



# PATOLOGÍA INFECTONTAGIOSA EN EL EMBARAZO

Coordinadora: Rosa Fernández Macías

<b>PATOLOGÍA INFECTONTAGIOSA EN EL EMBARAZO.....</b>	<b>1</b>
801 – ASCARIDIASIS .....	2
802 – CORONAVIRUS.....	6
803 – ESCABIOSIS .....	14
804 – GASTROENTERITIS AGUDA .....	18
805 – GRIPE.....	22
806 – HERPES.....	25
807 – INFECCIÓN URINARIA. ITU Y PIELONEFRITIS.....	29
808 – INFECCIONES VAGINALES .....	33
809 – LISTERIA .....	38
810 – PEDICULOSIS.....	42
811 – VARICELA .....	45

Capítulo perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS DE OBSTETRICIA del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

ISBN: 978-84-09-46031-1

Copyright © 2022 Hospital Universitario Virgen del Rocío

Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.



## 801 – ASCARIDIASIS

*Ruiz Dastis, Cristina  
Fidalgo Montes, Martín*

### INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

*Ascaris lumbricoides* es el mayor nematodo (lombriz) intestinal que puede parasitar al humano y es una de las infecciones helmínticas más comunes del ser humano. La infección se transmite al consumir agua o alimentos con los huevos del parásito.

### CLÍNICA (SIGNOS / SÍNTOMAS)

La mayoría de los pacientes con infección por *A. lumbricoides* son asintomáticos. Cuando los síntomas ocurren, aparecen con mayor frecuencia durante la etapa intestinal del gusano adulto (como manifestaciones intestinales, hepatobiliares o pancreáticas), pero también pueden ocurrir durante la etapa de migración larvaria (como manifestaciones pulmonares).

MIGRACIÓN LARVARIA (FASE TEMPRANA O PULMONAR) <sup>1</sup>	GUSANO ADULTO (FASE TARDÍA O INTESTINAL) <sup>2</sup>
Síndrome de Loeffler (Neumonitis eosinofílica)	Malestar abdominal
Tos seca	Anorexia y desnutrición
Fiebre	Náuseas y vómitos
Sibilancias y crepitantes	Diarrea
Dolor subesternal	Obstrucción intestinal (los gusanos adultos ocupan toda la luz intestinal)
Espujo sanguinolento	Pancreatitis
Urticaria (15% de los pacientes)	Afectación hepatobiliar (el parásito ocupa los conductos biliares) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colecistitis acalculosa</li> <li>- Colangitis ascendente recurrente</li> <li>- Ictericia obstructiva</li> </ul>
Hepatomegalia sin adenomegalia	Apendicitis (al ocupar el <i>Ascaris</i> este órgano)
Se ha descrito la transmisión madre- feto a través de la migración transplacentaria de las larvas	Retraso del crecimiento y desarrollo cognitivo en niños
	Neumonía por aspiración

<sup>1</sup> En la fase pulmonar los síntomas suelen ser autolimitados y desaparecen en 10-15 días.

<sup>2</sup> La fase tardía suele ocurrir de 6 a 8 semanas tras la infección con los huevos.

## DIAGNÓSTICO (PRUEBAS COMPLEMENTARIAS)

MIGRACIÓN LARVARIA (FASE TEMPRANA O PULMONAR)	GUSANO ADULTO (FASE TARDÍA O INTESTINAL)
Sospechar ascaridiasis pulmonar, particularmente en individuos sin exposición previa a Ascaris y posible ingestión de huevos en las semanas previas al inicio de los síntomas	Exposición epidemiológica relevante en un área con alta prevalencia
Eosinofilia periférica + manifestaciones pulmonares	Microscopía de heces en busca de óvulos (mínimo 40 días tras la infección), o mediante el examen de gusanos adultos, que pueden pasar por el recto, toser o pasar por la orina (pueden medir en 15 y 35cm)
El análisis de esputo puede demostrar eosinófilos y cristales de Charcot- Leyden	Eosinofilia menos frecuente pero posible
Ig E total elevada	Rx simple: obstrucción intestinal, imagen en “remolino”
Rx de tórax/TC: infiltrados pulmonares migratorios, redondeados y de diferentes tamaños	TC/RM: imagen de “ojo de buey” en el corte transversal del intestino
Visualización de larvas de Ascaris en las secreciones respiratorias o aspirados gástricos	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)
	Ecografía: estructuras tubulares

## TRATAMIENTO DOMICILIARIO

MIGRACIÓN LARVARIA (FASE TEMPRANA O PULMONAR)	GUSANO ADULTO (FASE TARDÍA O INTESTINAL)
Cuidados de apoyo y sintomáticos según clínica	Antihelmínticos (categoría FDA: C): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pamoato de pirantel 11mg/kg (hasta un máximo de 1g) en dosis única</li> <li>- Albendazol como segunda opción, y solo en segundo y tercer trimestre</li> <li>- Mebendazol: 100mg/12h V.O. durante 3 días</li> </ul>
Broncodilatadores inhalados (salbutamol)	

La terapia antihelmíntica es efectiva contra el gusano adulto, pero no contra las larvas. Además, no previene la reinfección.

Dada la alta tasa de curación con Pamoato de pirantel (>90%) no es necesario realizar seguimiento posterior. Sin embargo, se puede realizar un nuevo examen de heces de dos a tres meses después del tratamiento para pacientes en áreas no endémicas para asegurar que la infección se haya resuelto. La detección de huevos en el examen de heces de seguimiento sugiere una eliminación inadecuada de los gusanos adultos o una reinfección. En tales casos, se justifica un nuevo tratamiento con el mismo régimen.



## CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

En todos los casos de infección por *A. Lumbricoides* será necesario consultar con el servicio de infecciosas (Medicina Interna) para su correcta valoración y tratamiento.

AFECCIÓN	DERIVACIÓN
Afectación pulmonar	Neumología
Afectación intestinal, pancreática o del árbol biliar	Aparato digestivo
Obstrucción intestinal, apendicitis, perforación u otra complicación grave	Cirugía general
Afectación multisistémica por migración del gusano adulto fuera de las localizaciones habituales	Medicina interna

## CRITERIOS DE INGRESO

MIGRACIÓN LARVARIA (FASE TEMPRANA O PULMONAR)	GUSANO ADULTO (FASE TARDÍA O INTESTINAL)
Necesidad de intubación y soporte ventilatorio	<p>Obstrucción intestinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonda nasogástrica</li> <li>- Reposición de líquidos y electrolitos</li> <li>- Cirugía en caso de obstrucción completa que no se resuelva en 24-48h, invaginación, apendicitis o perforación</li> </ul> <p>Colangitis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamiento antibiótico intravenoso</li> <li>- Extirpación endoscópica o quirúrgica del gusano si este queda atrapado en el árbol biliar</li> <li>- No iniciar tratamiento antihelmíntico hasta haber resuelto los síntomas agudos</li> </ul>



## BIBLIOGRAFÍA

1. Leder K, Ascariasis In: UpToDate, Ryan, ET (Ed), UpToDate, Baron, El. (Accessed on April 23, 2021.)
2. M. López Valverde, J. C. (2009). Infestaciones por hongos, helmitos y artrópodos. En Medicina perinatal (pág. 94-95).
3. Mallafré, J. (2014). Patología Médica. En Protocolos de obstetricia y medicina perinatal (pág. 309). Barcelona: El sevier.
4. Keiser J, Utzinger J. Efficacy of current drugs against soil-transmitted helminth infections: systematic review and meta-analysis. JAMA 2008; 299:1937.
5. Warren KS, Mahmoud AA. Algorithms in the diagnosis and management of exotic diseases. xxii. ascariasis and toxocariasis. J Infect Dis 1977; 135:868.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Ascariasis. [https://www.cdc.gov/parasites/ascariasis/health\\_professionals/index.html#tx](https://www.cdc.gov/parasites/ascariasis/health_professionals/index.html#tx) (Accessed on February 05, 2019).

## 802 – CORONAVIRUS

Sánchez Aguirre, Isabel  
García Hernández, Zahara

### INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

La enfermedad COVID-19 es una infección respiratoria aguda causada por el SARS-CoV-2. Las embarazadas no parecen tener más riesgo de contagiarse que la población general. No obstante, asocian un riesgo más elevado de padecer infección grave, especialmente en el tercer trimestre y cuando se presentan factores de riesgo. La mortalidad en gestantes se sitúa alrededor del 0,1%.

- El riesgo de transmisión vertical parece bajo (alrededor del 1%) y poco relevante. La detección del virus en líquido amniótico es excepcional.
- No han evidenciado presencia del virus en secreciones vaginales, ni tampoco en la leche materna.

### CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

#### CLÍNICA (SIGNOS / SÍNTOMAS)

**Asintomática** hasta en el **75%** de gestantes

Si síntomas, la mayoría presenta un cuadro de **infección leve** (85%) que puede cursar con:

- Fiebre (40%)
- Tos (39%)

**Menos frecuentes:**

- **Mialgias, Disnea, Anosmia, Odinofagia, Expectoración, Cefalea, Diarrea**

Aproximadamente un **15%** evolucionan a **formas graves**. El **4%** de gestantes infectadas puede requerir **ingreso en UCI** y un **3% ventilación mecánica invasiva**.

