstico de sospecha.

- Si la torsión se produce en el contexto de un quiste de ovario: la pared, los pliegues mucosos y los septos del quiste aparecen edematosos.
- Si un ovario normal se ve implicado en la torsión: el edema provoca un aumento de tamaño, perdiendo de esta manera su forma ovalada volviéndose un ovario redondo o globuloso.
- En niñas adolescentes:
  - presencia de quistes redondeados de hasta 25 mm en la periferia del ovario agrandado.
  - presencia de líquido hiperecogénico en Douglas secundario a la presencia de sangre.

### Laparoscopia diagnóstica

Proporciona el diagnóstico definitivo y permite tratamiento en el mismo acto quirúrgico.

### Analítica

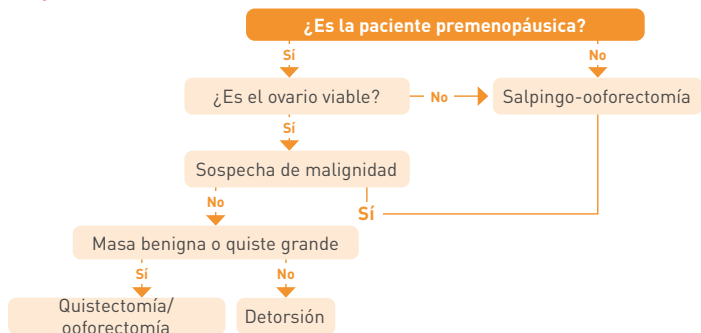
Suele ser normal. Presencia de leucocitosis leve asociada a necrosis.

## Tratamiento

**Laparoscopia:** técnica de elección ante la sospecha de torsión anexial. Manejo según la edad: **(Figura 2)**

### Figura 2.

Manejo de la torsión anexial



### Prevención de recurrencias

- En pacientes jóvenes: anticonceptivos orales combinados.
- En paciente con ooforectomía previa: pexia del ovario afecto.
- En pacientes posmenopáusicas: salpingo-ooforectomía.

## ROTURA FOLICULAR

### Rotura de un quiste funcional (folículo o cuerpo lúteo).

Asintomático o asociado a dolor leve coincidente con la ovulación.

### Rotura de un folículo hemorrágico.

Produce dolor secundario a la distensión de la corteza ovárica por la sangre acumulada en el interior del ovario o por irritación peritoneal secundaria a la sangre acumulada en la cavidad abdominal.

### Clínica

#### Dolor abdominal intenso, unilateral, que aparece de forma brusca.

Puede desencadenarse tras ejercicio físico intenso o relaciones sexuales.

### Exploración física

#### Dolor a la palpación en hemiabdomen inferior, normalmente unilateral.

Descartar presencia de signos de irritación peritoneal asociada a sangrado intraperitoneal importante.

Descartar presencia de signos de inestabilidad hemodinámica (hipotensión o taquicardia) que presupone sangrado activo y necesidad de cirugía urgente.

### Diagnóstico

#### Ecografía

Es la técnica de elección.

- Presencia de quiste anexial con trabéculas hiperrefringentes en el interior del folículo roto, asociado a líquido libre en pelvis.
- Presencia de líquido libre que orienta a hemoperitoneo.

## Pruebas de laboratorio

- Descenso de la hemoglobina/hematocrito.
- Leucocitos normales o mínimamente elevados.

En estos casos, es imprescindible realizar una prueba de embarazo para descartar posible embarazo ectópico.

## Tratamiento

Manejo expectante. (Figura 3)

### Laparoscopia (opción quirúrgica de elección)

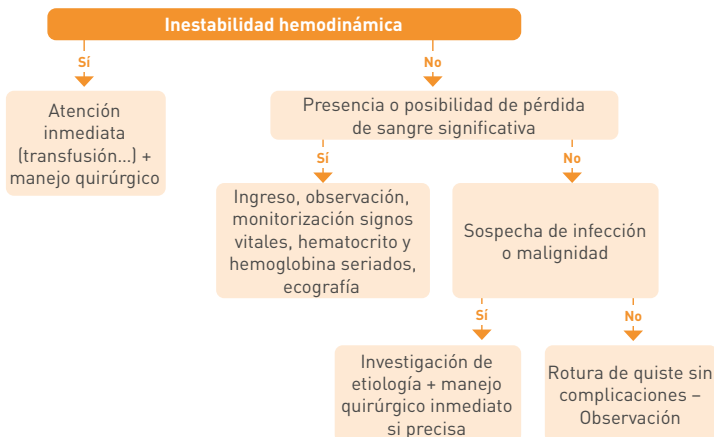
Imprescindible sistema de aspiración e irrigación laparoscópico adecuados.

- Si quiste de ovario en pacientes premenopáusicas → quistectomía
- Si se sospecha malignidad en postmenopáusicas → ooforectomía unilateral o bien doble salpinguectomía

**La ruptura de un quiste dermoide es rara, aunque tiene graves consecuencias, como resultado de la peritonitis química secundaria. Requerirá cirugía laparoscópica con aspirado e irrigación profusa, para eliminar contenido del quiste y prevenir adherencias densas y dolor pélvico crónico. Posterior quistectomía.**

### Figura 3.

Manejo de paciente con sospecha de rotura folicular



## MASAS PÉLVICAS

**Determinar riesgo de malignidad** para descartar si se trata de urgencia médica o quirúrgica.

### Clínica

- Dolor o sensación de presión a nivel pélvico.
- Presión o sensación de plenitud a nivel abdominal.
- Dificultad para la micción o frecuencia miccional.
- Dismenorrea/dispareunia.
- Fiebre.
- Sangrado uterino anómalo.

También pueden ser asintomáticas.

### Diagnóstico

Es fundamental:

- Historia clínica y exploración física detallada.
- Pruebas de laboratorio: hemograma y prueba de embarazo.
- Ecografía transvaginal.
- Estudio histológico de la lesión → diagnóstico definitivo.

### *Diagnóstico diferencial*

Incluye masas anexiales, masas ginecológicas no anexiales y masas de origen no ginecológico. **(Tabla 1)**

### Tratamiento

Si precisan **rápida actuación** (por riesgo de morbilidad o pérdida de función ovárica):

- Gestación ectópica
- Torsión anexial
- Absceso tubo-ovárico
- Quiste ovárico roto/folículo hemorrágico



**Tabla 1.**

**Diagnóstico diferencial de masas pélvicas según su origen ginecológico (ovárico, tubárico, extraovárico/extratubárico) o no ginecológico y a su vez si son benignas o malignas**

Causa ginecológica: Ovárica	Causa ginecológica: Tubárica	Causa ginecológica: extraovárica/ extratubárica	Causa no ginecológica
<b>Benigno</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quiste funcional</li> <li>• Cuerpo lúteo</li> <li>• Quiste tecaluteínico</li> <li>• Ovario poliquístico</li> <li>• Endometrioma</li> <li>• Cistoadenoma</li> <li>• Tumor de células germinales ováricas benigno</li> <li>• Tumor estromal benigno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo ectópico</li> <li>• Hidrosálpinx</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quiste paraovárico</li> <li>• Quiste paratubárico</li> <li>• Leiomioma uterino</li> <li>• Absceso tubo-ovárico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estreñimiento</li> <li>• Absceso apéndice</li> <li>• Absceso diverticular</li> <li>• Absceso pélvico</li> <li>• Divertículo vejiga</li> <li>• Divertículo ureteral</li> <li>• Riñón pélvico</li> <li>• Quiste peritoneal</li> </ul>
<b>Maligno o borderline</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinoma epitelial</li> <li>• Neoplasia epitelial borderline</li> <li>• Tumor células germinales ováricas maligno</li> <li>• Tumor estromal maligno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinoma epitelial</li> <li>• Neoplasia serosa tubárica intraepitelial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinoma metastásico endometrial</li> <li>• Cistoadenocarcinoma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neoplasia apéndice</li> <li>• Neoplasia intestinal</li> <li>• Metástasis (mama, colon, linfoma...)</li> <li>• Sarcoma retroperitoneal</li> </ul>

**Grado de sospecha de malignidad.** Valorar:

- Características ecográficas de la tumoración
- Edad
- Historia clínica
- Ante masa sospechosa, solicitar ecografía (por un especialista en ecografía) y marcadores tumorales (Ca 125, Ca 19.9, CEA, HE-4; si se sospecha tumor de células germinales, se añadirá AFP y  $\beta$ -HCG).
- RMN y TC, pueden ayudar al diagnóstico.

Si sospecha muy alta, citar en consulta de Ginecología o de Ginecología Oncológica, para valoración de resultados.

## EMBARAZO ECTÓPICO (EE)

Ocurre cuando el embrión u ovocito fecundado se implanta fuera de la cavidad endometrial.

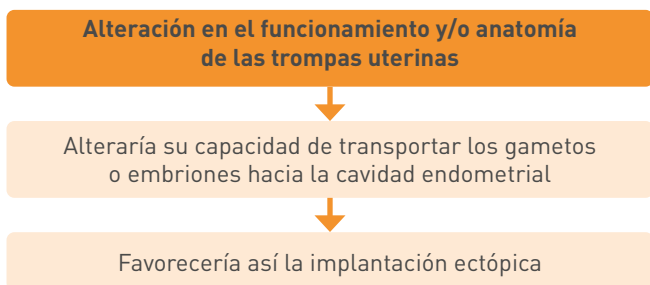
**Tabla 2.**  
Localizaciones anatómicas más frecuentes de las gestaciones ectópicas

Localización	Frecuencia
Trompa de Falopio	96%
• Ampular	70%
• Istmico	12%
• Fimbria	11%
• Cornual (intersticial)	2,4%
Ovario	3,2%
Cérvix	0,1%
Abdomen	1,3%
Otros: heterotópico, cicatriz de cesárea o miomectomía (intaramural)	<0,01%

### Etiopatogenia

Es desconocida en la mayoría de los casos.

Se presupone:



## Factores de riesgo (Tabla 3)

**Tabla 3.**  
Factores de riesgo de gestación ectópica

Riesgo alto	Riesgo intermedio	Riesgo bajo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestación ectópica previa</li> <li>• Cirugía tubárica</li> <li>• Patología tubárica</li> <li>• Esterilización tubárica</li> <li>• DIU</li> <li>• Gestación actual por FIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso anticonceptivos combinados</li> <li>• Antecedente de enfermedades de transmisión sexual</li> <li>• Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica</li> <li>• Hábito tabáquico (dosis dependiente)</li> <li>• Exposición intrauterina a dietilestilbestrol</li> <li>• Antecedente de cirugía pélvica/ abdominal</li> <li>• Antecedente de aborto espontáneo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedente de aborto inducido</li> <li>• Infertilidad</li> <li>• Edad &gt;40 años</li> <li>• Antecedente de apendicectomía</li> <li>• Inicio de relaciones sexuales &lt;18 años</li> <li>• Duchas vaginales</li> </ul>

*Adaptado de Tulandi T. (2022)*

### Diagnóstico diferencial

En pacientes con sangrado y/o dolor abdominal en el primer trimestre de gestación:

- Embarazo evolutivo normal
- Aborto
- Hematoma retrocorial o amenaza de aborto
- Patología cervical, vaginal o uterina (pólipos, miomas, displasias cervicales, vaginosis...)
- Enfermedad trofoblástica gestacional

### Diagnóstico

Se basa en 3 pilares fundamentales: clínica, ecografía y determinación de hormona  $\beta$ -HCG, además de una anamnesis y correcta historia clínica.

- **Anamnesis e historia clínica**

Fecha de última regla, antecedentes personales, quirúrgicos y gineco-obstétricos (gestaciones previas, patrón menstrual, relaciones sexuales previas, uso de anticonceptivos, etc.).

- **Clínica**

Puede ser muy inespecífica:

- **Amenorrea, dolor abdominal y sangrado vaginal.**
- Patrón y volumen de sangrado variables; precedido de amenorrea.

Otros signos y síntomas menos específicos:

- Síntomas gastrointestinales
- Dispareunia
- Dolor a la movilización cervical
- Sintomatología urinaria
- Dolor a la defecación

### **Exploración clínica**

Atención a signos clínicos de hemoperitoneo y shock hipovolémico:

- Hipotensión
- Taquicardia
- Palidez cutáneo mucosa
- Dolor abdominal
- Signos de irritación peritoneal como la omoalgia, síncope o mareo

**En toda paciente que acuda a Urgencias con amenorrea, metrorragia y/o dolor abdominal deberemos descartar gestación.**

- **Ecografía**

Técnica más sensible para el diagnóstico precoz de gestación ectópica.

**En ocasiones, es imposible diferenciar una gestación ectópica de un aborto precoz cuando no existen hallazgos ecográficos que confirmen la presencia de una gestación intra o extrauterina. Se conoce como gestación de localización incierta.**

**Tabla 4.**  
Hallazgos ecográficos en las gestaciones ectópicas

Útero vacío, especialmente si tiene endometrio engrosado
Pseudosaco intraútero
Signo de la gota o del bagel o doble halo (“blob sign / bagel sign”)
Visualización de saco gestacional extrauterino con vesícula vitelina y/o embrión
Líquido libre en el Saco de Douglas o periuterino (hemoperitoneo)
Engrosamiento tubárico

### Determinación sérica de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -HCG)

La  $\beta$ -HCG es producida por las células trofoblásticas en las primeras semanas del embarazo y duplica su valor cada 48-72 horas en gestaciones normoevolutivas (válido hasta 10.000 mU/ml).

- Aumento de  $\beta$ -HCG > 35% (entre 35-66%) a las 48 horas: gestación viable intrauterina.
- Aumento de  $\beta$ -HCG < 35% cada 48 h en tres mediciones: gestación anormal (embarazo ectópico, gestación intrauterina no viable...).
- Estabilización o disminución: gestación no evolutiva (aborto tubárico o aborto diferido).

Se realiza **cuantificación de  $\beta$ -HCG en pacientes con sintomatología y test de embarazo positivo** en los que no se puede confirmar la presencia de gestación intrauterina mediante ecografía:

- Si  $\beta$ -HCG inicial > 1.000-2.000 mU/ml y saco gestacional no visible por ecografía transvaginal: probabilidad de gestación ectópica alta.
- Si paciente hemodinámicamente estable y no se puede hacer diagnóstico de ectópico o intrauterino en base a  $\beta$ -HCG sérica inicial y ecografía: realizaremos un seguimiento periódico con  $\beta$ -HCG y ecografías seriadas cada 48-72 horas hasta diagnóstico.

### Tipos de gestaciones ectópicas

Las más frecuentes son: **gestación tubárica, intersticial, ovárica, en cicatriz de cesárea, cervical, abdominal y heterotópica.**

## 1. Gestación tubárica

El trofoblasto invade la pared de la trompa, desencadenando una hemorragia que distorsiona la anatomía tubárica alcanzando la serosa, pudiendo llegar a romperla y generar dolor.

### Clínica

La sintomatología viene determinada por el grado de invasión, la viabilidad del embarazo y el lugar de implantación.

### Diagnóstico

Ecografía transvaginal

- Signos directos de gestación tubárica: **masa anexial** con saco gestacional con vesícula vitelina, con o sin embrión en su interior y captación circunferencial de Doppler.
- Signos indirectos de gestación tubárica:
  - Masa anexial con movimiento independiente del ovario, heterogénea y generalmente esférica o alargada (*blob sign*); o saco gestacional vacío (*bagel sign*). (**Figuras 4 y 5**)
  - Presencia de líquido libre en pelvis y/o intraabdominal.
  - Presencia de pseudosaco endometrial: presente en más del 20% de los casos, debe diferenciarse de un saco gestacional incipiente, que se identifica por la presencia de una estructura hipoeoica ex-céntrica rodeada por dos anillos ecogénicos concéntricos.

### Tratamiento

Importante **diagnóstico precoz** para realizar un tratamiento lo más conservador posible.

**Actitud expectante** si:

- Paciente asintomática con buen estado.
- $\beta$ -HCG < 1500 UI/L inicial y en descenso, con localización del embarazo desconocida.
- Ausencia de sangre en fondo de saco o hemoperitoneo.

Se realizará control clínico y de  $\beta$ -HCG a las 48 horas pasando a control semanal si se objetiva una disminución > 50% respecto a la inicial hasta que el valor sea inferior a 20 UI/L.

**Actitud activa (farmacológica o quirúrgica).** Si no se produce una disminución adecuada, aumentan o aparecen síntomas,

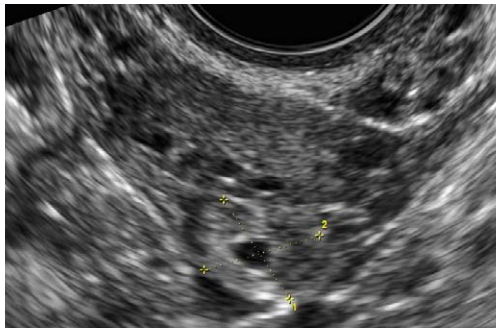
### Tratamiento farmacológico

- Pacientes hemodinámicamente estables.
- Ausencia de dolor abdominal severo o persistente.
- Posibilidad de seguimiento hasta que se resuelva el proceso.
- Función hepática y renal normal.
- Actividad cardiaca negativa.
- Diámetro < 4 cm del embarazo ectópico.
- Niveles B-hCG < 5.000 UI/L

Metrotexato (MTX) a dosis única intramuscular de 50 mg/m<sup>2</sup>, ajustada a la superficie corporal de la paciente.



**Figura 4.** Masa paraanexial alargada y heterogénea "blob sign" compatible con gestación ectópica tubárica rodeada de pequeña cantidad de líquido libre



**Figura 5.** En la parte superior de la imagen podemos identificar el ovario con folículos y en su polo inferior, adyacente imagen paraanexial similar a pseudosaco extrauterino o "bagel sign"

**Cálculo de la superficie corporal**

Fórmula de Dubois-Dubois o la de Mosteller ( $V$  [talla en cm x peso en kg / 3600]).

Informar a las pacientes de los posibles efectos secundarios del tratamiento y firmarán un consentimiento informado previo.

Tras la administración de MTX, los niveles de  $\beta$ -HCG pueden elevarse: deben compararse los niveles de hormona al 4º y 7º día tras la administración del fármaco.

- Efectos secundarios gastrointestinales relacionados con la medicación, y especialmente crisis de dolor abdominal entre el tercer y el séptimo día del tratamiento (suele desaparecer a las 4-12 horas).  
Importante informar bien a las pacientes, incluyendo los signos y síntomas de alarma, y pautarles analgesia por si precisasen (no AINEs por interacción con MTX y aumento de su toxicidad).
- MTX es teratogénico, las pacientes deberán esperar 6 meses (mínimo 3) para buscar de nuevo gestación.
- Recomendar durante el tratamiento: ácido fólico, abstenerse de relaciones sexuales, no beber alcohol y exposición solar activa.

**Tabla 5.****Contraindicaciones para el tratamiento sistémico con metrotexato en la gestación ectópica**

Gestación intrauterina
Hemoperitoneo significativo (por fuera de saco de Douglas)
Antecedente de gestación ectópica homolateral con tratamiento médico con MTX
Gestación ectópica heterotópica
Inmunodeficiencia
Anemia, leucopenia, plaquetopenia moderada - severa
Enfermedad pulmonar activa
Hipersensibilidad o alergia a MTX
Úlcera gástrica
Alcoholismo, hepatopatía y/o nefropatía
Niveles de $\beta$ -hCG > 5.000UI/L*
Embrión con latido cardiaco positivo
Lactancia materna
Cuando no cumpla criterios señalados en indicaciones

\* En algunas ocasiones podrá plantearse tratamiento con MTX en pacientes con niveles  $\beta$ -hCG > a 5.000UI/L y < 10.000 UI/L si bien la probabilidad de solucionarlo con este tratamiento disminuye.



**Tabla 6.**  
Esquema de tratamiento médico en gestaciones ectópicas tubáricas

Día	Pruebas complementarias	Manejo	Tratamiento
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía transvaginal</li> <li>• <math>\beta</math>-HCG</li> <li>• Hemograma, perfil hepático, creatinina, grupo, Rh y coombs y pruebas de coagulación.</li> <li>• Firma de consentimiento informado</li> </ul>	No ingreso hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MTX de 50 mg/m<sup>2</sup> im</li> <li>• Gammaglobulina anti-D si Rh negativo</li> <li>• Analgesia (evitar AINES)</li> </ul>
4	$\beta$ -hCG		
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía transvaginal</li> <li>• <math>\beta</math>-hCG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración clínica.</li> <li>• Si <math>\beta</math>-hCG <b>disminuye &gt;15%</b> entre el 4<sup>o</sup> y 7<sup>o</sup> día, próximo control en 7 días</li> <li>• Si <math>\beta</math>-hCG <b>disminuye &lt;15%</b> entre el 4<sup>o</sup> y 7<sup>o</sup> día</li> </ul>	<p>Administrar 2<sup>a</sup> dosis de MTX 50 mg/m<sup>2</sup> im y repetir control de <math>\beta</math>-hCG al 11<sup>o</sup> día ó valorar tratamiento quirúrgico</p>

### Tratamiento quirúrgico

Si  $\beta$ -HCG  $\geq$  5000 UI/L.

- Embrión con latido cardiaco positivo.
- Tamaño de gestación ectópica > 4 cm.
- Dolor abdominal severo.
- Contraindicación al MTX.
- Presencia de hemoperitoneo ecográficamente significativo.
- Dificultad de seguimiento posterior de la paciente.
- Antecedente de gestación ectópica tubárica ipsilateral y trompa contralateral sana.
- Cuando la paciente no desee tratamiento conservador.
- Fracaso de tratamiento médico.
- Gestación heterotópica con uno de los sacos en la trompa.

**Procedimiento: Salpinguectomía por laparoscopia**, reservando la vía laparotómica para casos en los que la laparoscopia no sea posible por dificultad técnica o por inestabilidad de la paciente.

Si la trompa contralateral no es permeable y la paciente desea preservar su fertilidad se puede plantear una **salpingostomía**.

## **2. Gestación intersticial**

**Se asienta sobre la porción más proximal de la trompa de Falopio, en su porción intersticial dentro del miometrio y cuerno uterino.**

Alta tasa de complicaciones por su gran capacidad de crecer antes de que se produzcan los síntomas.

### **Factores de riesgo**

Antecedente de salpinguectomía previa, siendo el muñón tubárico el sitio de implantación más frecuente.

### **Diagnóstico**

Difícil.

### **Ecografía**

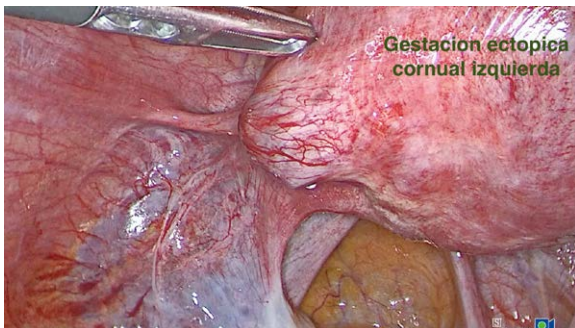
- Cavidad endometrial vacía con un saco gestacional excéntrico, en zona de fondo y sin miometrio identificable o rodeado de < 5 mm de miometrio en todos los planos. **(Figuras 6 y 7)**
- Línea intersticial: línea ecogénica entre el saco gestacional y el endometrio.

### **Figura 6.**

**Saco gestacional excéntrico a nivel de fondo uterino y con ausencia de miometrio circundante en su margen externo compatible con embarazo ectópico intersticial**



**Figura 7.**  
Gestacion ectopica cornual izquierda



**Diagnóstico diferencial** con gestación angular (implantación en alguno de los ángulos de la cavidad endometrial).

- Miometrio (que rodea al saco) > 5 mm de grosor .
- Saco en la medial de la unión útero-tubárica.

### Tratamiento

#### Farmacológico

- En pacientes estables hemodinámicamente.  
Alta tasa de resolución en:
  - $\beta$ -HCG < 5.000 UI/L: tratamiento con dosis única de MTX intramuscular 50 mg/m<sup>2</sup> (**Tabla 5**)
  - $\beta$ -HCG > 5.000 UI/L: ingreso hospitalario y la administración de MTX a dosis múltiples (1 mg/kg peso/día cada 48 horas por 4 dosis). (**Tabla 6**)
  - Embrión con latido cardiaco positivo: se recomienda asociar inyección intra-sacral eco-guiada con cloruro potásico (KCl) (2 mL = 2mEq/mL) para producir la asistolia del embrión.

#### Quirúrgico

- En pacientes inestables con rotura uterina.
- El tipo de vía, laparotómica o laparoscópica, deberá ser consensuada con el equipo quirúrgico, así como la técnica a realizar.