Complicaciones: son más frecuentes en gestantes con comorbilidades como:

- Hipertensión arterial
- Diabetes pregestacional
- EPOC, asma
- Edad materna avanzada
- Inmunosupresión:
  - o Obesidad (IMC>30)

#### DIAGNÓSTICO

Frotis nasofaríngeo (torunda medio viral):

- Test de Antígenos Covid-19
- PCR SARS-Cov-2: detección de RNA
- Si expectoración → muestra de esputo

Recogida de muestra con EPI

Registro de resultado en Estación Clínica (Escalas y Cuestionarios)

Control de constantes: TA, FC, SatO<sub>2</sub>, T.<sup>a</sup>, frecuencia respiratoria

Analítica: Perfil COVID

\*Si HTA:

- Elemental de orina con proteinuria
- Factores angiogénicos (ratio sFlt-1/PlGF) en los casos en que se requiera diagnóstico diferencia con Preeclampsia-like

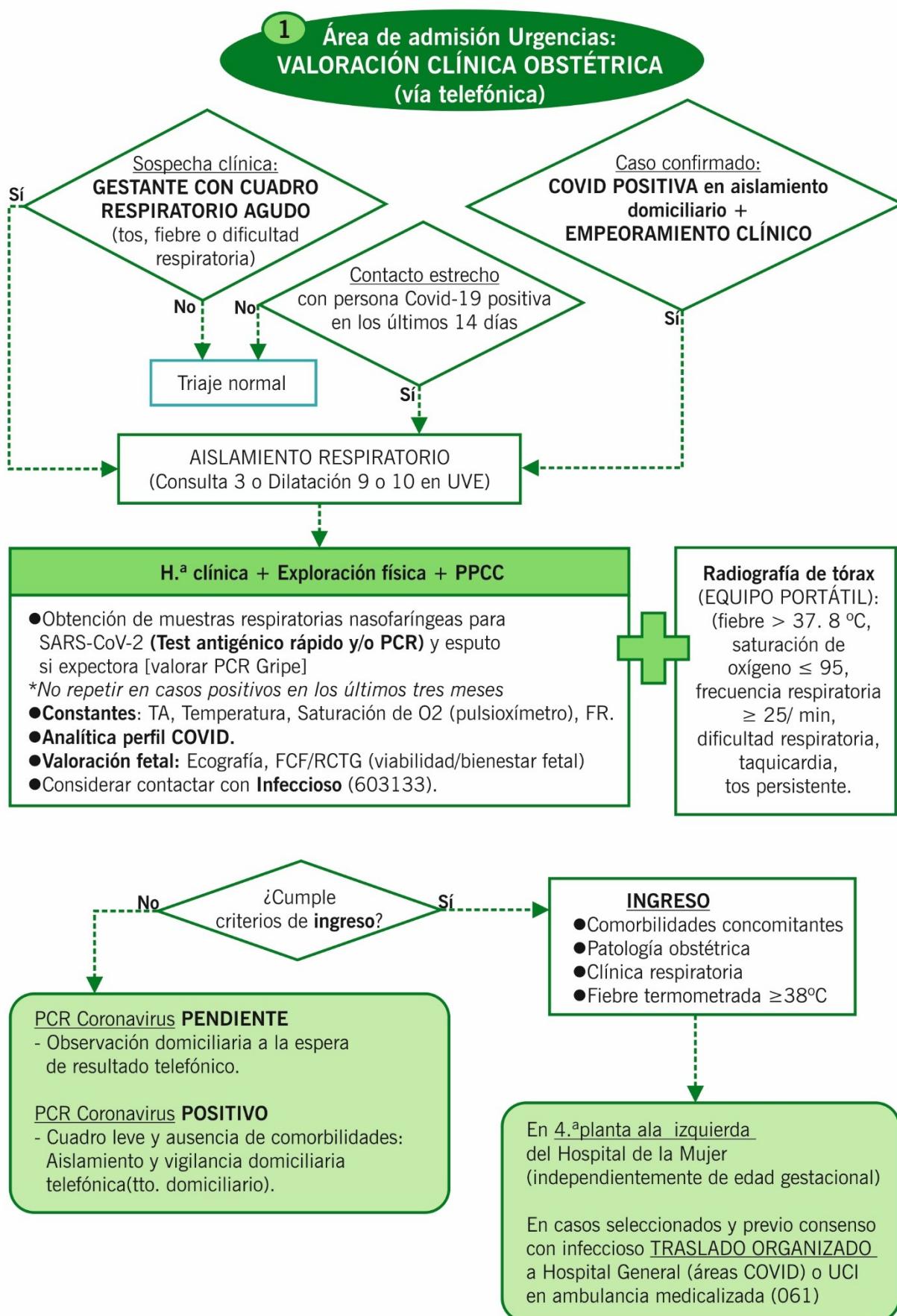
Rx de tórax: en función de los síntomas y hallazgos de la exploración clínica



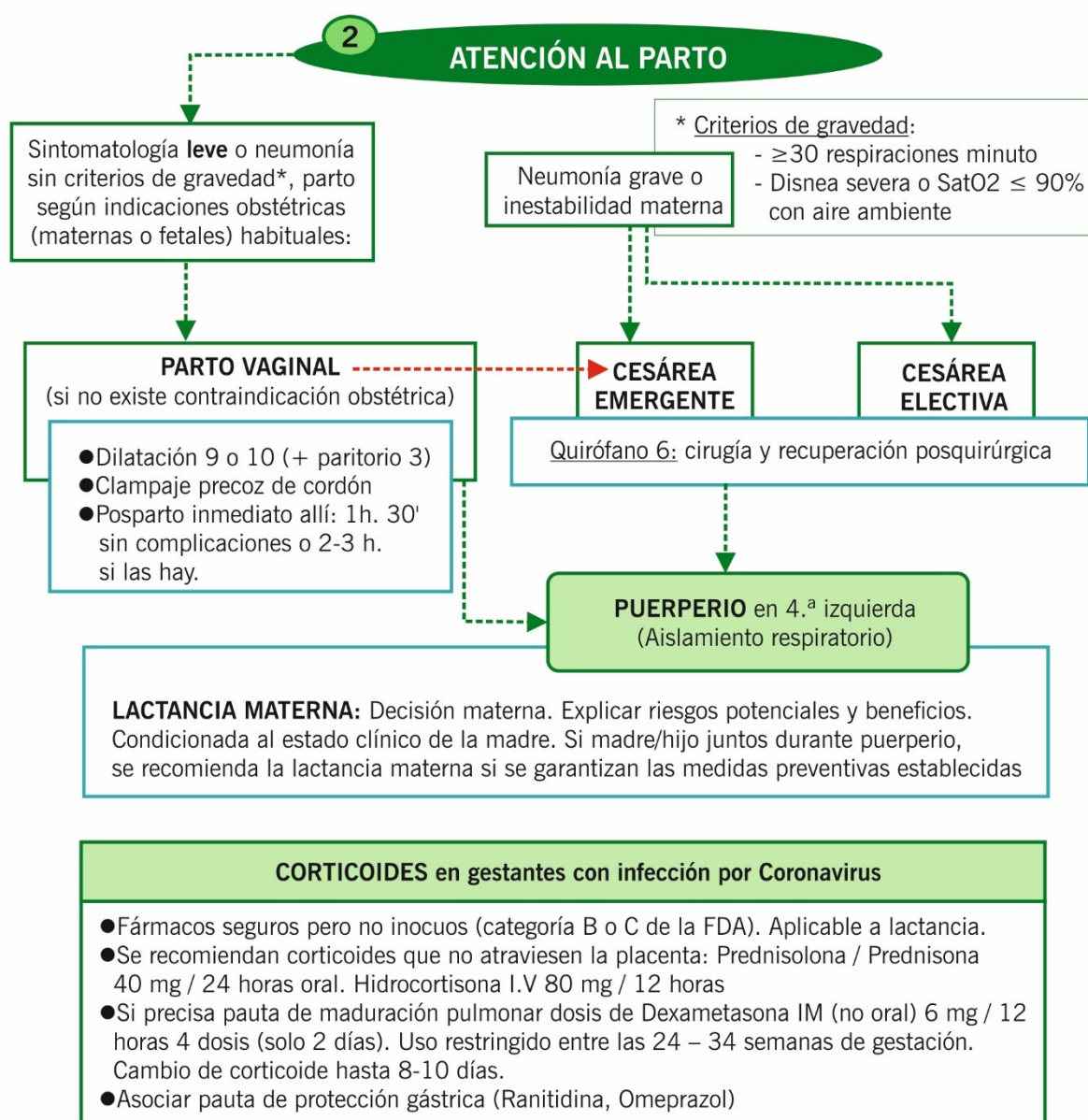
### COMPLICACIONES PERINATALES

- La principal complicación perinatal asociada a COVID-19 es la prematuridad, (aprox. 17%), principalmente a expensas de prematuridad iatrogénica
- Los datos actuales no sugieren un mayor riesgo de aborto o pérdida gestacional precoz en gestantes con COVID-19
- No se han descrito defectos congénitos hasta la fecha

## ALGORITMO







### CORTICOIDES EN GESTANTES CON INFECCIÓN POR CORONAVIRUS

- Fármacos seguros, pero no inocuos (categoría B o C de la FDA). Aplicable a lactancia
- Se recomiendan corticoides que no atraviesen la placenta: Prednisolona / Prednisona 40 mg / 24 horas oral. Hidrocortisona I.V 80 mg / 12 horas
- Si precisa pauta de maduración pulmonar dosis de Dexametasona IM (no oral) 6 mg / 12 horas 4 dosis (solo 2 días). Uso restringido entre las 24 – 34 semanas de gestación. Cambio de corticoide hasta 8-10 días
- Asociar pauta de protección gástrica (Ranitidina, Omeprazol)