**Tabla 7.**  
Esquema de tratamiento médico con metrotexato a dosis múltiples del embarazo ectópico

Día	Pruebas complementarias	Manejo	Tratamiento
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía transvaginal</li> <li>• <math>\beta</math>-HCG</li> <li>• Hemograma, perfil hepático, creatinina, grupo, Rh y coombs y pruebas de coagulación.</li> <li>• Firma de consentimiento informado</li> </ul>	Ingreso hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MTX de 50 mg/m<sup>2</sup> im</li> <li>• Gammaglobulina anti-D si Rh negativo</li> <li>• Analgesia (evitar AINES)</li> </ul>
1		Ingreso hospitalario	Levofolinato cálcico 5 mg vo
2	Ecografía transvaginal	Se puede valorar alta si estable / ingreso hospitalario	MTX de 1 mg/kg im
3		Ambulatorio / ingreso	Levofolinato cálcico 5 mg vo
4	$\beta$ -hCG	Valoración clínica ambulatorial / ingreso	MTX de 1 mg/kg im
5			Levofolinato cálcico 5 mg vo
6		Valoración clínica ambulatorial / ingreso	MTX de 1 mg/kg im
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía transvaginal</li> <li>• <math>\beta</math>-hCG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración clínica.</li> <li>• Si <math>\beta</math>-hCG <b>disminuye &gt;15%</b> entre el 4<sup>o</sup> y 7<sup>o</sup> día. Buena respuesta. Controla ambulatorio a los 7 días.</li> <li>• Si <math>\beta</math>-hCG <b>disminuye &lt;15%</b> entre el 4<sup>o</sup> y 7<sup>o</sup> día</li> </ul>	Levofolinato cálcico 5 mg vo  Administrar 2 <sup>a</sup> dosis de MTX 50 mg/m <sup>2</sup> im y repetir control de $\beta$ -hCG al 11 <sup>o</sup> día ó valorar tratamiento quirúrgico

- La técnica más conservadora es la **cornuostomía** en la que se reseca la gestación ectópica, conservando el miometrio. Se recomienda una dosis asociada de MTX intramuscular y realizar seguimiento de  $\beta$ -hCG.
- En los casos en los que no es posible conservar el cuerno se puede realizar una resección en cuña, siendo necesaria en algunos casos la histerectomía.

Se recomienda realizar una **salpinguectomía ipsilateral** en todos los casos para evitar futuras gestaciones ectópicas.

### **3. Gestación ovárica**

#### *Factor de riesgo*

Endometriosis.

#### *Clínica*

Cuadro de dolor abdominal y metrorragia, debutando 1/3 de ellas con hemoperitoneo.

#### *Diagnóstico*

Suelen ser difíciles de diagnosticar confundiendo muy frecuentemente con cuerpos lúteos o gestaciones ectópicas tubáricas.

#### *Tratamiento*

- Si el diagnóstico es intraoperatorio, está indicado realizar una exéresis intentando preservar el mayor tejido ovárico posible. Se realizará una **ooforectomía** en los casos en los que esto no sea posible.
- Si se sospecha ecográficamente se puede plantear tratamiento con **MTX intramuscular** como en el caso de la gestación ectópica intersticial.

### **4. Gestación abdominal**

**Gestación implantada en diferentes localizaciones intraabdominales como intestinos, hígado, bazo, pared pélvica, saco de Douglas o grandes vasos.**

La viabilidad dependerá de su lugar de implantación, alta tasa de mortalidad (20%) y complicaciones graves.

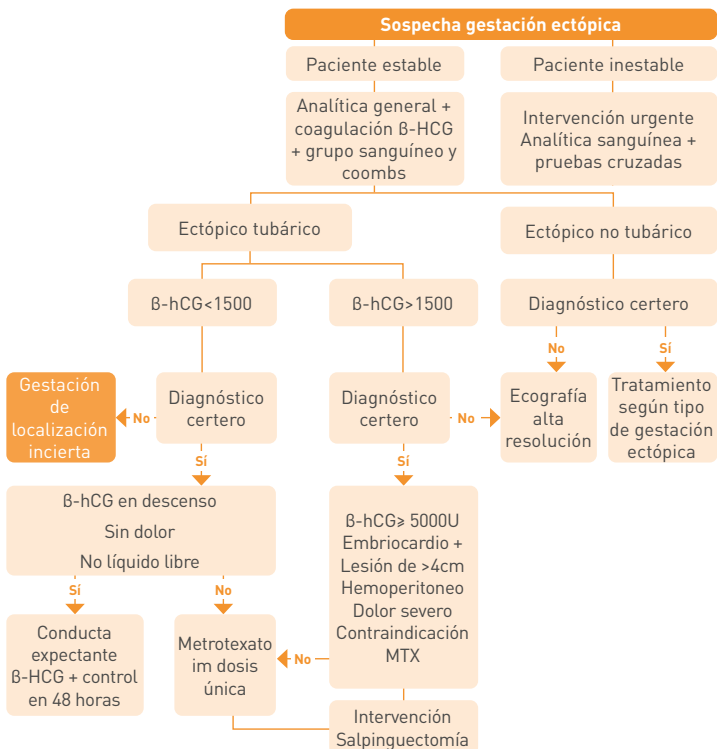
No existe consenso de actuación en estos casos y, por tanto, su manejo deberá ser consensuado por equipo multidisciplinar y paciente.

### **5. Gestación heterotópica**

**Se trata de dos gestaciones simultáneas implantadas en diferentes localizaciones.**

**Figura 8.**

Esquema diagnóstico terapéutico del embarazo ectópico en urgencias

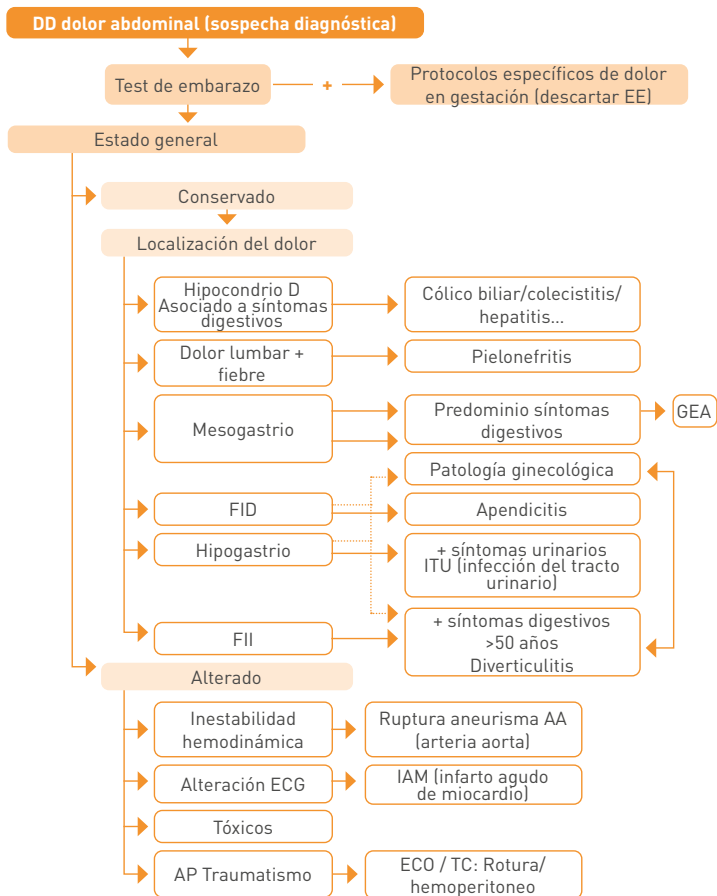


## OTRAS PATOLOGÍAS ABDÓMINO-PÉLVICAS DE ORIGEN NO GINECOLÓGICO

Además de las patologías ginecológicas que se presentan con dolor agudo, **podemos encontrarnos con casos de dolor de origen intraabdominal de causa digestiva, urinaria, vascular, infecciosa, traumatológica, hematológica, tóxica, linfática...** e incluso extraabdominal, por ejemplo, de causa cardiaca, neurológica o endocrinológica. Pueden tratarse de patologías con riesgo vital, en las que se precisará una actuación urgente que requiera una rápida sospecha diagnóstica o que permitan un estudio más pormenorizado para realizar el diagnóstico diferencial.

## Causas frecuentes de dolor abdominal de origen no ginecológico

**Figura 9.**  
Diagnóstico diferencial (DD) de dolor abdominal



DD: diagnóstico diferencial; EE: embarazo ectópico; GEA: por gastroenteritis aguda; FID: fosa ilíaca derecha; FII: fosa ilíaca izquierda; ECG: electrocardiograma; TC: tomografía computarizada.

## CONCLUSIONES

- El dolor abdominal en el servicio de Urgencias supone un **reto diagnóstico** por el elevado número de sistemas que pueden debutar con ese tipo de dolor.
- Una **adecuada anamnesis** sobre los antecedentes de la paciente, **factores de riesgo, ingesta previa de comidas o tóxicos**; o la **existencia de traumatismos previos** pueden orientar nuestra sospecha clínica.
- La exploración y pruebas complementarias nos ayudarán al diagnóstico, teniendo como primeras opciones la **analítica de sangre y orina y las pruebas de imagen** (ecografía abdominal y TC de urgencia fundamentalmente).
- Si no hay hallazgos o se sospecha otras patologías poco comunes, se solicitarían las **pruebas complementarias** pertinentes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman TE, Levi CS, Dashefsky SM, Holt SC, Lindsay DJ. Interstitial line: Sonographic finding in interstitial (cornual) ectopic pregnancy. *Radiology*. 1993;189(1):83-87.
- Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, Tinelli A, Malvasi A, Jonat W, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2013;68(8):571-581.
- Amara Y, Leppaniemi A, Catena F, Ansaloni L, Sugrue M, Fraga GP, et al. Diagnosis and management of small bowel obstruction in virgin abdomen: A WSES position paper. *World J of Emerg Surg*. 2021;16(1):36.
- Anderson JL, Morrow DA. Acute myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2017;376(21):2053-2064.
- Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical management of ectopic pregnancy: A meta-analysis comparing "single dose" and "multidose" regimens. *Obstet Gynecol*. 2003;101(4):778-784.
- Barnhart KT, Katz I, Hummel A, Gracia CR. Presumed diagnosis of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2002;100(3):505-510.
- Bobdiwala S, Farren J, Bourne. Ultrasound assessment of ectopic pregnancy. *Visual Encyclopedia of ultrasound in Obstetrics and Gynaecology*.
- Bonkat G (coord.), Bartoletti R, Bruyère F, Cai T, Geerlings SE, Köves B, et al. *EAU Guidelines on Urological Infections*. Amsterdam: EAU; 2022.
- Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: A 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod*. 2002;17(12):3224-3230.
- Bresee JS, Marcus R, Venezia RA, Keene WE, Morse D, Thanassi M, et al. The etiology of severe acute gastroenteritis among adults visiting emergency departments in the United States. *J Infect Dis*. 2012;205(9):1374-1381.



- Cheng LY, Wang CB, Chu LC, Tseng CW, Kung FT. Outcomes of primary surgical evacuation during the first trimester in different types of implantation in women with cesarean scar pregnancy. *Fertil Steril*. 2014;102(4):1085-90.
- Gorter RG, Eker HH, Gorter-Stam MAW, Abis GSA, Acharya A, Ankersmit M, et al. Diagnosis and management of acute appendicitis. EAES consensus development conference 2015. *Surg Endosc*. 2016;30(11):4668-4690.
- Hajenius PJ, Mol F, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2007;2007(1):CD000324. [Citado 16 oct 2023]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000324.pub2/full>
- Hibbard LT. Adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol*. 1985;152(4):456-461.
- Irvin TT. Abdominal pain: A surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br J Surg*. 1989;76(11):1121-1125.
- Jermy K, Thomas J, Doo A, Bourne T. The conservative management of interstitial pregnancy. *BJOG*. 2004;111(11):1283-1288.
- Jurkovic D, Memtsa M, Sawyer E, Donaldson ANA, Jamil A, Schramm K, et al. Single-dose systemic methotrexate vs expectant management for treatment of tubal ectopic pregnancy: A placebo-controlled randomized trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017;49(2):171-176.
- Kaelin Agten A, Cali G, Monteagudo A, Oviedo J, Ramos J, Timor-Tritsch I. The clinical outcome of cesarean scar pregnancies implanted "on the scar" versus "in the niche". *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(5):510.e1-510.e6.
- Kagan Arleo E, DeFilippis EM. Cornual, interstitial, and angular pregnancies: Clarifying the terms and a review of the literature. *Clin Imaging*. 2014;38(6):763-770.
- Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am*. 2003;21(1):61-72.
- Kim JH, Lee SM, Lee JH, Jo YR, Moon MH, Shin J, et al. Successful conservative management of ruptured ovarian cysts with hemoperitoneum in healthy women. *PLoS One*. [Internet]. 2014;9(3):e91171. [Citado 16 oct 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24608424/>
- Koshiba H. Severe chemical peritonitis caused by spontaneous rupture of an ovarian mature cystic teratoma: A case report. *J Reprod Med*. 2007;52(10):965-967.
- Lewis LM, Banet GA, Blanda M, Hustey FM, Meldon SW, Gerson LW. Etiology and clinical course of abdominal pain in senior patients: A prospective, multicenter study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60(8):1071-1076.
- Lipscomb GH. Medical therapy for ectopic pregnancy. *Semin Reprod Med* 2007;25(2):93-98.
- Livingston EH, Woodward WA, Sarosi GA, Haley RW. Disconnect between incidence of nonperforated and perforated appendicitis: Implications for pathophysiology and management. *Ann Surg*. 2007;245(6):886-892.
- Maheux-Lacroix S, Li F, Bujold E, Nesbitt-Hawes E, Deans R, Abbot J. Cesarean scar pregnancies: A systematic review of treatment options. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017;24(6):915-925.
- Moawad NS, Mahajan ST, Moniz MH, Taylor SE, Hurd WW. Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(1):15-29.

- Moro F, Bolomini G, Sibal M, Vijayaraghavan SB, Venkatesh P, Nardelli F, et al. Imaging in gynecological disease [20]: Clinical and ultrasound characteristics of adnexal torsion. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;56(6):934-943.
- Pavlik EJ, Ueland FR, Miller RW, Ubellacker JM, DeSimone CP, Elder J, et al. Frequency and disposition of ovarian abnormalities followed with serial transvaginal ultrasonography. *Obstet Gynecol.* 2013;122(2 Pt 1):210-217.
- Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, Borzellino G, Cimbanassi S, Boerna D, et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World J Emerg Surg.* 2020;15(1):61
- Po L, Thomas J, Mills K, Zakhari A, Tulandi T, Shuman M, et al. Guideline No. 414: Management of pregnancy of unknown location and tubal and nontubal ectopic pregnancies. *J Obstet Gynecol Can.* 2021;43(5):614-630.e1
- Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, Abu-Zidan F. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg.* 2020;15(1):32.
- Thielman NM, Guerrant RL. Clinical practice. Acute infectious diarrhea. *N Engl J Med.* 2004;350(1):38-47.
- Tulandi T. Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites. [Internet] UpToDate; 2023. [Citado 16 oct 2023]. Disponible en: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/5481>
- Wanhainen A, Verzini F, Van Herzele I, Allaire E, Bown M, Cohnert T, et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2019 clinical practice guidelines on the management of abdominal aorto-iliac artery aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2019;57(1):8-93.
- Weibel HS, Alserri A, Reinhold C, Tulandi T. Multidose methotrexate treatment of cervical pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(4):359-362.

## 5

AGRESIÓN  
SEXUAL*Dra. Julia Zurita Calvo***Violencia sexual (OMS)**

“Es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.

Genera importantes **problemas de salud para las mujeres** que la sufren. Precisa una atención urgente, multidisciplinar y coordinada por parte de Ginecología, Psiquiatría, Enfermedades Infecciosas y Medicina Forense incluso con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, para prevenir y minimizar las consecuencias.

**ACOGIDA DE LA MUJER****Procedencia de la paciente**

- Urgencias Extrahospitalarias
- Atención Primaria
- Hospital que no cumple con los requisitos necesarios para atención a víctimas de violencia sexual
- Comisaría de policía

## Notificación

Se debe notificar al **Juzgado de Guardia** y, cuando la paciente no se oponga, a la **policía judicial**.

Realizar un **Parte de Lesiones**, del que se debe recabar:

- Copia para que sea remitida al Juzgado de Guardia.
- Copia para incorporar la historia clínica de la paciente.
- En menores de edad, se comunicarán los hechos a la Fiscalía de Protección de Menores, así como al Juzgado de Guardia.

## VALORACIÓN DE LA PACIENTE

Importante:

- Tener una **especial sensibilidad**.
- Extremar la **confidencialidad**. Proporcionar un **ambiente de privacidad**.
- **Minimizar los tiempos de espera**.
- Realizar **valoración ABCE inicial de Soporte Vital** que permita establecer el orden de prioridad.

La valoración se realizará, junto con el **forense**, de forma presencial siempre que el Juez de guardia así lo disponga, para la **correcta toma y custodia de las muestras que puedan ser necesarias para el procedimiento legal**.

## Consentimiento informado

Será explícito y por escrito, explicando el procedimiento a seguir: anamnesis, exploración física y toma de muestras necesarias por el personal sanitario y forense.

Su constancia, o negativa, en caso de rechazarse, debe reflejarse en la historia o informe clínico, especialmente en casos de sumisión química.

El consentimiento informado puede ser revocado en cualquier momento. En el caso de que la paciente no esté capacitada para prestar el consentimiento o denegarlo, será la Autoridad Judicial quien decida.

## Anamnesis

Escuchar el relato **sin hacer inferencias y registrarlo como tal**. Incluir:

- **Antecedentes de la paciente** (enfermedades, intervenciones, medicaciones, consumo de alcohol y/o drogas, situaciones de violencia...)
- **Antecedentes ginecológicos:** menarquia, ciclo menstrual, fecha de la última menstruación, método anticonceptivo utilizado, última relación sexual.
- **Datos descriptivos del acto de violencia sexual:** fecha, lugar, hora, tipo de violencia sexual, sospecha o certeza de uso de sustancias, uso de preservativo, etc.
- **Actos realizados después de la agresión y antes de la exploración:** aseo personal, toma de alimentos o medicación, etc.

## Exploración física

### Superficie corporal

Realizar examen de cabeza a pies, describiendo detalladamente cualquier lesión o la ausencia de ella, buscando restos del lugar en que haya estado, adheridos a la piel. En caso de marcas de mordeduras y/o sugilaciones, tomar muestra para recoger posibles restos de saliva.

Retirada del vestuario por la propia mujer, sobre una sábana blanca suficientemente amplia y, con guantes de un solo uso, de cada una de sus prendas, por separado, de abajo arriba y de fuera a dentro.

1. **Zona cráneo-facial:** especial atención a globos oculares, boca y mandíbulas.
  - En caso de felación, debe hacerse una toma bucal antes de que la paciente se enjuague o ingiera líquidos o alimentos.
  - Palpación con suavidad, del cuero cabelludo en busca de lesiones o pelo arrancado.
2. **Zona del cuello, hombros y tórax** (anterior y posterior) comenzando por la espalda, con especial atención a las mamas.
3. **Axilas, brazos y antebrazos** (también caras internas) en busca de heridas o abrasiones.
4. **Manos y muñecas** de la paciente, recortando las uñas y guardándolas en envases, diferenciando a qué mano y dedo pertenecen.
5. **Abdomen y región glútea y nalgas** con la mujer acostada.

6. **Miembros inferiores** por la cara interna y externa, poniendo especial atención en rodillas, tobillos y plantas de los pies.

### Región genito-anal

1. **Zona externa** de las nalgas, muslos y el monte de venus, labios mayores, menores, clítoris, himen o remanentes himeneales y periné.
2. Peinado del **vello pubiano** en busca de pelo del agresor.
3. **Paredes vaginales** con un espéculo en busca de lesiones y restos de semen.
4. **Recto** si existe sospecha de penetración anal.

### Toma de muestras

Recoger restos de sangre, semen, saliva u otros restos biológicos con el material adecuado.

- Muestras genitales: utilizar un espéculo vaginal sin uso de lubricantes ni desinfectantes o antisépticos.
  - Exudado vaginal.
  - Exudado endocervical.
  - Otros exudados (faríngeo, anal, úlceras) si se considerase preciso.
- Serología: VIH, VHC, VHB y sífilis.

### Valoración mental

Valoración urgente por el **equipo de Psiquiatría** de guardia si:

- Ideación autolítica.
- Episodios de agitación psicomotriz.
- Estado catatónico.
- Crisis de ansiedad.
- Episodios depresivos graves.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Descompensación de trastornos psicóticos crónicos.

## ABORDAJE

### Tratamiento de las lesiones

Toda lesión física debe ser tratada mientras se realiza la exploración y se ha de prescribir medicación en caso de que sea necesario.

### Prevención de embarazo

Si la mujer no está utilizando adecuadamente un método anticonceptivo eficaz, el test de gestación es negativo y presta un consentimiento previo. En función del tiempo transcurrido desde la agresión, se decidirá que método utilizar:

- Menos de 72 horas: levonorgestrel (1,5 mg en una sola dosis, vía oral).
- Entre 72 horas y 5 días:
  - Colocación de DIU de cobre (DIUcu).
  - Acetato de Ulipristal (30 mg en una sola dosis, vía oral).

Importante confirmar la próxima regla o realizar una prueba de embarazo a las dos semanas.

### Profilaxis de infecciones de transmisión sexual

Realizar **profilaxis antibiótica** para *Gonococo*, *Clamydia*, sífilis y *Trichomonas* mediante el tratamiento empírico triple:

- Ceftriaxona 500 mg intramuscular, dosis única.
- Metronidazol 500 mg/ 12 horas vía oral durante 7 días.
- Azitromicina 1 g vía oral, dosis única.

Este tratamiento estará **contraindicado** en caso de exposición hace más de 72 horas y/o exposición repetida de riesgo.

### Profilaxis de enfermedades infecciosas relacionadas

Interconsulta al **servicio de Enfermedades Infecciosas**, quien valorará la necesidad de llevar a cabo diferentes profilaxis infecciosas:

- **Profilaxis VIH:** entre las primeras 24-72h, durante 28 días o hasta que se constate que el abusador/agresor es VIH negativo para su interrupción.
- **Profilaxis Hepatitis B (VHB)** si la mujer no está vacunada frente al VHB o lo está de forma incompleta: 1 dosis de IGHB y realizar la serie completa de vacunación.

- **Profilaxis antitetánica** ante la existencia de heridas inciso-contusas. Previamente:

- Consentimiento informado específico que incluya información sobre eficacia, posibles efectos adversos e interacciones farmacológicas.
- Análítica general con hemograma y bioquímica con perfil hepático.

## DOCUMENTACIÓN

- **Informe final de Urgencias:**
  - Información clínica: exploración, pruebas realizadas y tratamientos.
  - Cita con el médico de Atención Primaria antes de que pasen 7 días, para control y seguimiento.
  - Citas en Consultas de Infecciosas y Psiquiatría (solicitadas por su parte).
  - Cita en Consultas Externas de Ginecología.
- **Parte de lesiones:** deberá estar firmado por el Médico Forense y Remitido al Juzgado de Guardia.

## SEGUIMIENTO GINECOLÓGICO

**Tabla 1.**  
Resumen del seguimiento ginecológico tras una agresión sexual

<b>1ª VISITA</b> (a las 2 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de heridas y lesiones</li> <li>• Comprobación de toma correcta de medicación</li> <li>• Resultados de pruebas solicitadas</li> <li>• Test de embarazo si no hay menstruación</li> <li>• Revisión ginecológica</li> </ul>
<b>2ª VISITA</b> (a los 3 meses)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serología VIH, VHB, VHC y sífilis</li> <li>• Profilaxis que corresponda de ITS</li> <li>• Revisión ginecológica</li> </ul>
<b>3ª VISITA</b> (a los 6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serología VIH, VHB, VHC y sífilis</li> <li>• Profilaxis que corresponda de ITS</li> <li>• Revisión ginecológica</li> </ul>



**Tabla 2.**

**Resumen de la actuación en la urgencia hospitalaria en el caso de una paciente que acuda por agresión sexual**

<b>Anamnesis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionar todos los datos descriptivos del acto y los realizados después de la agresión</li> <li>• Incluir antecedentes personales, antecedentes gineco-obs-tétricos, consumo de sustancias y episodios previos de violencia</li> </ul>
<b>Exploración física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración general de todo el cuerpo</li> <li>• Exploración génito-anal con toma de muestras</li> </ul>
<b>Toma de muestras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exudado vaginal</li> <li>• Exudado endocervical</li> <li>• Otros exudados (faríngeo, anal, úlceras) si se precisa</li> <li>• Serología (VIH, VHC, VHB y sífilis)</li> </ul>
<b>Tratamiento de lesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizado durante la propia exploración</li> </ul>
<b>Prevención del embarazo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no se está utilizando método anticonceptivo eficaz, el test de gestación es negativo y presta consentimiento informado</li> <li>• &lt;72 h levonorgestrel 1,5 mg vo</li> <li>• 72h – 5 días:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– DIU cobre</li> <li>– Acetato de ulipristal 30 mg</li> </ul> </li> </ul>
<b>Profilaxis para infecciones de transmisión sexual (ITS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceftriaxona 500mg im</li> <li>+</li> <li>• Metronidazol 500mg/12 horas vo durante 7 días</li> <li>+</li> <li>• Azitromicina 1g vo</li> </ul>
<b>IC infecciosas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se valorará profilaxis de VIH y/o VHB y/o antitetánica</li> </ul>
<b>IC Psiquiatría</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En función de la situación de la paciente</li> </ul>

## BIBLIOGRAFÍA

- American College of Emergency Physician. Evaluation and Management of the Sexually Assaulted or Sexually Abused Patient. Dallas: ACEP; 2014.
- Del Valle Álvarez R, Amador Demetrio MD, González Darias A, Moreno Portela MV (coord.). Protocolo de atención a mujeres víctimas de agresión sexual. [Internet]. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias; 2020. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3b96507b-6aba-11eb-8314-f34dfa241d03/SCS\\_protocolo\\_sexual.pdf%C2%A0](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3b96507b-6aba-11eb-8314-f34dfa241d03/SCS_protocolo_sexual.pdf%C2%A0)
- García Delgado C, Dongil Garralón M (coord.). Violencia de pareja hacia las mujeres: Guía breve de actuación en los servicios de Urgencias hospitalarios. [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2013. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017382.pdf>
- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales. [Internet]. Santander: Consejería de Sanidad de Cantabria; 2017. [Citado 17 oct 2023]. Disponible: <https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO%20AGRESIONES%20SEXUALES%20CANTABRIA%202017.pdf>
- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2016. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2016. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad; 2017. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/sivfrent-j\\_2016.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/sivfrent-j_2016.pdf)
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Colección contra la violencia de género. Documentos nº22. [Internet]. Madrid: Centro de Publicaciones MSSSI; 2015. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)
- Protocolo de asistencia sanitaria urgente y coordinada a mujeres víctimas de violencia sexual en la Comunidad de Madrid (Código VISEM). [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2022. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050659.pdf>
- Ruiz Pérez I, Agüera Urbano C (coord.). Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Sevilla: Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía; 2007.
- Santiago, A. (coord.). Guía de detección clínica de la sumisión química. Madrid: Hospital Clínico San Carlos; 2016.
- World Health Organization (WHO). Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. [Internet]. Ginebra: WHO; 2013. [Citado 16 oct 2023]. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1)
- World Health Organization. Understanding and addressing violence against women. Sexual Violence. Ginebra: WHO; 2013.
- World report on violence and health. [Internet]. World Health Organization; 2002. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>

## 6

ANTICONCEPCIÓN  
DE EMERGENCIA

*Dra. Noemí Martínez Parrondo, Dra. Marta Salvador Osuna*

Conjunto de los métodos anticonceptivos específicos, que pueden utilizarse de urgencia para prevenir un embarazo después de una relación sexual coital no protegida.