### TROMBOPROFILAXIS

SARS-CoV-2 POSITIVO	ASINTOMÁTICO	LEVE (en domicilio)	MODERADA (encamamiento en domicilio)	NEUMONIA (ingreso hospitalario)
<b>Embarazo</b>	HBPM dosis profiláctica ajustada al peso 2 semanas		HBPM dosis profiláctica ajustada al peso 2 semanas y hasta 7 días tras resolución del cuadro	HBPM dosis profiláctica ajustada al peso. En domicilio tras ingreso: continuar profilaxis 1 mes. Valorar en 3 <sup>er</sup> trimestre prolongar hasta parto + 6 semanas postparto
<b>Puerperio</b>	Si no hay otro FR: HBPM dosis profiláctica ajustada al peso 2 semanas. Si añade más FR: considerar prolongar la profilaxis hasta 6 semanas.		HBPM dosis profiláctica ajustada al peso 2 semanas y hasta 7 días tras resolución del cuadro	HBPM dosis profiláctica ajustada al peso 6 semanas

## TRATAMIENTO DOMICILIARIO

### GESTANTE ASINTOMÁTICA O CON INFECCIÓN LEVE (SIN CRITERIOS DE INGRESO)

La mayoría de pacientes con infección leve pueden ser dadas de alta domiciliaria si la situación clínica es buena, y los condicionantes sociales y la vivienda así lo permiten, siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Reposo, hidratación adecuada y control de temperatura
- Aislamiento domiciliario con medidas de higiene de manos y aislamiento del resto de familiares

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Antitérmicos (Paracetamol hasta un máximo de 1 g cada 6 h. v.o.) si precisa
- Durante la temporada de gripe, en gestantes con clínica compatible y sin toma de muestras respiratorias, se recomienda la administración de tratamiento antigripal de forma empírica (Oseltamivir 75 mg cada 12 h. v.o. durante 5 días)
- Tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM subcutánea) en los casos confirmados, ajustada al peso de la gestante, durante 2 semanas

Dar indicaciones claras sobre motivos de reconsulta a urgencias (aparición de dificultad respiratoria y/o fiebre alta resistente a antitérmicos)

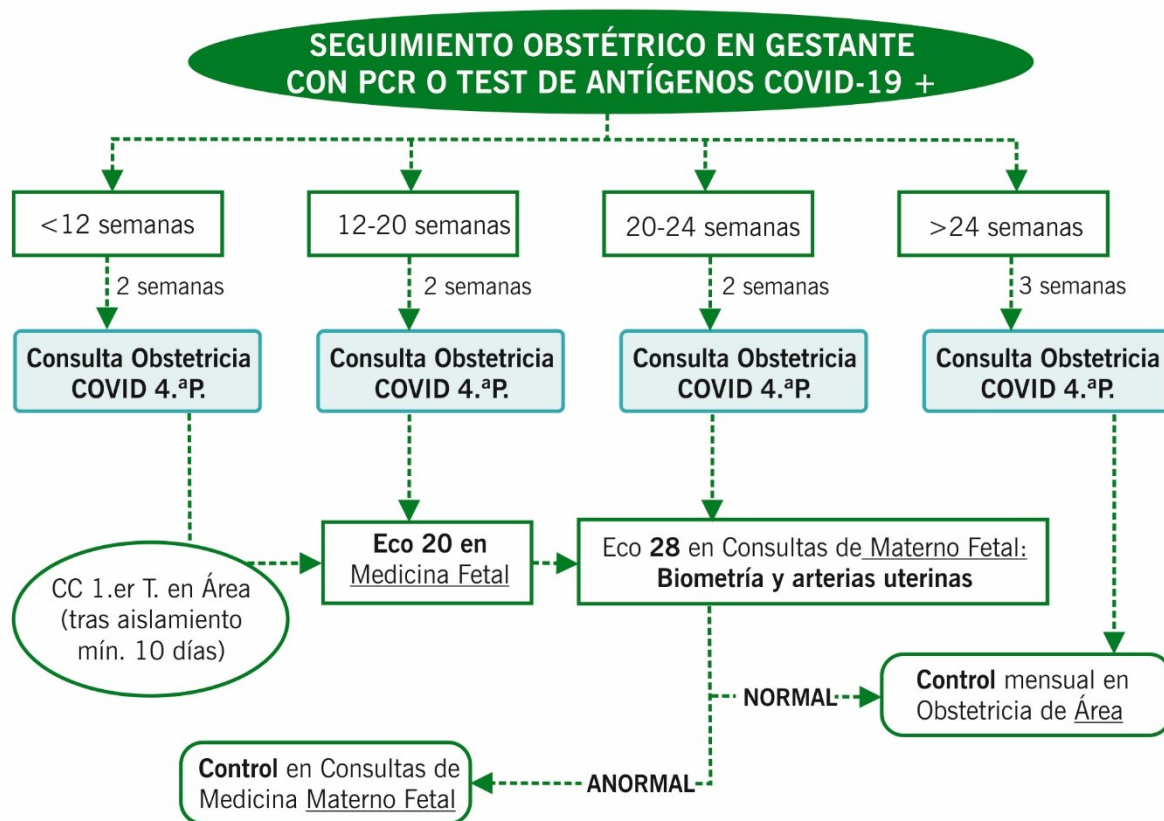
Se recomienda programar un seguimiento telefónico para valorar su evolución clínica siguiendo las 24-48 h. y a los 7 días (adjunto COVID)

Para sus controles del embarazo:

- Avisar al centro que controle el embarazo de su situación de aislamiento
- Avisar al centro correspondiente antes de acudir a las citas programadas
- Se le recomendará no acudir a urgencias si no es estrictamente necesario. En caso contrario, se avisará de la situación antes de acudir

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE CONSULTAS

Se registrará número de Historia Clínica junto con datos personales y teléfono de la gestante y se remitirá para seguimiento por parte de equipo COVID en horario de mañana (Busca 607422). Especial importancia si factores de riesgo concomitantes.



### CRITERIOS DE INGRESO EN GESTANTE

- **Fiebre** persistente a pesar de paracetamol
- **Cefalea** persistente a pesar de analgesia
- **Radiografía** de tórax con signos de **neumonía**
- Gestantes con **comorbilidades**, entre otras:
  - HTA crónica
  - EPOC
  - Diabetes pregestacional
  - Obesidad
  - Asma
  - Inmunosupresión
  - Tratamiento inmunosupresor
  - Neutropenia

- Escala de gravedad **CURB-65** con puntuación total  $\geq 1$  (cada ítem puntúa 1)

\*La edad gestacional no es un criterio de ingreso per se.

Analítica con signos de gravedad (se relaciona con mayor riesgo de severidad):

- **PCR**  $\geq 50$
- **Linfocitos**  $< 1.000/\text{mm}^3$
- **Ferritina**  $> 800\text{ng/mL}$

Motivos obstétricos (**embarazo gemelar**)

C→Confusión aguda  
 U→Urea  $> 19\text{mg/dl}$   
 R→ $\geq 30$  RPM  
 B→TAS  $\leq 90$  mmHg o TAD  $\leq 60$  mmHg  
 >65 años



## CRITERIOS DE INGRESO

### CRITERIOS DE INGRESO EN GESTANTE

- **Fiebre** persistente a pesar de paracetamol
- **Cefalea** persistente a pesar de analgesia
- Radiografía de tórax con signos de **neumonía**
- Gestantes con **comorbilidades**, entre otras:
  - o HTA crónica
  - o EPOC
  - o Diabetes pregestacional
  - o Obesidad
  - o Asma
  - o Inmunosupresión
  - o Tratamiento inmunosupresor
  - o Neutropenia

Escala de gravedad **CURB-65** con puntuación total  $\geq 1$  (cada ítem puntúa 1)

C → Confusión aguda

U → Urea  $> 19\text{mg/dl}$

R →  $\geq 30$  RPM

B → TAS  $\leq 90$  mmHg o TAD  $\leq 60$  mmHg  $> 65$  años

\*La edad gestacional no es un criterio de ingreso per se

Análítica con signos de gravedad (se relaciona con mayor riesgo de severidad):

- **PCR  $\geq 50$**
- **Linfocitos  $< 1.000/\text{mm}^3$**
- **Ferritina  $> 800\text{ng/mL}$**

Motivos obstétricos (**embarazo gemelar**)

**Ingreso** en ala izquierda de la 4.<sup>a</sup> planta (**aislamiento respiratorio**). En caso de subir a la espera de resultado de PCR, si resultado negativo, traslado a ala derecha de la 4.<sup>a</sup> planta.

Si precisa **ingreso en UCI o en planta Covid del Hospital General**, traslado en ambulancia medicalizada (061), previa notificación a Seguridad y Jefe de turno de celadores. El seguimiento de las gestantes ingresadas en el Hospital General será multidisciplinar y en coordinación con la **Unidad de Enfermedades Infecciosas**.