Puede ser un **fármaco** que impide o retrasa la ovulación o un **dispositivo** que evita la fertilización. **No son métodos abortivos** ni producen lesión o daño en el embrión, en caso de que hubiera ya un embarazo.

**La anticoncepción de urgencia se considera un método auxiliar de anticoncepción, cuyo empleo es más ocasional que regular.**

### INDICACIONES

1. Coito sin protección: incluye el coitus interruptus, error del cálculo del período fértil con métodos naturales.
2. Accidentes durante el uso de un método anticonceptivo regular, por rotura, retención o mal uso del preservativo.
3. Mal cumplimiento o mala utilización de la anticoncepción de los métodos hormonales y no uso de un método adicional si es necesario:
  - Uso de fármacos que interactúan.
  - Olvido de dos o más píldoras combinadas: > 36h en píldoras de desogestrel, después de un parche 24 horas, extracción de un anillo >3 horas, >14 semanas de la última administración de AMPD.
  - Retirada imprevista, no localización, expulsión parcial o completa de un DIU.

4. Relaciones forzadas en una mujer sin anticoncepción previa.
5. Exposición a sustancias teratógenas, en caso de coitos sin protección o accidentes durante la utilización de un método anticonceptivo.

**Tabla 1.**

Indicaciones de uso de un método anticonceptivo de urgencia (AU) empleado según el fallo del método anticonceptivo previo y la situación de riesgo

Método anticonceptivo	Situación de riesgo	Indicación de AU
Hormonales	En uso método barrera complementario al inicio (si no inicio día 1 ciclo)	Fallo en método barrera
AHC, ASGO, Implante	Fallo en uso barrera en mujeres en tratamiento con fármacos inductores enzimáticos	Fallo barrera en 28 días siguientes al fin del tratamiento Se debe usar DIU o doble dosis LNG, no AUP
AHCO (no Qlaira <sup>®</sup> )	Olvido de 2 o más píldoras	Si píldora de 12 semana
ASGO	> 36 h olvido	Y no uso método barrera en 48 horas siguientes
AMPD	> 14 semanas última inyección	Si no uso método barrera
DIU Cu/LNG	Retirada, expulsión, pérdida	En 5 días siguientes

AHC: anticonceptivo hormonal oral, AHCO: anticonceptivo Hormonal combinado oral; AMPD: acetato de medroxiprogesterona; LNG: levonorgestrel; DIU: dispositivo intrauterino; ASGO: anticoncepción sólo gestágeno oral; AUP: acetato de ulipristal

## MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA Y SUS MECANISMOS DE ACCIÓN

### Estroprogestágenos

Administración de dos dosis con 12 horas de intervalo de 100 µg de **etinilestradiol** y de 0,50 mg de **levonorgestrel** (LNG), en cada dosis.

### Progestágenos solos

Protocolo inicial: dos dosis de 0,75 mg de LNG con 12 horas de intervalo con un porcentaje del 1,1% de embarazo.

**Los estudios más recientes demuestran que una sola dosis de 1,5 mg es tan eficaz como la pauta inicial de dos dosis.**

LNG inhibe la hormona luteinizante (LH), de manera que altera la ovulación y la función lútea, siendo su principal mecanismo de acción inhibir la ovulación en el 96% de los casos cuando se administran en presencia de un folículo de 12-17 mm, cesando su acción cuando empieza a aumentar la concentración de LH.

### **Moduladores del receptor de progesterona**

Su administración en medio o al final de la fase folicular limita el crecimiento del folículo dominante y retrasa o inhibe el pico de LH y, con ello, el momento de la ovulación.

- **Ulipristal**, a diferencia del LNG, sigue siendo eficaz cuando el ascenso de la LH ya ha empezado, retrasando la ovulación en el 79% de los ciclos, careciendo de efecto sobre la ovulación con cualquiera de las dos moléculas alzando el pico de LH.
- **Mifepristona** que ha sido utilizada en el terreno del aborto provocado, ha demostrado ser, en el marco de la anticoncepción de urgencia, altamente eficaz con pocos efectos indeseables. (solo China ha aprobado la utilización de esta molécula para esta indicación).
- **Dispositivo intrauterino de cobre (DIU)** con gran eficacia dentro del marco de la anticoncepción de urgencia hasta 5 días después de la relación sexual, gracias a la prevención de la fertilización del ovocito o implantación en el útero de un posible huevo fecundado.

## **SEGURIDAD DE LOS ANTICONCEPTIVOS DE URGENCIA**

Según criterios de la OMS, **no existe ninguna situación en la que los riesgos de utilizar la anticoncepción de urgencia sean superiores a los beneficios**, por lo que la seguridad de los métodos es excelente y particularmente destaca que aquellas mujeres con antecedentes de migrañas, enfermedad cardiovascular o hepática, así como las que están lactando, puede utilizar la anticoncepción de urgencia por vía oral, sin embargo es preferible utilizar anticoncepción de urgencia a base de progestágenos solos o con un DIU de Cu de alta carga en las mujeres con antecedentes de migraña o de accidente tromboembólicos.

- Utilizar LNG y ulipristal en anticoncepción de urgencias, **sea cual sea el peso de la paciente** (EMA 2014).

### Efectos indeseables

Suelen ser leves y transitorios.

- Náuseas y vómitos (sobre todo con estroprogestágenos), dolor abdominal, mastodinia, cefalea, vértigo y fatiga, que aparecen unos días después del tratamiento y desaparecen en general de forma espontánea a las 24 horas.
- **Ulipristal** retrasa la menstruación mientras que levonorgestrel tiende a adelantarla.
- **DIU de cobre**, mismo riesgo que en otros usos, no hay mas riesgo de perforación. Tener presente la prevención del riesgo de infecciones de transmisión sexual. Si se usase como método de planificación de larga duración, deben advertirse del riesgo de fracaso, expulsión de reglas más prolongadas y de que en caso de embarazo no hay evidencias de anomalías fetales.

En cuanto a :

- **Teratogenia**, datos sesgados, la gran mayoría de las mujeres que concibe a pesar del uso de la anticoncepción de urgencia optarán por la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).
- **Aborto espontáneo, embarazo extrauterino, fetopatía o complicaciones durante el embarazo o el parto**, no existe ninguna prueba de su aumento con LNG o ulipristal.

### Precauciones generales

- **Lactancia materna**, interrumpir durante la utilización de LNG al menos 8 horas después de la toma pero no más de 24 horas. No hay contraindicación para el uso de ulipristal, pero cesar la lactancia durante 1 semana después de la toma del producto.

Iniciar rápidamente una anticoncepción hormonal, sin esperar la aparición de la primera regla para retomarla (*quick start*).

**El uso repetido de la AU no se recomienda como anticoncepción regular a nivel de población.**

### Interacciones

- **Entre la AU y otros medicamentos**, no hay datos pero serán las mismas que las observadas con una anticoncepción oral regular.

## EFICACIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS DE URGENCIA

El riesgo de embarazo tras una relación sexual no protegida **depende del momento de la relación sexual del día del ciclo que estima la posible fecha de la ovulación.**

**La AU es muy eficaz cuando se utiliza los 4 primeros días tras el coito no protegido, pero su eficacia disminuye del 85% al 31% sobre todo el quinto día.**

- Entre LNG y ulipristal, **ulipristal** ha demostrado una superioridad estadísticamente significativa hasta los 5 días después de la relación sexual.
- El **DIU de cobre** es el más eficaz cuando han pasado menos de 120 horas tras la relación sexual desprotegida. En los casos en los que ha podido estimarse el tiempo de la ovulación, este plazo puede alargarse hasta el quinto día después de la misma.

## CONCLUSIONES

- Los embarazos no deseados entre las adolescentes constituyen un problema de salud pública mundial.
- El profesional de la salud tiene un papel fundamental tanto en la atención anticonceptiva en ese grupo de edad como en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
- La condición de objeción de conciencia que pueda tener un facultativo respecto a un tratamiento anticonceptivo o abortivo no debe ser obstáculo para que facilite a la paciente una información científica contrastada en esa materia.
- La anticoncepción de urgencia puede reducir el riesgo de embarazo si se emplea en las 120 horas siguientes al coito sin protección o al fallo del método anticonceptivo, siendo más eficaz en las primeras 24 horas.
- La realización de una anamnesis cuidadosa antes de la instauración de un tratamiento anticonceptivo hormonal debe quedar reflejada en la historia clínica de la paciente, supone un factor de calidad asistencial y, tiene el fin de que pueda acreditarse en todo momento la existencia de una buena práctica clínica.

- Las pacientes de más de 16 años no necesitan consentimiento para la administración de anticoncepción de urgencia.
- El tratamiento principal será la terapia hormonal con LNG o AUP. No obstante, el DIU es un método seguro y eficaz para adolescentes.
- La OMS adjudica una categoría 1 al DIU de cobre tanto en adolescentes como en adultas. No existen estudios que demuestren que el DIU de cobre sea menos efectivo en mujeres obesas que no obesas. La obesidad disminuye la fertilidad, pero si se produce un embarazo, éste tiene mas riesgo de complicarse (aborto espontáneo, malformaciones congénitas, diabetes gestacional, preclampsia, parto prematuro, puntuación de Apgar baja, muerte fetal).
- Ninguno de estos métodos protege frente a las enfermedades de transmisión sexual, por lo que su profilaxis, diagnóstico y tratamiento específico deben tenerse en cuenta.



## BIBLIOGRAFÍA

- Alventosa Del Rio J. Consentimiento informado del menor en España: Reformas recientes. *Actualidad Jurídica Iberoamericana*. 2019;10(2):514-548.
- Art. 14 de la Ley orgánica 2/ 2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, número 55 [4 de marzo de 2010].
- Baixauli VJ. Manual de consultas bioético-legales. *Farm Comunitarios*. [Internet]. 2012; 4(Suppl 1). [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/manual-consultas-bioetico-legales>
- Berger C, Boggavarapu NR, Meneziz J, Lalitkumar PGL, Gemzell-Danielsson K. Effects of ulipristal acetate on human embryo attachment and endometrial cell gene expression in an in vitro co-culture system. *Hum Reprod*. 2015;30(4):800-811.
- Bitzer J. Long-term contraceptive care in obese and superobese women. En: Mahmood TA, Arulkumaran S, Chervenak FA (ed.). *Obesity and Gynecology 2ª ed.* Amsterdam: Elsevier; 2020; p.63-73.
- Brache V, Cochin L, Duijkers IJM, Lewy DP, Kapp N, Monteil C, et al. A prospective, randomized, pharmacodynamic study of quick-starting a desogestrel progestin-only pill following ulipristal acetate for emergency contraception. *Hum Reprod*. 2015;30(12):2785-2793
- Carmine L. Contraception for adolescents with medically complex conditions. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2018;48(12):345-357.
- Cheng L, Che Y, Gülmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2012;(8): CD001324. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22895920/>
- Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, Wan L, Frezieres R, Thomas M, et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2006;108(5):1089-1097.
- Documentos SEC. [Internet] Sociedad Española de Contracepción; 2023. [Citado 17 oct 2023] Disponible en: <https://sec.es/area-cientifica/documentos-sec/>
- Do Nascimento JAA, Seppala M, Perdigo A, Espejo-Arce X, Munuce MJ, Hautala L, et al. In vivo assessment of the human sperm acrosome reaction and the expression of glycodelin- A in human endometrium after levonorgestrel emergency contraceptive pill administration. *Hum Reprod*. 2007;22(8):2190-2195.
- D'Oro LC, Parazzini F, Naldi L, La Vecchia C. Barrier methods of contraception, spermicides, and sexually transmitted diseases: A review. *Genitorurin Med*. 1994;70(6):410-417.
- European Consortium for Emergency Contraception (ECEC). *Emergency Contraception: A guideline for service provision in Europe*. ECEC; 2013.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance (FSRH). *Emergency Contraception*. Londres: FSRH; 2011
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance (FSRH). *Guideline: Quick Starting Contraception*. [Internet]. Londres: FSRH; 2017. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-clinical-guidance-quick-starting-contraception-april-2017/>

- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance (FSRH). UKMEC April 2016 Summary Sheet. [Internet]. Londres: FSRH; 2019. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ukmec-2016-summary-sheets/>
- Gemzell-Danielsson K, Berger C, P G L L. Emergency contraception: Mechanisms of action. *Contraception*. 2013;87(3):300-308
- Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJS, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: A randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet*. 2010;375(9714):555-562.
- Glasier AF. Emergency contraception: Clinical outcomes. *Contraception*. 2013; 87(3):309-313.
- Hall TN, Rende EK. Practice guideline: contraception for adolescents with chronic illness. *J Pediatr Health Care*. 2017;31(3):409-420.
- Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod*. 1993;8(3):389-392.
- International Consortium for Emergency Contraception (ICEC), International Federation Gynecology & Obstetrics (FIGO). Emergency contraceptive pills medical and service delivery guidelines. 3ª Ed. [Internet]. Nueva York: ICEC; 2012. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: [https://www.spdc.pt/files/publicacoes/MedicalandServiceDeliveryGuidelines-Eng2012\\_updated.pdf](https://www.spdc.pt/files/publicacoes/MedicalandServiceDeliveryGuidelines-Eng2012_updated.pdf)
- International Federation Gynecology & Obstetrics (FIGO), International Consortium for Emergency Contraception (ICEC). Mecanismo de acción: ¿De qué modo las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel previenen el embarazo? Londres: FIGO; 2012.
- Kesseru E, Larrañaga A, Parada J. Postcoital contraception with DL-norgestrel. *Contraception* 1973;7:367-379.
- Kuehn BM. Judge: No age restriction for emergency contraceptive. *JAMA*. 2013;309(17):1764.
- Ley 29/2006 de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, número 178 (27 de julio de 2006).
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica y reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, número 274 (15 de noviembre de 2002).
- Li HWR, Li YX, Li TT, Fan H, Ng EH, Yeung WS, et al. Effect of ulipristal acetate and mifepristone at emergency contraception dose on the embryo-endometrial attachment using an in vitro human trophoblastic spheroid and endometrial cell co-culture model. *Hum Reprod*. 2017;32(12):2414-2422.
- Lippes J, Tatum HJ, Maulik D, Sielezny M. Postcoital copper IUDs. *Adv Plan Parent*. 1979;14:87-94.
- Martínez-Benavides M, Cabezas-Palacios MN. Protocolo Sociedad Española de Contracepción. Anticoncepción intrauterina. DIU de cobre [Internet]. Madrid: SEC; 2019. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: [www.sec.es](http://www.sec.es)
- Moreau C, Bohet A. Frequency and correlates of unintended pregnancy risk perceptions. *Contraception*. 2016;94(2):152-159.

- NorLevo, Levonorgestrel Biogaran, Levonorgestrel EG, Levonorgestrel Mylan 1,5 mg, comprimé – Contraception hormonale d'urgence contenant du lévonorgestrel: nouvelle recommandation pour les utilisatrices de médicaments inducteurs enzymatiques - Lettre aux professionnels de santé. [Internet]. Agence nationale de sécurité du médicament et de produits de santé (ANSM); 2017. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://archive.ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/NorLevo-Levonorgestrel-Biogaran-Levonorgestrel-EG-Levonorgestrel-Mylan-1-5-mg-comprime-Contraception-hormonale-d-urgence-contenant-du-levonorgestrel-nouvelle-recommandation-pour-les-utilisatrices-de-medicaments-inducteurs-enzymatiques-Lettre-aux-professionnels-de-sante>
- Okewole IA, Arowojolu AO, Odusoga OL, Oloyede OA, Adeleye OA, et al. Effect of single administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception*. 2007;75(5):372-377.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Criterios Médicos de Elegibilidad. 4ª Ed. Ginebra: OMS; 2009.
- Quesada Moreno M. Protocolo SEGO/SEC. Anticoncepción con solo gestágenos. [Internet]. Madrid: SEGO/SEC; 2013. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: [https://hosting.sec.es/descargas/PS\\_ANTICONCEPCION\\_SOLO\\_GESTAGENOS.pdf](https://hosting.sec.es/descargas/PS_ANTICONCEPCION_SOLO_GESTAGENOS.pdf)
- Rodríguez Jiménez MJ. Anticoncepción. ¿Qué necesitan los adolescentes? *Adolescere*. [Internet]. 2015;3(2):69-79. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: [https://www.adolescencia-sema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2\\_69-79\\_Anticoncepcion.pdf](https://www.adolescencia-sema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_69-79_Anticoncepcion.pdf)
- Roe AH, Traxler S, Schreiber CA. Contraception in women with cystic fibrosis: A systematic review of the literature. *Contraception*. 2016;93(1):3-10.
- Rosenstock JR, Peipert JF, Madden T, Zhao Q, Secura GM. Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. *Obstet Gynecol*. 2012;120(6):1298-1305.
- Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2017;8(8):CD001324. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28766313/>
- Shoupe D [ed.]. The handbook of contraception. Evidence based practice recommendations and rationales. [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020. [Citado 17 oct 2023] Disponible en: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-46391-5>
- Society for Adolescent Health and Medicine. Emergency contraception for adolescents and young adults: Guidance for health care professionals. *J Adolesc Health*. 2016;58(2):245-248.
- Thomin A, Keller V, Darai E, Chabbert-Buffet N. Consequences of emergency contraceptives: The adverse effects. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13(7):893-902.
- Todd N, Black A. Contraception for adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2020;12(Suppl 1): 8-40.
- Trussell J, Jordan B. Mechanism of action of emergency contraceptive pills. *Contraception*. 2006;74(2):87-89.
- Verhaeghe J. Clinical practice: Contraception in adolescents. *Eur J Pediatr*. 2012;171(6):895-899.
- Whiteman MK, Oduyebo T, Zapata LB, Walker S, Curtis KM. Contraceptive safety among women with cystic fibrosis: A systematic review. *Contraception*. 2016;94(6):621-629.

- World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5ª Ed. [Internet]. Ginebra: WHO; 2015. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158\\_eng.pdf?sequence=9](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=9)
- Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyshon JI. Post coital contraception -- A pilot study. *J Reprod Med.* 1974;13(2):53-58.
- Zhang L, Chen J, Wang Y, Ren F, Yu W, Cheng L. Pregnancy outcome after levonorgestrel only emergency contraception failure: A prospective cohort study. *Hum Reprod.* 2009;24(7):1605-1611.

## 7

# URGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

*Dra. Marina Antón Marazuela, Dra. Lucía Serrano González,  
Dra. Ana Tarjuelo Amor, Dr. Javier Sancho Saúco, Dra. Elena Cabezas López*

## HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

Las náuseas con o sin vómitos son comunes durante la gestación y las sufren más del 85% de las mujeres embarazadas. Suele ser un **trastorno leve y autolimitado en el tiempo**, con una incidencia máxima alrededor de la **semana 9 de gestación** y que suele remitir de forma espontánea antes de la semana 14.

Un porcentaje pequeño sufre una forma severa descrita como un cuadro de vómitos intratables que conducen a un desequilibrio hidro-electrolítico y ácido-base con deficiencia nutricional y pérdida de peso superior al 5%.

### Diagnóstico

1. Descartar otras causas orgánicas de vómitos.

2. Pruebas de laboratorio:

- Descartar hipovolemia y alteración del equilibrio ácido-base.
- Hemograma: hemoconcentración.
- Bioquímica: aumento bilirrubina total, cetonemia, hipoproteínea, hiponatremia, hipopotasemia e hipocloremia.
- Puede aparecer acidosis por inanición o alcalosis metabólica por pérdida de ácido clorhídrico en el vómito.
- Orina: aumento de densidad urinaria, cetonuria.

### 3. Pruebas de imagen:

- Ecografía obstétrica: descartar gestación múltiple o enfermedad trofoblástica gestacional.

## Manejo y tratamiento

### Medidas no farmacológicas

**Tabla 1.**

Tratamiento hiperémesis gravídica

Medidas no farmacológicas	Medidas farmacológicas
Dieta	Doxilamina/piridoxina
Jengibre	Dimenhidrinato
Acupuntura	Metroclorpromida
Hipnosis	Ondansetrón
Psicología	Fenotiazinas: prometazina
	Corticoides: metilprednisolona/hidrocortisona

### Medidas farmacológicas

Si no responden las medidas no farmacológicas.

- **Antihistamínicos.** Su mecanismo de acción se asocia a los efectos inhibitorios de la respuesta del músculo liso gastrointestinal y a la sedación que producen por bloqueo de receptores H1.
  - **Doxilamina/piridoxina (10 mg/10 mg):** tratamiento de inicio de elección. Dosis recomendada de dos cápsulas antes de acostarse, pudiendo aumentar la dosis hasta un máximo de 4 cápsulas diarias (1:1:2).
  - **Dimenhidrinato (50-100 mg/4 h):** sin exceder los 300 mg al día (200 mg si la paciente está en tratamiento con doxilamina).
- **Antagonistas dopaminérgicos.** Se usan en la hiperémesis gravídica grave que no responden a otros tratamientos. La más utilizada es la prometazina.
- **Neurolépticos atípicos y benzamidas sustituidas.** Metroclorpromida (10 mg antes de cada comida). Su uso está limitado a un máximo de 5 días por sus efectos adversos distónicos o extrapiramidales.

- **Antagonistas de los receptores de serotonina 5-HT<sub>3</sub>.** Se reservan para casos severos. El ondansetrón (4 mg/8h o si es necesario ≤8 mg/dosis). Se ha publicado la existencia de un ligero aumento del riesgo de defectos de cierre orofaciales en hijos de madres expuestas a ondansetrón durante el primer trimestre del embarazo, por lo que desde la AEMPS se recomienda no administrar durante el embarazo, especialmente durante el primer trimestre y se restringe a segunda elección dado sus efectos secundarios
- **Glucocorticoides.** Como alternativa en mujeres con hiperémesis gravídica que no responden a otros tratamientos. En general, se consideran seguros durante el embarazo, pero su asociación con anomalías orales (labio y paladar) hace que se recomiende evitar su uso por debajo de la semana 10 y restringir su uso a casos refractarios.
- **Metilprednisolona:** 16 mg 3 veces al día, vía oral 3 días, luego se disminuye progresivamente hasta 5 mg diarios y se mantienen hasta 2 semanas. No se han descrito efectos adversos sobre el feto (recibe el 10% del fármaco circulante de la madre), ni en su peso al nacer ni en la puntuación de Apgar.
- **Hidrocortisona:** 100 mg/12 horas en pacientes hospitalizadas refractarias a hidratación y antieméticos. En muchas ocasiones es suficiente la primera dosis para lograr la remisión total de los síntomas.
- **Adyuvantes farmacológicos**
  - **Antiácidos.** Las sales de magnesio, calcio o aluminio no se consideran teratogénicas a las dosis recomendadas. El **bicarbonato sódico** no debe utilizarse en gestantes ya que provoca sobrecarga hídrica y alcalosis metabólica.
  - **Antagonistas de los receptores H<sub>2</sub>.** Permiten reducir la secreción gástrica ácida, con lo que se mejora la sintomatología. El más utilizado hoy en día es la **famotidina** (categoría B de la FDA).

### Criterios de hospitalización

- No tolerancia a sólidos ni a líquidos durante más de 24 horas a pesar del tratamiento ambulatorio.
- Pérdida de peso continuada.
- Signos vitales anormalmente persistentes.
- Criterios de deshidratación.

### Corrección de la hipovolemia

- Valorar rehidratación si no hay tolerancia a sólidos ni a líquidos en 24 horas y/o alteración del equilibrio hidroelectrolítico.
- Dieta absoluta (valorar las primeras 24-48 horas).
- Sueroterapia acorde a las pérdidas. Normalmente 3.000-45.000 mL/24 horas. Alternar soluciones electrolíticas, como fisiológicas o Ringer lactato con glucosadas.
- Reposición de K<sup>+</sup> y de otros electrolitos según los resultados de laboratorio.
- Tiamina 50 a 150 mg oral/día o 100 mg en 10 fisiológico IV. Valorar cuando los vómitos son prolongados.
- Control del balance hídrico y de electrolitos de forma regular.
- Conseguida la rehidratación y controlados los síntomas, se puede valorar iniciar una nutrición oral.

## ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por la proliferación anormal del tejido trofoblástico con potencial para invadir localmente el útero y metastatizar.

### Tabla 2.

Tipos de enfermedad trofoblástica gestacional

Mola hidatidiforme	Neoplasia trofoblástica gestacional
Mola completa	Mola invasora
Mola parcial	Coriocarcinoma
	Tumor trofoblástico del lecho placentario
	Tumor trofoblástico epiteloide

### Mola hidatidiforme

#### Factores de riesgo

- Edades extremas (< 15 años y > 45 años).
- Antecedente de gestación molar previa.
- Otros factores de riesgo con menor evidencia son:



- Abortos de repetición.
- Determinados grupos étnicos (mayor prevalencia en los grupos de mujeres asiáticas, latinoamericanas e indias-americanas).
- Grupos sanguíneos A y AB.

### Clínica

- Metrorragia del primer trimestre.
- Aborto de primer trimestre.
- Dolor pélvico.
- Expulsión de vesículas hidrópicas por la vagina, poco frecuente.
- Hiperémesis por el aumento extremo de la  $\beta$ -HCG.
- Hipertiroidismo.
- Aparición de preeclampsia antes de la semana 20.
- Dificultad respiratoria (en casos de afectación pulmonar).

### Pruebas

- **Analítica:** hemograma, grupo sanguíneo, coagulación, función hepatorrenal y determinación de  $\beta$ -HCG (los niveles suelen ser mayores que los observados en gestaciones intrauterinas y gestaciones ectópicas).
- **Radiografía de tórax basal.**
- **Función tiroidea (TSH y T4):** si existe sospecha clínica de afectación en forma de taquicardia, hipertensión, hiperreflexia, temblores.
- **Gasometría y TAC pulmonar** si hay sospecha clínica de afectación pulmonar.

### Diagnóstico

Diagnóstico: histológico.

Diagnóstico de sospecha: ecografía transvaginal.

### Tratamiento

- **Legrado aspirativo bajo control ecográfico** (de elección)
- Tratamiento médico contraindicado (solo en algunos casos de enfermedad molar parcial)
- Administrar **inmunoglobulina AntiD** a todas las pacientes Rh negativas.

- **Histerectomía total con conservación de los ovarios** puede ser una opción terapéutica en pacientes que presenten deseo genésico cumplido (menor riesgo de secuelas malignas postmola en comparación con el legrado aspirativo).

Tras evacuación de los restos, muy importante realizar un correcto diagnóstico anatomopatológico que nos confirmará el diagnóstico.

**Tabla 3.**  
**Diferencias mola completa y parcial**

	Mola completa	Mola parcial
<b>Presentación clínica</b>	Gestación molar	Aborto
<b>Hallazgos ecográficos</b>	Ausencia de embrión o feto	Más frecuente presencia de embrión o feto
	Imagen intrauterina en "tormenta de nieve/ <i>snowstorm</i> "	Imágenes anormales en la placenta: placenta gruesa y con múltiples quistes (" <i>Swiss cheese pattern</i> ")
	Masas anexiales compatibles con quistes tecoluteínicos	Ausencia de quistes tecoluteínicos
<b>Riesgo de malignización</b>	5-25%	1-5%

### Seguimiento

Todas las pacientes deben ser monitorizadas de forma seriada con la dosificación de la  $\beta$ -hCG, para el diagnóstico y tratamiento precoz de las secuelas malignas.

- **Control con niveles de  $\beta$ -HCG:**
  - Determinación de  $\beta$ -HCG a las 24-48 h del diagnóstico.
  - Controles semanales hasta 3 determinaciones de  $\beta$ -HCG negativos.
  - Control mensual durante 6 meses.
  - Control cada dos meses hasta completar los 12 meses de seguimiento.
- **Control ecográfico y ginecológico** para valorar tamaño del útero y la persistencia de los quistes, así como la aparición de metrorragias.

Importante evitar nueva gestación durante el seguimiento de la  $\beta$ -HCG, recomendar toma de anticonceptivos orales hasta que se complete el seguimiento.

Si persisten o aumentan los niveles de B-HCG, derivar a Ginecología Oncológica para descartar una enfermedad trofoblástica persistente, mola invasora o coriocarcinoma.

## AMENAZA DE ABORTO, ABORTO O PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE

**Expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas de gestación) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable, independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado.**

*(Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia)*

### Causa

La más frecuente: **aneuploidias** (60-70% de los casos).

Otras causas: alteraciones uterinas, factores inmunológicos y tóxicos externos.

### Clínica

**Sangrado vaginal y dolor hipogástrico** en el contexto de una historia de amenorrea. Es bastante inespecífica y puede presentarse también en gestaciones evolutivas, ectópicas y molares, entidades con las que se deberá realizar el diagnóstico diferencial.

**Tabla 4.**

**Riesgo de aborto espontáneo en función de la edad materna y el número de abortos previos**

Edad materna	≤35 años	35-39 años	40-45 años	≥ 45
Riesgo de aborto espontáneo	10-15%	24,6%	51%	93,4%
Nº de abortos previos		1	2	3
Riesgo de aborto espontáneo		16%	25%	45%

### Formas clínicas de aborto

- **Amenaza de aborto.** Sangrado vaginal en la primera mitad de una gestación, casi siempre indoloro o acompañado de leve dolor hipogástrico.

En la exploración: cérvix cerrado, tamaño uterino apropiado para la edad gestacional y se visualiza latido cardiaco fetal por ecografía si la edad gestacional es suficiente.

- **Aborto bioquímico, preimplantacional o preclínico.** Ocurre desde antes de que el blastocisto se implante, hasta la primera manifestación clínica o la identificación ecográfica del saco ovular (4-5 SG). Ocurren antes de la menstruación, por lo que el diagnóstico solo se puede realizar por la positividad en la determinación de la  $\beta$ -HCG.
- **Aborto en curso, inevitable o inminente.** Pesenta un cérvix permeable en la exploración (orificio interno  $> 8$  mm) y aumento del sangrado y del dolor. Pueden visualizarse restos ovulares a través del orificio cervical o en vagina.
- **Aborto completo.** Expulsión total del tejido embrionario. Desaparición del dolor y del sangrado activo, útero de tamaño normal y bien contraído con cérvix cerrado. El diagnóstico ecográfico se basa en un grosor de la línea media uterina  $< 15$  mm.
- **Aborto incompleto.** Expulsión parcial de los productos de la concepción.

A la exploración: cérvix entreabierto, pudiéndose visualizar restos coriodesciduals en vagina o a través del cérvix y tamaño uterino menor para la edad gestacional.

Diagnóstico ecográfico: grosor de la línea media uterina  $\geq 15$  mm para considerar que el aborto no es completo. La presencia de una ecogenicidad heterogénea hace también sospechar la existencia de restos ovulares intraútero.

- **Aborto retenido.** Se produce retención de la gestación por un período prolongado de tiempo. Útero de tamaño menor al esperado por la amenorrea, cérvix generalmente cerrado y sin sangrado activo. La ecografía es la base del diagnóstico, según ésta se distinguen dos tipos:
  - **Aborto diferido:** embrión sin latido.
  - **Gestación anembrionada (“huevo huero”):** se observa un saco  $\geq 20$  mm sin identificarse embrión.

- **Aborto séptico.** Infección intrauterina.
  - Fiebre, escalofríos, mal estado general, dolor abdominal y sangrado vaginal, con frecuencia purulento.
  - A la exploración: útero blando con cérvix permeable y una metrorragia que puede ser purulenta.
  - Analítica: leucocitosis con neutrofilia y elevación de la PCR.

La infección puede progresar y causar salpingitis, peritonitis generalizada y septicemia; es fundamental el rápido diagnóstico, ya que puede ser una enfermedad grave con riesgo vital.

Gérmens implicados: *Staphylococcus aureus*, bacilos Gram negativos o algún coco Gram positivo.

Tratamiento: estabilizar a la paciente, antibioterapia IV y legrado aspirativo 6 - 12 horas tras el inicio del antibiótico.

- **Aborto de repetición.** Pérdida de tres o más gestaciones consecutivas antes de la semana 20 de gestación, siendo el peso fetal  $\leq$  500 g (Sociedad Española de Fertilidad, SEF) (algunos autores aceptan que las pérdidas pueden no ser consecutivas).

## Diagnóstico

- **Anamnesis:** se asocia con clínica de amenorrea, dolor pélvico y sangrado vaginal. Importante conocer la fecha de la última regla (FUR).
- **Exploración:** importante descartar abdomen agudo y confirmar estabilidad hemodinámica de paciente.
  - Confirmación del origen, cantidad y aspecto del sangrado mediante **especuloscopia**.
  - Si restos ovulares asomando por el OCE (orificio cervical externo), retirar con pinzas de anillas y enviar a Anatomía Patológica.
  - **Tacto bimanual**, confirmar del tamaño y forma del útero, descartar masas anexiales y observación de si el OCI (orificio cervical interno) está abierto.
- **Niveles de  $\beta$ -HCG:** ayuda en diagnóstico diferencial de metrorragias del 1º trimestre. Una vez constatada la existencia de un embarazo intrauterino por ecografía, la monitorización de los niveles de  $\beta$ -hCG ya no es necesaria.
- **Ecografía:** diagnóstico de certeza. Para confirmación si la gestación es intrauterina, si hay latido cardíaco y descartar gestación ectópica.

- Si **metrorragia**, solicitar analítica con hemograma, pruebas de coagulación y grupo sanguíneo y Rh.
  - Recomendar no mantener relaciones sexuales y evitar ejercicio físico.
  - No hay suficiente evidencia: sobre reposo en cama ni tratamiento con progesterona.

Si criterios ecográficos sugestivos, pero no diagnósticos de pérdida gestacional, recomendar **nueva valoración en 7-14 días para ver viabilidad**.

### Diagnóstico diferencial

- **Sangrado por implantación**: entre 4 y 6<sup>o</sup> semana. No se asocia a peor pronóstico.
- **Patología del aparato genital**: sangrado postcoital es muy frecuente en gestantes.
- **Metrorragia disfuncional**: se debe realizar test embarazo a toda mujer en edad fértil que acuda a Urgencias por metrorragia.
- **Embarazo ectópico**: si el test embarazo es positivo y no se objetiva gestación intrauterina es necesario cuantificar  $\beta$ -HCG.
- **Gestación molar**: se observará como hallazgo ecográfico la presencia de cambios hidrópicos placentarios y/o quistes teca-luteínicos con niveles muy elevados de  $\beta$ -HCG.

### Tabla 5.

**Criterios diagnósticos de pérdida gestacional precoz (mediante ecografía transvaginal)**

#### Si se cumple alguno de los siguientes criterios:

- Diámetro medio del saco gestacional  $\geq 25$ mm sin embrión ni vesícula vitelina en su interior.
- CRL  $\geq 7$ mm sin actividad cardíaca.
- Ausencia de embrión con actividad cardíaca  $\geq 2$  semanas después de una ecografía con saco gestacional sin vesícula vitelina.
- Ausencia de embrión con actividad cardíaca  $> 11$  días después de una ecografía con saco gestacional y vesícula vitelina.

CRL: distancia en milímetros entre la coronilla (cabeza) y la rabadilla del feto

Tomado de 2012 SRU Multispecialty Panel on Early First Trimester Diagnosis of Miscarriage and Exclusion of a Viable Intrauterine Pregnancy guidelines. UpToDate

**Tabla 6.**

**Criterios sugestivos pero no diagnósticos de pérdida gestacional precoz (mediante ecografía transvaginal. Necesario control ecográfico a los 7-14 días)**

- CRL < 7 mm sin actividad cardíaca.
- Diámetro del saco gestacional entre 16 y 25 mm sin embrión.
- Ausencia de embrión con actividad cardíaca entre 7 y 13 días después de una ecografía con saco gestacional sin vesícula vitelina.
- Ausencia de embrión  $\geq$  6 semanas después de la fecha de última regla.
- Amnios vacío (amnios visualizado adyacente a la vesícula vitelina, sin embrión visible).
- Vesícula vitelina alargada (>7 mm).
- Saco gestacional pequeño en comparación con el tamaño del embrión (<5mm de diferencia entre diámetro del saco gestacional y el CRL).
- Frecuencia cardíaca inferior a 100 latidos por minuto.
- Presencia de hematoma subcoriónico masivo.