## BIBLIOGRAFÍA

1. PNT de Atención al parto en gestantes con Covid-19. Hospital de la Mujer. Sevilla. Versión 2. Octubre 2020.
2. Gestante con sospecha COVID en Urgencias. H. de la Mujer. Versión Septiembre 2020.
3. Cribado de SARS-CoV-2 mediante PCR: Esquema de actuación en Hospital de la Mujer.
4. Esquema de actuación en Hospital de la Mujer ante paciente con sospecha de infección por SARS-CoV-2. Versión 11 septiembre 2020.
5. Ministerio de Sanidad. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. Versión de 17 junio de 2020
6. Protocolo de actuación ante pacientes con tos, fiebre y/o disnea en el H. de la Mujer. Versión 11 septiembre 2020.
7. Protocolo Clínic. Coronavirus (COVID-19) y gestación. Versión 13 del 8 marzo 2021.
8. RCOG. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Versión 13 del 19 Febrero 2021.
9. SETH. Recomendaciones sobre profilaxis ETV en embarazo y puerperio durante la pandemia COVID-19 [Online]. 15 abril 2020.



## 803 – ESCABIOSIS

*Ruiz Dastis, Cristina  
Fidalgo Montes, Martín*

### INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

La escabiosis o sarna es una enfermedad altamente infecto-contagiosa, generalmente por contacto directo íntimo. Es más frecuente en niños y jóvenes.

El *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis* es el parásito responsable de la escabiosis humana. Las lesiones están provocadas por las hembras del ácaro, que se sitúan dentro de las vesículas o surcos que ellas mismas producen.

### CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

#### SIGNOS / SÍNTOMAS

Prurito intenso	Sobre todo, nocturno, que respeta la cabeza. Suele aparecer a las 2-4 semanas del contagio
Erupción cutánea	
Surcos	Son lesiones irregulares, ligeramente elevadas y tortuosas excavadas por la hembra. Se localizan preferentemente en cara anterior de muñecas, palmas, espacios interdigitales, areola y genitales. Son patognomónicos
Vesículas perladas	En el extremo distal de los surcos, habitadas por la hembra
En pacientes inmunodeprimidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escamas</li> <li>- Costras</li> <li>- Placas fisuradas</li> </ul>
Lesiones relacionadas con la sensibilización alérgica al ácaro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nódulo escabiótico</li> <li>- Pápulas urticarianas</li> <li>- Placas eccematosas</li> </ul> <p>Localizadas en pliegues corporales y zonas más cubiertas como genitales, nalgas, abdomen o la zona periumbilical</p>

La clínica también suele afectar a familiares y convivientes.

En los niños afecta frecuentemente la cara, el cuero cabelludo, las palmas y plantas y otras localizaciones habitualmente respetadas en los adultos.



## DIAGNÓSTICO (PRUEBAS COMPLEMENTARIAS)

### DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA

Clínica y erupción cutánea compatibles (dermatosis muy pruriginosa, que interfiere en el sueño y respeta la cara)

### DIAGNÓSTICO DE CERTEZA

- Observación al microscopio del ácaro, sus huevos o excrementos tras raspado de un surco o vesícula
- Dermatoscopia/Lámpara de Wood

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dermatitis atópica	Es el principal diagnóstico diferencial. Diferenciar por la historia personal y familiar, la clínica y distribución de las lesiones. A veces puede precisar biopsia para llegar al diagnóstico de certeza
Psoriasis	Lesiones de diferentes características e historia clínica no compatible, no afectación de convivientes
Dermatitis por contacto	Puede ser difícil de diferenciar si el contacto se da en zonas típicas de la escabiosis
Dermatitis herpetiforme	Prurito episódico y diferentes lesiones
Liquen plano	Pápulas poligonales violáceas. Afectación de mucosas
Escabiosis del níquel y platino	las lesiones son parecidas pero la paciente tiene antecedentes de contacto con estos metales
Pediculosis pubis	La diferenciación es sencilla por la visualización del parásito o sus huevos adheridos al pelo
Picaduras de insectos	Arañas, chinches...



## TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN EMBARAZADAS

MEDICACIÓN	RECOMENDACIONES
Permetrina 5% crema (Categoría FDA: B)	<p>Eficacia mayor al 90%</p> <p>No hay estudios concluyentes acerca de su presencia en leche materna tras el tratamiento tópico. A pesar de ello se considera el fármaco de elección durante la lactancia materna</p> <p>Aplicar por toda la superficie corporal excepto cabeza, mantenerlo 8-12 horas y ducharse después</p> <p>También tratar las uñas (el rascado puede arrastrar ácaros)</p> <p>Evitar contacto con los ojos, heridas y mucosas</p> <p>Dejar actuar toda la noche</p> <p>El tratamiento deben realizarlo todos los contactos de forma simultánea</p> <p>Repetir el tratamiento a los 7 días</p> <p>En sarna costrosa se debe aplicar cada dos o tres días durante una o dos semanas</p>
Azufre tópico (240g de azufre al 8-10% precipitado y vaselina) (Categoría FDA: C)	Relativamente económico. Se utiliza principalmente en neonatos y embarazadas. Se debe aplicar durante la noche tres días consecutivos
Benzoato de Benzilo al 10-25% (Categoría FDA: C)	Aplicar por la noche dos días consecutivos y repetir ciclo a los 7 días
Ivermectina oral (Categoría FDA: C)	NO administrar a niños, embarazadas ni madres lactantes por ser teratogénico (en estos casos Permetrina 5% es de primera elección)
Lindano (Categoría FDA: C)	Debido a la toxicidad asociada (aumento de defectos del tubo neural, retraso mental y muerte fetal) se debe evitar durante el embarazo

- Lavar la ropa desde 4 días antes del tratamiento con agua a 60°C.
- Puede ser necesario realizar antibioterapia con Mupirocina tópica (segura en embarazo y lactancia) en caso de infección secundaria de las lesiones cutáneas.
- El prurito puede persistir varios días o semanas después de un tratamiento efectivo, se puede aliviar con antihistamínicos orales: dexclorfeniramina 2mg/6-8h (Categoría FDA: B). En la lactancia usar a dosis mínima y de manera ocasional ya que por su efecto antiprolactina puede producir inhibición de la lactancia en las primeras semanas tras el parto. Alternativas durante la lactancia: Loratadina, Cetirizina hidrocloreuro, hidroxicina. También se pueden administrar corticoides tópicos (Categoría FDA: C): Hidrocortisona 1% (si es posible, evitar en el primer trimestre de embarazo y usar a la mínima dosis posible). Es segura en la lactancia.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

La sarna o su sospecha se deben derivar a dermatología para su correcto estudio y tratamiento.





## BIBLIOGRAFÍA

1. Goldstein BG, Scabies: Management. In. UpToDate, Dellaballe, RP (Ed), UpToDate, Ofori, AO (Accesed on April 23, 2021).
2. Karen Gunning, K. P. (2012). Pediculosis and Scabies: A treatment Update. American Family Phsician, (pág 534-541).
3. Sexually Transitted Diseases Treatment Guideline. Atlanta. Centers por Disease Control and Prevention. MMWR. Recommendations and Reports / Vol. 64/ No. 3. (pág. 102-103)
4. European guideline for the management of scabies. C.M. Salavastru, O. Chosidow, M.J. Boffa, M. Janier, G.S. Tiplica. JEADV 2017, 31, (pág. 1248-1253).
5. M. López Valverde, J. C. (2009). Infestaciones por hongos, helmitos y artrópodos. En Medicina perinatal (pág. 103-105).
6. Viral M Patel, W. C. (2016). Safety of Topical Medications for Scabies and Lice in Pregnancy. Indian J Dermatol. , 61(6): 583–587.



## 804 – GASTROENTERITIS AGUDA

Lois Aldana, M<sup>a</sup> Mar  
Palacio Vélchez, Carmen

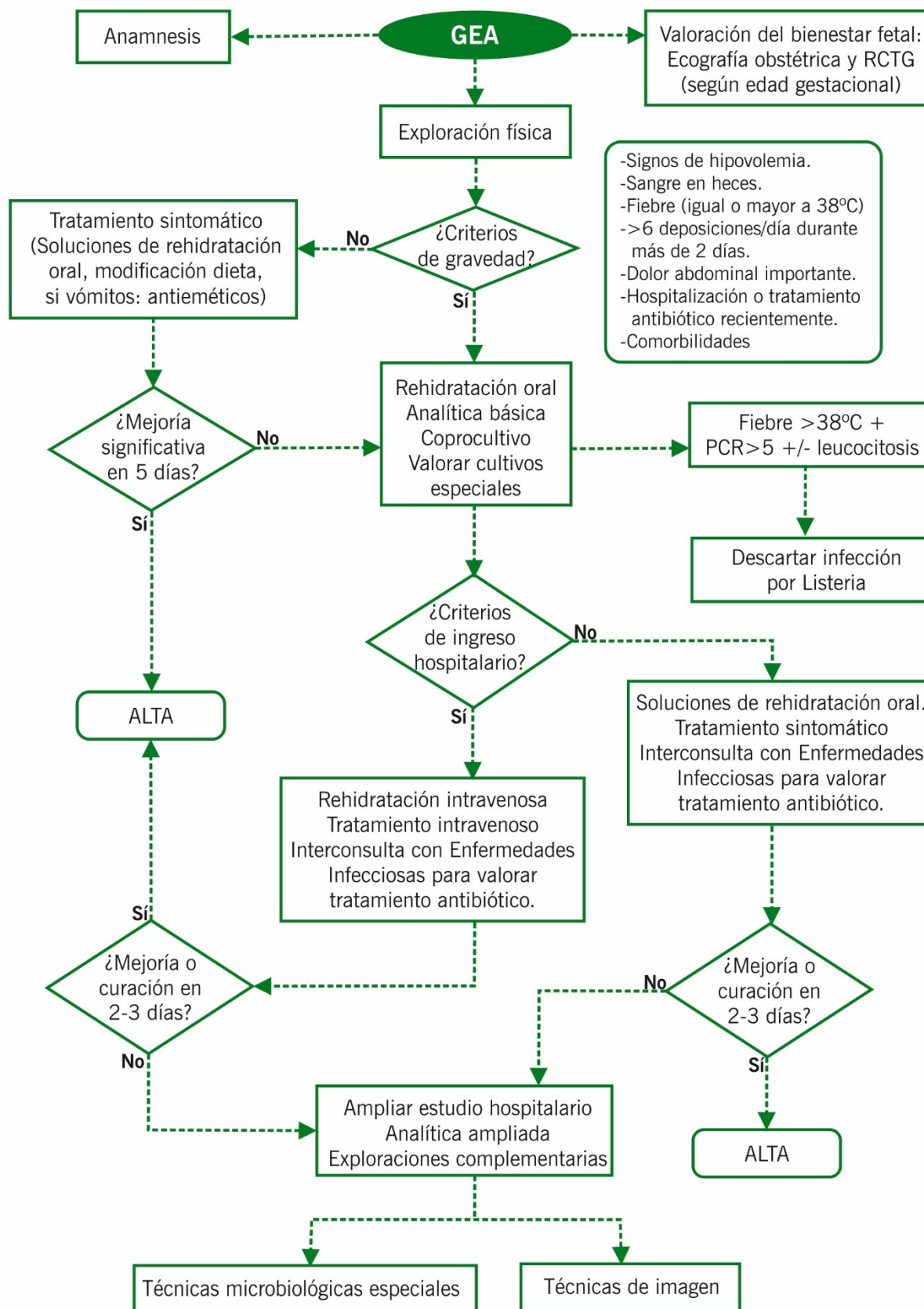
### INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