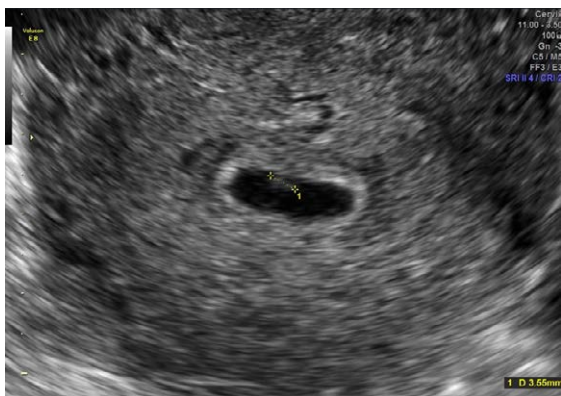
**Figura 1.**

**Embrión intrauterino con CRL de 8 mm sin objetivarse latido cardíaco. Criterio diagnóstico de pérdida gestacional precoz**



**Figura 2.**

Gestación intrauterina con embrión con CRL 3,55 mm sin latido cardíaco. Criterio sugestivo pero no diagnóstico de pérdida gestacional precoz. Se recomienda realizar control ecográfico en 7-14 días



**Figura 3.**

Gestación intrauterina con embrión con CRL 5,2 mm sin latido cardíaco. Criterio sugestivo pero no diagnóstico de pérdida gestacional precoz. Se recomienda realizar control ecográfico en 7-14 días





## Tratamiento

### Tratamiento aborto séptico

- Iniciar protocolo sepsis.
- Cornier para cultivo e **iniciar tratamiento con ceftriaxona 1 g/ 12-24 h + metronidazol 500 mg/ 12 h intravenoso**. Añadir **doxiciclina 100 mg/12h** vía oral en caso de infección tardía (> 1 semana post aborto), no respuesta a tratamiento o PCR Chlamydia positiva:
  - Si alérgica a penicilina: clindamicina 900 mg/ 8 h + gentamicina 240 mg/ 24 h (si IMC > 40, ajustar la gentamicina a 3-5 mg/ Kg/ día)
- Legrado aspirativo a las 6-12h del inicio del antibiótico. No usar fármacos para dilatación cervical, usar dilatación mecánica.
- Enviar cultivo y estudio anatómo-patológico de los restos extraídos.
- vulánico 875-125 mg/ 8 h o clindamicina 300 mg/ 8 h en alérgicas a penicilinas, hasta completar 7-10 días. Si estaba también con doxiciclina pasar a vía oral doxiciclina 100 mg/ 12 h durante 14 días (hasta resultado de antibiograma)

### Prevención de aloimmunización rhesus (RH)

Algunos autores no lo consideran necesario en < 12 semanas (< 84 días). Otros opinan que es necesario si tratamiento quirúrgico o médico a cualquier edad gestacional y en pérdidas espontáneas de > 8 semanas de gestación.

En caso de administrarla:

- Hasta semana 12: 50 µg.
- De semana 13 hasta semana 18: 100 µg.

Se podría dar, sin problemas y a cualquier edad gestacional también la dosis habitual de 300 µg que está más disponible.

### Recomendaciones tras aborto

- No relaciones sexuales, tampones ni baños durante 2 semanas.
- Valorar anticoncepción.

**Tabla 7.**  
Opciones de tratamiento en caso de aborto

Tratamiento	Expectante	Medicamentoso	Quirúrgico
Consiste en	Observación en domicilio hasta expulsión de restos. Control cada 1-2 sem (máximo de 4 semanas) en Urgencias o consulta.	2 opciones: A. Misoprostol 800 µg vía vaginal (4 comprimidos de 200 µg) (guías NICE). B. Mifepristona 200 mg vía oral+ misoprostol 800 µg vía vaginal, sublingual o vía oral 24-48h después. (ACOG y OMS). Necesario consentimiento específico para uso compasivo de misoprostol. Máxima efectividad a las 48h. Sangrado puede durar hasta 14-21d. Control ecográfico en 7-14 días en Urgencias o consulta, si no expulsión repetir dosis o legrado.	Legrado por aspiración. Necesaria maduración cervical en >13sem con misoprostol 400 µg 2-4h antes (si no alergia). Necesaria anestesia local/sedación. Necesario consentimiento específico Si asintomática no precisa control posterior aunque puede realizarse control a las 6 semanas en consulta.
Edad gestacional	<13 semanas	Hasta 20 semanas	Hasta 20 semanas
Indicado si	Si persistencia de restos ovulares tras expulsión de embarazo con grosor endometrial >15mm sin metrorragia importante ni fiebre.	Frente a legrado si <9semanas, con anomalías uterinas o distorsión de cavidad, miomas, cicatriz cesárea o miomectomías previas.	Inestabilidad hemodinámica, enfermedad trofoblástica, infección, si contraindicado tratamiento medicamentoso, discrasias sanguíneas, enfermedad cardiopulmonar importante o si en tratamiento anticoagulante, CRL>23 y <55 mm
Eficacia	70-80%	75% misoprostol (guías NICE). >90% mifepristona + misoprostol (ACOG y OMS).	>99%

Tratamiento	Expectante	Medicamentoso	Quirúrgico
Ventajas	No invasivo Evita riesgos quirúrgicos	Mínimamente invasivo Paciente decide cuando y donde Evita riesgos quirúrgicos	Muy eficaz Programable Rápida vuelta a normalidad
Desventajas	Impredecible inicio y duración de síntomas Puede requerir legrado o tratamiento medicamentoso Tiempo variable para completar expulsión	Puede requerir repetir dosis Puede requerir manejo quirúrgico	Requiere personal entrenado Puede requerir preparación cervical Tiempos dependen de disponibilidad de equipo quirúrgico
Antibiótico	No	No	Doxiciclina 200 mg 1h antes de legrado
Analgesia	AINES	Paracetamol-codeína 500/30mg + ibuprofeno 600 mg, 30min antes de misoprostol	A demanda, intrahospitalaria
Riesgos	Sangrado, infección	Retención restos 5-20%, sangrado (2% transfusión), infección (<1%), riesgo de rotura uterina a edades gestacionales tardías.	Sangrado, infección
Complicaciones/ Efectos 2º	Posible intervención urgente si sangrado severo o infección, retención restos, CID	Posible intervención urgente si sangrado severo o infección, dolor abdominal 99%, náuseas 53%, diarrea 24%, vómitos 20% (posible pautar ondansetrón), fiebre hasta 38,5°C, exantema prurito palmas y plantas.	Hemorragia, perforación uterina, laceración cervical, Sd. Asherman, EIP, hematómetra, muerte
Lugar	Casa	Casa u hospital (según edad gestacional)	Hospital

**Tabla 8.**  
Información sobre misoprostol

Contraindicado	No recomendable	Especial atención	No contraindicado
Alergia a prostaglandinas	IMC<18,5	Anemia no grave	Malformaciones uterinas
Hipotensión arterial	Lactancia materna (si se usa, esperar 6h hasta siguiente toma)	Enf. o riesgo cardiovascular	Asma leve (sin tratamiento basal y crisis ocasionales)
Glaucoma	Insuficiencia renal o hepática	Epilepsia	DMID
Porfiria hereditaria		Tratamientos con corticoides de larga duración	Disfunciones tiroideas
Sospecha enfermedad trofoblástica			Gestación múltiple
Sospecha gestación ectópica			Conización cervical
Enfermedad inflamatoria intestinal			Obesidad
ISR crónica			Tabaquismo
Asma grave			Cesárea o miomectomía previa
Hemorragia importante			
Infección			
Anemia severa Hb <9g/dL			
Gestación con DIU <i>in situ</i>			
Alteraciones en coagulación			

DMID: diabetes mellitus insulino-dependiente

*Tomado de Protocolo manejo de la pérdida gestacional de 1er trimestre Hospital Clínic-Hospital Sant Joan de Déu- Universitat de Barcelona*

## BIBLIOGRAFÍA

- Andrade C. Major congenital malformation risk after first trimester gestational exposure to oral or intravenous ondansetron. *J Clin Psychiatry*. [Internet]. 2020;81(3):20f13472. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://www.psychiatrist.com/jcp/psychopharmacology/major-congenital-malformation-associated-with-gestational-exposure-to-ondansetron-weighing-the-risks/>
- Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018;131:e15-e30.
- Coronado PJ, Marquina G, Diestro M, Alonso S, Sánchez del Río A, Hardisson D, et al. Guía de asistencia práctica: Enfermedad trofoblástica gestacional. *Prog Obstet Ginecol*. 2020;63(3):165-184.
- Hernández Aguado JJ. Documentos de consenso de la SEGO [Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia]: Hiperémesis Gravídica. Madrid: SEGO; 2009.
- Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;155(Suppl 1):86-93.
- Peguero P, Nogué L, Illa M, Ferrer P, Muñoz M, Gómez O, Borrell T, Palacio M. Protocolo: Manejo de la pérdida gestacional de primer trimestre. [Internet]. Barcelona: Hospital Clínic - Hospital Sant Joan de Déu - Universitat de Barcelona; 2023. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/perdida-gestacional-primer-trimestre.pdf>
- Prager S, Micks E, K Dalton V. Pregnancy loss (miscarriage): Clinical presentations, diagnosis, and initial evaluation. [Internet]. UpToDate; 2023. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-clinical-presentations-diagnosis-and-initial-evaluation/print>
- Prager S, Micks E, K Dalton V. Pregnancy loss (miscarriage): Counseling and comparison of treatment options and discussion of related care. [Internet]. UpToDate; 2022. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-counseling-and-comparison-of-treatment-options-and-discussion-of-related-care>
- Prager S, Micks E, K Dalton V. Pregnancy loss (miscarriage): Description of management techniques. [Internet]. UpToDate; 2022. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-description-of-management-techniques>
- Prager S, Micks E, K Dalton V. Pregnancy loss (miscarriage): Terminology, risk factors, and etiology. [Internet]. UpToDate; 2023. [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-terminology-risk-factors-and-etiology>
- Prager S, Micks E, K Dalton V. Pregnancy loss (miscarriage): Ultrasound diagnosis. [Internet]. UpToDate; 2022 [Citado 17 oct 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-ultrasound-diagnosis>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Aborto espontáneo. *SEGO*. 2010;2010(1):23.
- Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Aborto de repetición. *SEF*. 2005;344-6.



1. Fichas Técnicas de Profer 40 mg y 80 mg granulado para solución oral, 40 mg comprimidos solubles. 2. López de Ocáriz A et al. Clinical Pharmacokinetics of Ferric Natural Protein in Iron-Deficient Females. Clin Drug Invest 1998 Apr; 15 (4): 319-325 3. Idoate Gastearena MA, Gil AG, Azqueta A, Coronel MP y Gimeno M. A comparative study on the gastroduodenal tolerance of different antianaemic preparations. Human & Experimental Toxicology (2003) 22: 137-141



Ficha Técnica  
de Profer 40 mg  
granulado para  
solución oral



Ficha Técnica  
de Profer 40 mg  
comprimidos  
solubles



Ficha Técnica  
de Profer 80 mg  
granulado para  
solución oral

**Posología y forma de administración.** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: 1 ó 2 comprimidos diarios después de la comida principal. Disuélvase el comprimido en 100 ml ó 200 ml de agua y agítase hasta conseguir una disolución uniforme. La solución debe ingerirse inmediatamente. PROFER 80 mg Granulado para solución oral: Adultos: 1 sobre diario de PROFER 80 mg Granulado para solución oral después de la comida principal. Verter el contenido del sobre en 200 ml de agua y agitar hasta conseguir una disolución uniforme. La solución debe ingerirse inmediatamente. PROFER 40 mg Granulado para solución oral: Adultos: 1 sobre diario después de la comida principal. Niños mayores de 3 años: ½ sobre diario después de la comida principal. Niños menores de 3 años: ¼ sobre diario después de la comida principal. Verter el contenido del sobre en 100 ml de agua y agitar hasta conseguir una disolución uniforme. La solución debe ingerirse inmediatamente. **PRESENTACIÓN, C.N. y PVP (IVA).** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: envase conteniendo 30 comprimidos solubles de 40 mg de Fe<sup>3+</sup>. C.N.: 672587. PVP (IVA): 14,36 €. PROFER 80 mg Granulado para solución oral, envase con 15 sobres monodosis de 80 mg de Fe<sup>3+</sup>. C.N.: 661499. PVP IVA 14,05 €. PROFER 40 mg Granulado para solución oral: envase conteniendo 30 sobres monodosis de 40 mg de Fe<sup>3+</sup>. C.N.: 656798. PVP (IVA): 14,36 €. Aportación al SNS: Normal. Con prescripción médica.

# Profilaxis y tratamiento de la **anemia ferropénica** y estados carenciales de Hierro (1)

DESPUÉS DE LA COMIDA PRINCIPAL

(1)

# profer

Ferrimnitol ovoalbúmina

Demostrando su buena absorción y disponibilidad inmediata (2)



Protección con Eficacia (1, 2, 3)  
Buena tolerancia en todos los pacientes (2)



SABOR VAINILLA-PLÁTANO

Sobres

 Sin gluten

 Sin sorbitol

Apto para **DIABÉTICOS**

 Sin gluten

 Sin sorbitol

 Sin azúcar

 Sin lactosa



SABOR CAFÉ

Comprimidos

PROF\_URG\_01/24

**meiji**

Meiji Pharma Spain, S.A.