La gastroenteritis aguda se define como una enfermedad diarreica (tres o más veces al día o al menos 200 g de heces al día) de inicio rápido que dura menos de dos semanas y puede ir acompañada de náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal. Clásicamente, los vómitos y la diarrea aparecen juntos; sin embargo, con menos frecuencia, cualquiera de los dos puede aparecer solo. Los síntomas más comunes son: náuseas (93%), diarrea (89%), vómitos (81%) y dolor abdominal (76%).

### CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA		DIAGNÓSTICO
<b>DIARREA SECRETORA O ACUOSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Periodo de incubación corto</li> <li>- Diarreas abundantes y líquidas-Sin fiebre</li> <li>- Escaso dolor abdominal</li> </ul>	<p>Las pruebas complementarias no están indicadas de rutina.</p> <p>Realizar si criterios de gravedad, evolución no satisfactoria con tratamiento sintomático.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analítica de sangre</li> <li>- Cultivo de heces</li> <li>- Endoscopia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bacterias (E. Coli enterotoxigénico, Vibrio cholerae, Staphylococcus aureus, Clostridium difficile)</li> <li>- Virus (Rotavirus, Virus Norwalk)</li> <li>- Protozoos (Cryptosporidium, Giardia)</li> </ul>		
<b>DIARREA INFLAMATORIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Periodo de incubación prolongado.</li> <li>- Deposiciones frecuentes y escasas, con moco y sangre.</li> <li>- Fiebre Dolor abdominal</li> <li>- Tenesmo rectal</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infecciosa (Salmonella, Shigella, Campylobacter, E. Coli enterohemorrágico, Clostridium difficile, Entamoeba histolítica, Yersinia)</li> <li>- No infecciosa (EII, Colitis isquémica, Colitis Actínica, Diverticulitis)</li> </ul>		

## ALGORITMO





## TRATAMIENTO DOMICILIARIO

- Hidratación oral.
- Metoclopramida 10mg 1 comprimido vía oral cada 8 horas si vómitos.
- Omeprazol 20 mg 1 comprimido cada 24 horas.
- Paracetamol 1 comprimido de 1 g cada 8 horas si dolor.
- Se recomienda la realización de comidas frecuentes, ligeras y poco copiosas, preferiblemente frías. Dieta astringente.
- Observación domiciliaria. Si persistencia o empeoramiento de la clínica, acudir nuevamente a Urgencias del Hospital de la Mujer.

## CRITERIOS DE INGRESO

- Disminución severa de volumen/deshidratación:
  - Membranas mucosas secas (boca seca).
  - Disminución de la turgencia de la piel.
  - Aumento de la sed.
  - Alteración del estado mental (confusión, letargo).
  - Mareos, aturdimiento.
  - Dolor de cabeza.
  - Taquicardia, palpitaciones.
  - Hipotensión, ortostatismo.
  - Presíncope o síncope.
  - Debilidad, fatiga.
  - Disminución de la diuresis, orina concentrada (color amarillo intenso o ámbar).
- Electrolitos o función renal anormales.
- Heces con sangre/sangrado rectal.
- Pérdida de peso.
- Dolor abdominal severo.
- Síntomas prolongados (más de una semana).
- Hospitalización o uso de antibióticos en los últimos tres a seis meses.
- Comorbilidades (por ejemplo, diabetes mellitus, inmunodeficiencia).



## BIBLIOGRAFÍA

1. Smith, JA. Nausea and vomiting of pregnancy: Clinical findings and evaluation. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA
2. Alexandraki, I. Acute viral gastroenteritis in adults. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA
3. LaRocque, R. Approach to the adult with acute diarrhea in resource-rich settings. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA
4. Gelfand, MS. Clinical manifestations and diagnosis of *Listeria monocytogenes* infection. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA
5. Betés, M., & Muñoz-Navas, M. (2016). Protocolo diagnóstico y tratamiento de la gastroenteritis aguda. *Medicine (Spain)*, 12(3), 147–151.



## 805 – GRIPE

*García Díaz, Lutgardo  
Aído Montes, Irene*

### INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

Enfermedad infecciosa, aguda y contagiosa, causada por virus Influenza, que ataca a vías respiratorias y que puede producir fiebre, dolor de cabeza y sensación de malestar. En relación con el embarazo, supone una situación con alto riesgo de sufrir complicaciones, principalmente en el segundo y tercer trimestre, así como en el puerperio precoz (< 2 semanas).

### CLÍNICA

- Aparición súbita de síntomas.
- Uno o más síntomas generales: fiebre >38º/febrícula, malestar general, cefaleas y/o mialgias.
- Uno o más síntomas respiratorios: tos, dolor de garganta, disnea.
- Ausencia de otra sospecha clínica.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- PCR Gripe (confirmar sospecha clínica). PCR Coronavirus/PCR VRS: según situación epidemiológica.
- Rx AP y Lateral Tórax (si disnea, disminución Sat O2 u otros criterios de gravedad).
- Analítica: Hemograma, coagulación, bioquímica, PCR.

### ALGORITMO

Sala de espera de Aislamiento:

- Diagnóstico diferencial COVID 19/Gripe/VRS: Test Ag/PCR COVID 19 vs PCR gripe vs PCR VRS según situación epidemiológica
- Toma de temperatura, FR, FC, TA, Sat O2 y solicitud hemograma.
- Recoger en anamnesis datos de vacunación

Dos situaciones posibles:

- No criterios gravedad: alta con tratamiento domiciliario (ver tratamiento domiciliario)
- Criterios de gravedad (dificultad respiratoria, saturación O2 < 95%, Neumonía, etc)
  - Ingreso hospitalario en Medicina Fetal en condición de aislamiento (gotas y contacto), cursando PCR gripe vía Urgente.
  - Hidratación adecuada +/- sueroterapia IV.
  - Tratamiento con Oseltamivir 75 mg/12 horas durante 5 días (IV si no tolera VO) y Paracetamol 1 g cada 8 horas IV.
  - Cursar: analítica (Hemograma, coagulación, bioquímica y PCR), Rx Tórax PA y Lateral Urgente. Hemocultivo si Fiebre >38º.
  - Contactar con equipo E. Infecciosas/M. Interna para valoración/seguimiento.



Profilaxis post-exposición: gestantes con comorbilidades añadidas que no hayan recibido la vacuna, está indicada la administración de Oseltamivir a dosis profiláctica (75 mg/24h 7 días) si contacto estrecho.

Manejo durante el parto: tratamiento antiviral precoz y mascarilla quirúrgica durante el parto. Evitar contacto estrecho con recién nacido hasta pasados 5 días del inicio del tratamiento.

Lactancia materna: no contraindicada. Utilizar mascarillas durante los 5 días de tratamiento con Oseltamivir, junto a lavado de manos previo al contacto con el recién nacido. En puérperas <2 semanas, administrar tratamiento antiviral precoz igual que en gestantes.

## TRATAMIENTO DOMICILIARIO

- Reposo domiciliario.
- Oseltamivir 75 mg/12 h vía oral durante 5 días, iniciándolo preferentemente en las primeras 48 h desde el inicio de los síntomas (dispensado en Hospital previo al alta), junto a antitérmicos (Paracetamol cada 8 horas). Iniciar tratamiento ante la sospecha de Gripe y retirar si PCR negativa.
- Limitar salidas de domicilio y contacto con otras personas al menos hasta transcurridos 2 días desde el inicio de los síntomas o hasta finalizar tratamiento.
- Beber abundante agua y líquidos, así como medicación antipirética.
- Volver a Urgencias si: fiebre  $>38^{\circ}\text{C}$ , dificultad respiratoria, dolor torácico
- Citar en 48 h en consultas de Enfermedades Infecciosas.

## CRITERIOS DE INGRESO

- Infiltrado pulmonar en Rx u otras imágenes sugestivas neumonía.
- Dificultad respiratoria grave (disnea/taquipnea).
- Antecedentes de enfermedad respiratoria.
- Sat O<sub>2</sub> < 95% respirando aire ambiente.
- Agotamiento respiratorio.
- Dolor torácico.
- Deshidratación clínica grave o shock.
- Alteración del nivel de consciencia.
- Inmunosupresión grave.
- Enfermedad rápidamente progresiva o inusualmente prolongada (Fiebre mantenida  $>48$  h con tratamiento).
- Incapacidad para la ingesta oral.



## **BIBLIOGRAFÍA**

1. A. Goncé, L. Guirado, S. Hernández, P. Ferrer. Gripe y Gestación. Protocolos Hospital Clinic Barcelona. Nov 2020.
2. Gripe en Gestantes. Protocolo de actuación Hospital de la Mujer. 2015.
3. ACOG Committe Opinion No.753: Assessment and Treatment of Pregnant Women With Suspected or Confirmed Influenza. Obstet Gynecol 2018;132:e169.





## 806 – HERPES

*Fernández Macías, Rosa  
Bujalance Montilla, Francisco*

### INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

Los Herpes virus humanos forman parte de la familia Herpeviridae, siendo los herpes virus humanos 1 y 2 (denominados anteriormente herpes simple 1 y 2), los causantes del herpes genital.

Ambos presentan antígenos comunes y provocan en el huésped la producción de anticuerpos heterólogos con cierta capacidad para neutralizar los dos virus.

En el 59% de los casos el herpes genital está ocasionado por el tipo 2 y en el 41% por el tipo 1, afecta a las áreas genital, sacra y las extremidades inferiores. Se caracterizan porque pueden persistir en el huésped y reactivarse.

Cuando la infección tiene lugar en la mujer embarazada puede transmitirse al recién nacido y puede presentar una morbilidad elevada.

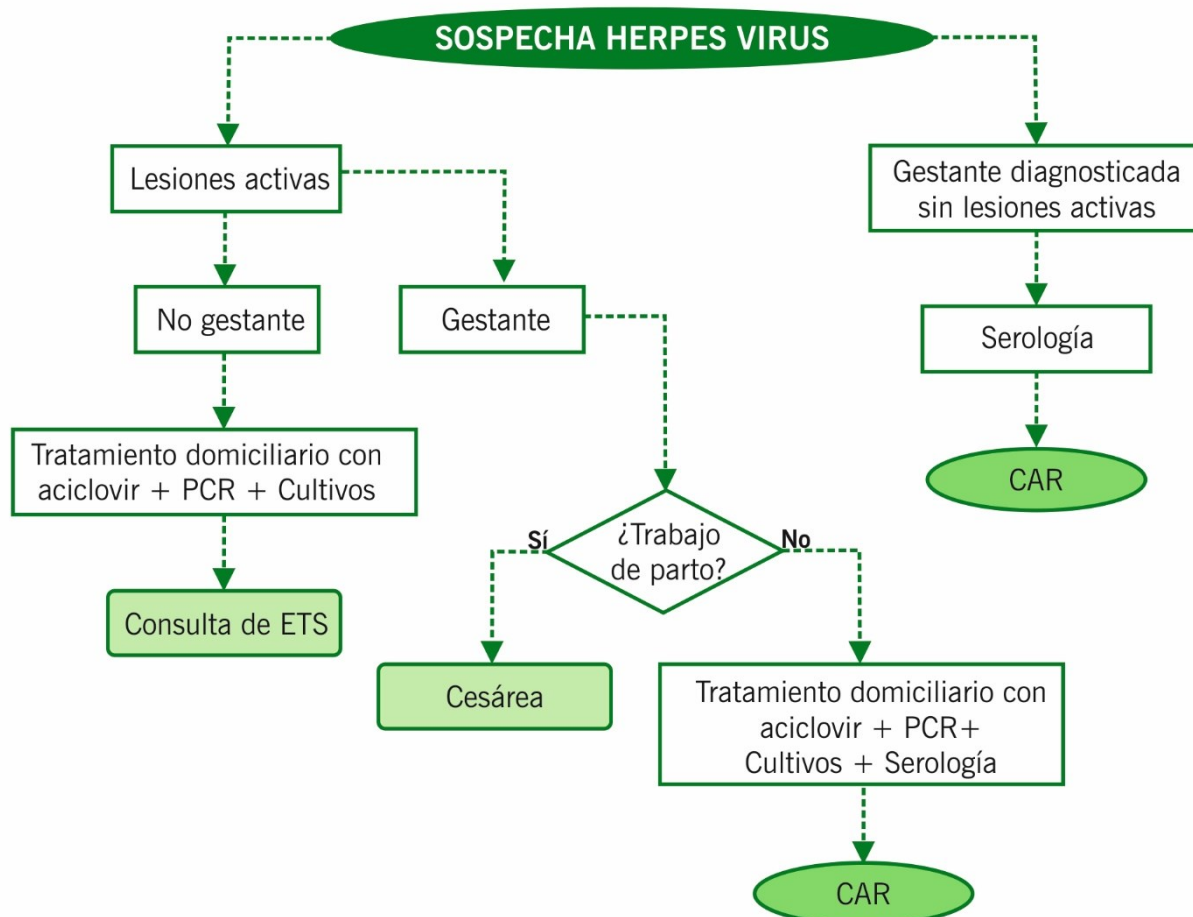
Se clasifica en:

- Herpes genital primario (ausencia total de ac. Protectores).
- Primer episodio de herpes genital no primario (ac. Heterólogos).
- Herpes genital recurrente (ac. Homólogos).

### CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pápulas y vesículas que se transforman en úlceras genitales dolorosas</li> <li>- Adenopatía inguinal</li> <li>- Escozor</li> <li>- Gingivoestomatitis</li> <li>- Herpes labial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cultivo celular: Sensibilidad 80% lesiones primarias/ 40% recurrentes. No excluye infección</li> <li>- PCR lesiones genitales. Más rápido y sensible, pero más caro y menos disponibilidad</li> <li>- Serología tipoespecífica si disponible</li> <li>- Cultivo vaginal y endocervical</li> </ul>

## ALGORITMO



## TRATAMIENTO DOMICILIARIO

INDICACIÓN CLÍNICA	ACICLOVIR	VALACICLOVIR	DURACIÓN TRATAMIENTO
Primer episodio de VHS genital	200 mg 5 veces al día o 400 mg c/ 8 horas	1000 mg 2 veces al día	7-10 días
Episodio de VHS genital recurrente	400 mg c/8h o 800 mg c/12 horas	500 mg c/12h o 1000 mg c/24h	5 días
Pauta supresora VHS (gestante / >6 recurrencias al año)	400 mg c/8h	500 mg c/12 horas	Desde semana 36 hasta el parto / Diariamente
Aciclovir oral: De elección. Seguro en embarazo y lactancia. Se asocia a neutropenia neonatal transitoria			
No recomendaciones profilácticas para VHS no genital en gestante			



## CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA

- Derivación a CAR:
  - Gestante con lesiones activas de herpes genital.
  - Gestante diagnosticada de VHS durante la gestación.
- Derivación a Consulta ETS:
  - Paciente con lesiones activas de herpes genital.

## CRITERIOS DE INGRESO

Paciente con lesiones activas de VHS que ingresa en trabajo de parto.

## ANEXO (PARTO VAGINAL VS CESÁREA)

### TRANSMISIÓN PERIPARTO (85%)

PARTO VAGINAL	CESÁREA
Sin lesiones activas > 36 semanas con pauta supresora y: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serología: recurrencia</li> <li>- Primer episodio previo a sem 36</li> </ul>	Lesiones activas > 36 sem. Primer episodio posterior a semana 36
La evidencia sugiere que aumentan el riesgo de transmisión y se deben evitar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Microtomas de calota</li> <li>- Monitorización fetal con electrodo interno</li> <li>- Instrumentación (en menor medida)</li> </ul>	No hay “riesgo cero” a pesar de la práctica de cesárea (se debe informar riesgo de transmisión intrauterina del 5%)



## BIBLIOGRAFÍA

1. Lee R, Nair M. Diagnosis and treatment of herpes simplex 1 virus infection in pregnancy . Obstet Med. 2017 Jun;10(2):58-60.
2. Foley E, Clarke E, Beckett VA, Harrison S, Pillai A, FitzGerald M, Owen P, Low-Beer N, Patel R. Guideline RCOG: Management of Genital Herpes in Pregnancy. Guideline date: October 2014 Date of review: by 2018.
3. Hollier LM and Wendel GD. Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus (HSV) recurrences and neonatal infection. Cochrane Database Syst Rev 2008; 1: CD004946.
4. Pasternak B, Hviid A. Use of acyclovir, valacyclovir, and famciclovir in the first trimester of pregnancy and the risk of birth defects. JAMA 2010;304:859–66.
5. NICE Evidence Services. British National Formulary September 2014. Aciclovir (Acyclovir) [<http://www.evidence.nhs.uk/formulary/bnf/current/5-infections/53-antiviral-drugs/532-herpesvirus-infections/5321-herpes-simplex-and-varicellazoster-infection/aciclovir?q=ACICLOVIR>] Accessed 2014 Sep 16.



## 807 – INFECCIÓN URINARIA. ITU Y PIELONEFRITIS

Sánchez Aguirre, Isabel  
Castillo Cantero, Isabel Adela

### INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

- La infección urinaria es la patología infecciosa que se presenta con más frecuencia en el embarazo y un motivo de consulta recurrente en urgencias.
- La presentación varía en función de la gravedad del cuadro, desde la cistitis a una entidad más grave como es la pielonefritis.
- La infección urinaria conlleva un aumento del riesgo de parto pretérmino, recién nacido con bajo peso y aumento de la morbi-mortalidad perinatal.
- Los patógenos más frecuentes son enterobacterias como el E. Coli (90%), Klebsiella o Enterobacter, bacterias gram negativas como Proteus mirabilis, pseudomonas, y bacterias gram positivas como Streptococos del grupo B.

### CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
<b>ITU (Cistitis)</b>	Variable: disuria, poliaquiria, tenesmo vesical, hematuria, dolor en hipogastrio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínico</li> <li>- Elemental de orina: leucocituria y/o nitritos</li> </ul>
<b>Pielonefritis aguda (PNA)</b>	Dolor en flanco, fiebre, cuadro más general  Puño-percusión renal positiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínico</li> <li>- Elemental de orina: leucocituria y/o nitritos</li> <li>- Analítica: leucocitosis, elevación de PCR</li> </ul>

### MANEJO Y TRATAMIENTO

	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
<b>ITU (Cistitis)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elemental de orina</li> <li>- RCTG con monitorización de dinámica uterina en función del tiempo de gestación</li> </ul>	Clínico. Ver algoritmo. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urocultivo de control a los 7-14 días</li> <li>- Recomendar hidratación abundante</li> </ul>
<b>Pielonefritis aguda (PNA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elemental de orina</li> <li>- Analítica con HG y BQ</li> <li>- RCTG con monitorización de dinámica uterina en función del tiempo de gestación</li> <li>- Urocultivo</li> <li>- Valorar eco renal (FRA, obstrucción)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingreso hospitalario. Ver algoritmo</li> <li>- Urocultivo antes de iniciar antibioterapia</li> <li>- Hidratación intensiva: 150 ml/h primeras 24 h, posteriormente 100 ml/h.</li> <li>- Antitérmico: paracetamol 1g iv/8h.</li> </ul>



### TRATAMIENTO

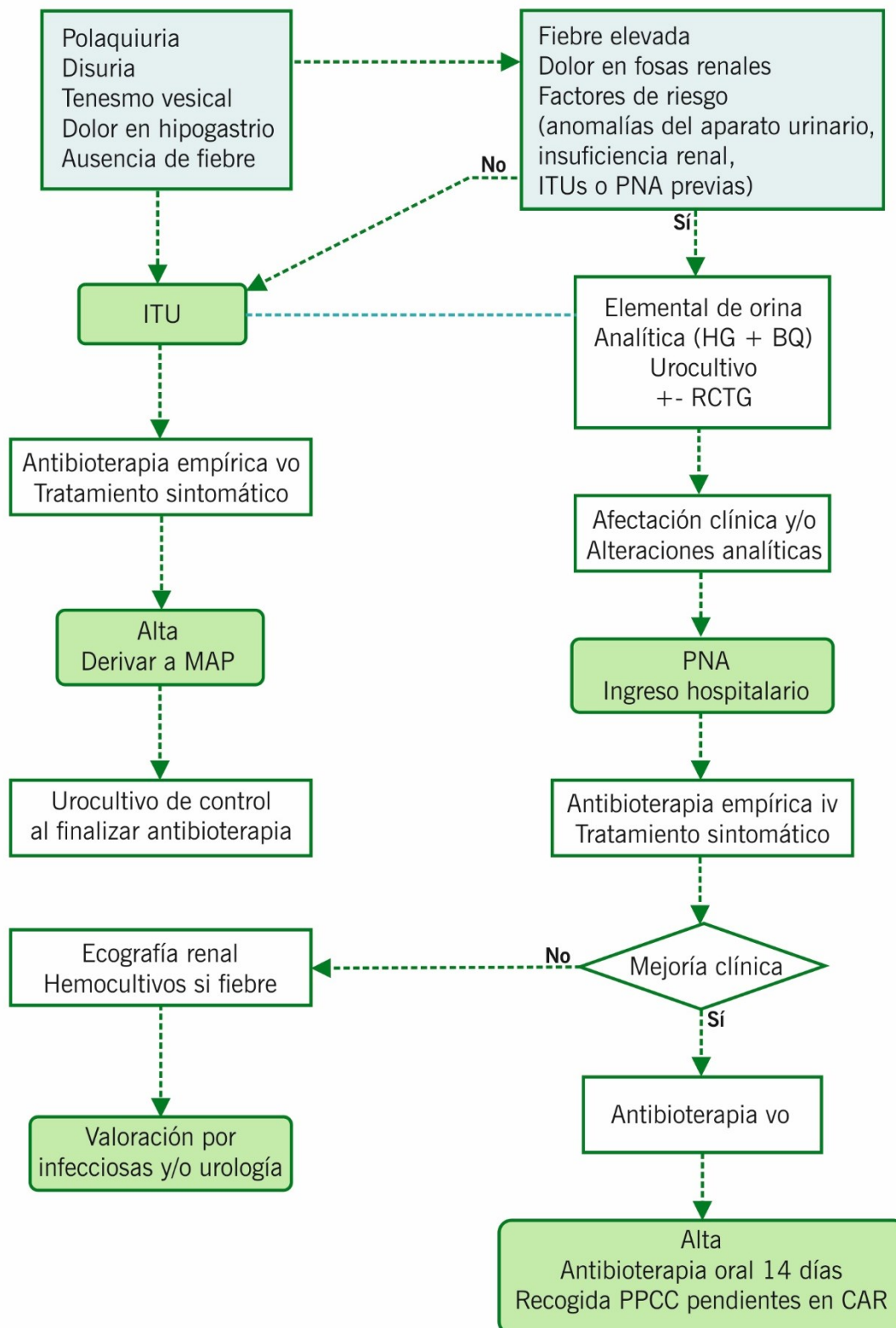
<b>ITU (Cistitis)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fosfomicina-trometamol 3 g/vo/ dosis única (apto en alergia a beta-lactámicos)</li> </ul> <p>Alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nitrofurantoína 100 mg/vo/12 h durante 5 días (evitar en tercer trimestre) (apto en alergia a beta-lactámicos)</li> <li>- Amoxicilina/Clavulanico 500 mg/vo/8h 5-7 días</li> <li>- Cefixima 400 mg/vo/24 h 5-7 días</li> </ul>
<b>Pielonefritis aguda (PNA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceftriaxona 1g/iv/24 horas,</li> </ul> <p>Alternativas y/o alergia a beta-lactámicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aztreonam 1 g/iv/8 h 14 días</li> </ul> <p>*Tras 48-72 h. afebril pasar antibiótico a vo según antibiograma y mantener hasta completar 14 días</p>

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

### DERIVACIÓN / MANEJO POSTERIOR

<b>ITU (Cistitis)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derivación a MAP / médico del embarazo / matrona del área</li> <li>- Realizar urocultivo de control a los 7-14 días de finalización de antibioterapia</li> </ul>
<b>Pielonefritis aguda (PNA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar en función de pruebas complementarias y evolución interconsulta a infecciosas y/o urología</li> <li>- Al alta citar en alto riesgo si precisa recogida de resultados y/o valorar PPCC de control</li> </ul>

## ALGORITMO





## BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Infección urinaria y gestación [actualizado en febrero de 2013]. Prog Obstet Ginecol. 2013; 47(4): 200-205.
2. Ucieda R, Carrasco RS, Herraiz MA, Herraiz I. Infección urinaria. En: Fabre E. (editor). Asistencia a las complicaciones médicas y quirúrgicas del embarazo. Tomo 1. Adalia: Madrid. 2007; 191-208.
3. Molina Gil-Bermejo JM, Cabello V, Campoy Martínez P, Barrera Chacón J. Pielonefritis aguda. Guía PRIOAM. 2018.
4. Molina Gil-Bermejo JM, Cabello V, Campoy Martínez P, Barrera Chacón J. Cistitis aguda. Guía PRIOAM. 2018.
5. M López, T Cobo, M Palacio, A Goncé. Protocolo: infección vías urinarias. Marzo 2017. Servei de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona.
6. Gopal M, Northington G, Arya L. Clinical symptoms predictive of recurrent urinary tract infections. Am J Obstet Gynecol 2007;197:74. e1-4
7. Andreu A, Planells I; Grupo Cooperativo Español para el Estudio de la Sensibilidad Antimicrobiana de los Patógenos Urinarios. Etiología de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad y resistencia de Escherichia coli a los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional multicéntrico. Med Clin (Barc) 2008;130:481-6.
8. Medina Polo J. Actualización de la infección urinaria en urología. Madrid: Asociación Española de Urología; 2018.





## 808 – INFECCIONES VAGINALES

*Lois Aldana, M<sup>a</sup> Mar  
Palacio Vélchez, Carmen*

### INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

Las vulvovaginitis son un motivo frecuente en la consulta de Urgencias.

La vaginitis es el término general para los trastornos de la vagina causados por una infección, una inflamación o cambios en la flora vaginal normal. Los síntomas incluyen flujo vaginal, olor, prurito y/o molestias.

En las embarazadas, el microbioma del tracto genital femenino puede sufrir cambios debido a alteraciones metabólicas, endocrinológicas e inmunológicas, además hay que tener en cuenta que no todos los tratamientos son posibles.

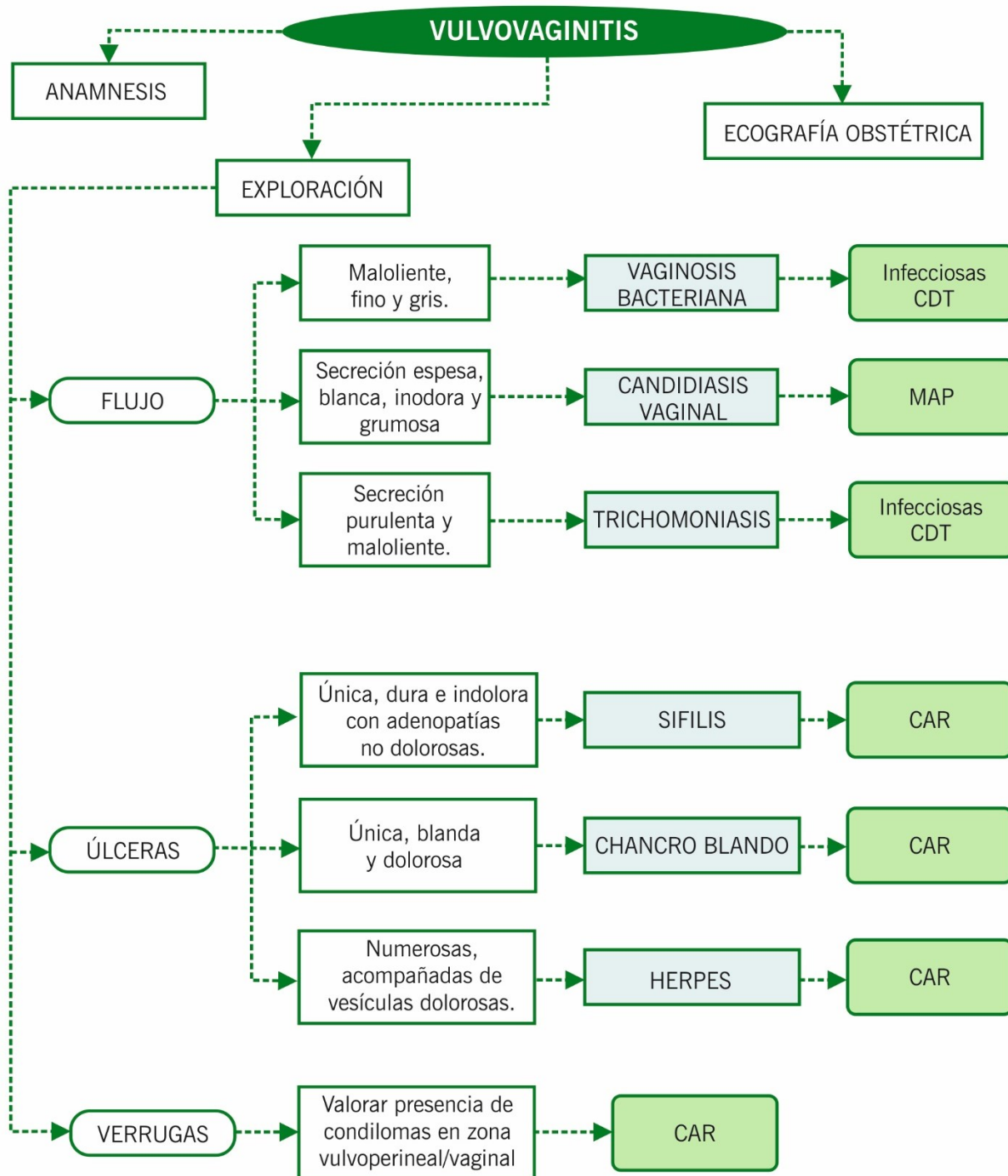
La candidiasis vulvovaginal (CVV), la vaginosis bacteriana (VB) y la vaginitis por tricomonas (VT) son los estados disbióticos más frecuentes que provocan estados infecciosos vaginales en el embarazo.



## CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

	CLÍNICA (SIGNOS Y SÍNTOMAS)	DIAGNÓSTICO (PRUEBAS COMPLEMENTARIAS)
<b>CANDIDA</b>	<p>Prurito, dolor, dispareunia</p> <p>Eritema y/o edema vulvar</p> <p>La secreción puede ser blanca y grumosa y puede o no adherirse a la vagina</p>	<p>Diagnóstico clínico (Es posible complementar con pH ácido &lt;4.5)</p>
<b>VAGINOSIS BACTERIANA</b>	<p>Flujo maloliente, sin dispareunia</p> <p>Flujo fino blanquecino/grisáceo que recubre la vagina</p>	<p>Criterios de Amsel (si cumple 3 de 4):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Secreción homogénea blanquecina, filante que se adhiere a las paredes vaginales</li> <li>- Presencia de células guía (células “clue”) en el examen microscópico</li> <li>- pH vaginal &gt; 4,5</li> <li>- Olor a aminas (pescado) antes o tras la adicción de hidróxido potásico al 10% a las secreciones vaginales</li> </ul> <p>Exudado vaginal</p> <p>Descartar otras ETS (PCR vaginal de N. Gonorrhoeae, C trachomatis y Mycoplasma genitalium)</p>
<b>TRICHOMONIASIS</b>	<p>Flujo maloliente, prurito, sangrado postcoital, dispareunia, disuria</p> <p>Flujo fino verde-amarillo, eritema vulvovaginal</p> <p>Cervix aframbuesado (2%)</p> <p>Mal pronóstico en la gestación</p>	<p>Diagnóstico clínico (Es posible complementar con pH alcalino) + exudado vaginal</p> <p>Descartar otras ETS (PCR vaginal y serologías VIH, VHB, VHC, sífilis)</p>
<b>SÍFILIS</b>	<p>Pápula eritematosa que suele transformarse en úlcera indolora (chancro), de consistencia dura. Puede ser único o múltiple</p>	<p>Diagnóstico clínico + Serología</p> <p>Descartar otras ETS</p>
<b>CHANCRO BLANDO</b>	<p>Úlcera única, blanda y dolorosa</p>	<p>Diagnóstico clínico</p>
<b>HERPES GENITAL VHS-1</b>	<p>Ulceraciones genitales bilaterales y linfadenopatía sensible</p> <p>Primoinfección: caracterizada por dolor local (sensación de quemazón, ardor) seguido de la aparición de vesículas que posteriormente se rompen formando úlceras superficiales muy dolorosas. Otros síntomas son fiebre, disuria, dolor inguinal, linfadenopatía unilateral o bilateral, malestar general, cefalea</p> <p>Recidivas: menos sintomáticas y menor duración. Raros los síntomas sistémicos</p>	<p>Diagnóstico clínico</p> <p>Complementar con prueba PCR de las lesiones/úlceras + Serología ETS</p> <p>Descartar otras ETS</p>
<b>VERRUGAS</b>	<p>Son del color de la piel o rosadas y van desde pápulas lisas y aplanadas hasta un aspecto verrucoso y papiliforme. Si extensas, pueden asociarse a flujo vaginal, prurito, sangrado, ardor, sensibilidad y dolor</p>	<p>Diagnóstico clínico</p>

## ALGORITMO





## TRATAMIENTO DOMICILIARIO

TRATAMIENTO DOMICILIARIO	
<b>MICOSIS</b>	<p>Clotrimazol óvulo 500 mg vía vaginal monodosis</p> <p>Clotrimazol crema vaginal 1/24 horas durante 7 días/ Miconazol crema vaginal 1/24 horas durante 14 días</p> <p>Evitar tratamientos sistémicos</p> <p>Si recidivantes: añadir probióticos como lactobacillus vía tópica</p>
<b>TRICHOMONIASIS</b>	Metronidazol 500 mg/12 horas durante 7 días
<b>VAGINOSIS BACTERIANA</b>	<p>Sólo tratar en mujeres sintomáticas</p> <p>Metronidazol 500 mg/12 horas durante 7 días</p> <p>Si alergias: Clindamicina oral 300 mg cada 12 horas durante 7 días</p>
<b>SÍFILIS</b>	<p>Penicilina G benzatina 2,4 millones IM 1 dosis</p> <p>Pedir serología de sífilis y derivar a Consultas de AR para seguimiento</p>
<b>CHANCROIDE</b>	Ceftriaxona 250 mg IM 1 dosis
<b>HERPES</b>	<p>Tratamiento sintomático: lavados con suero salino, analgesia y anestésicos locales (lidocaína al 5%)</p> <p>Aciclovir 400 mg/8 horas vía oral durante 7-10 días</p>
<b>CONDILOMAS</b>	Tratamientos habituales están contraindicados en el embarazo, por lo que si es necesario se hará extirpación mediante cirugía

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA

- Ante diagnóstico de Sífilis, Chancro blando, VHS y Condilomas: Derivar a Consultas de Embarazo Alto Riesgo.
- Diagnóstico de Vaginitis Bacteriana: Derivar a consulta de ITS del CDT (2ª planta) para cita para recogida de resultados y valoración.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Johnston, C. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of herpes simplex virus type 1 infection. En: UpToDate, Post, TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2021
2. Riley, LE. Genital herpes simplex virus infection and pregnancy. En: UpToDate, Post, TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2021
3. Rosen, T. Condylomata acuminata (anogenital warts) in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, and diagnosis. En: UpToDate, Post, TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2021



## 809 – LISTERIA

*Muñoz Barrera, Ana  
Hinojal Toscano, Isabel*

### INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

*Listeria monocytogenes* es un bacilo intracelular Gram positivo, móvil, anaerobio facultativo cuyo tiempo de incubación es variable de 1-90 días.

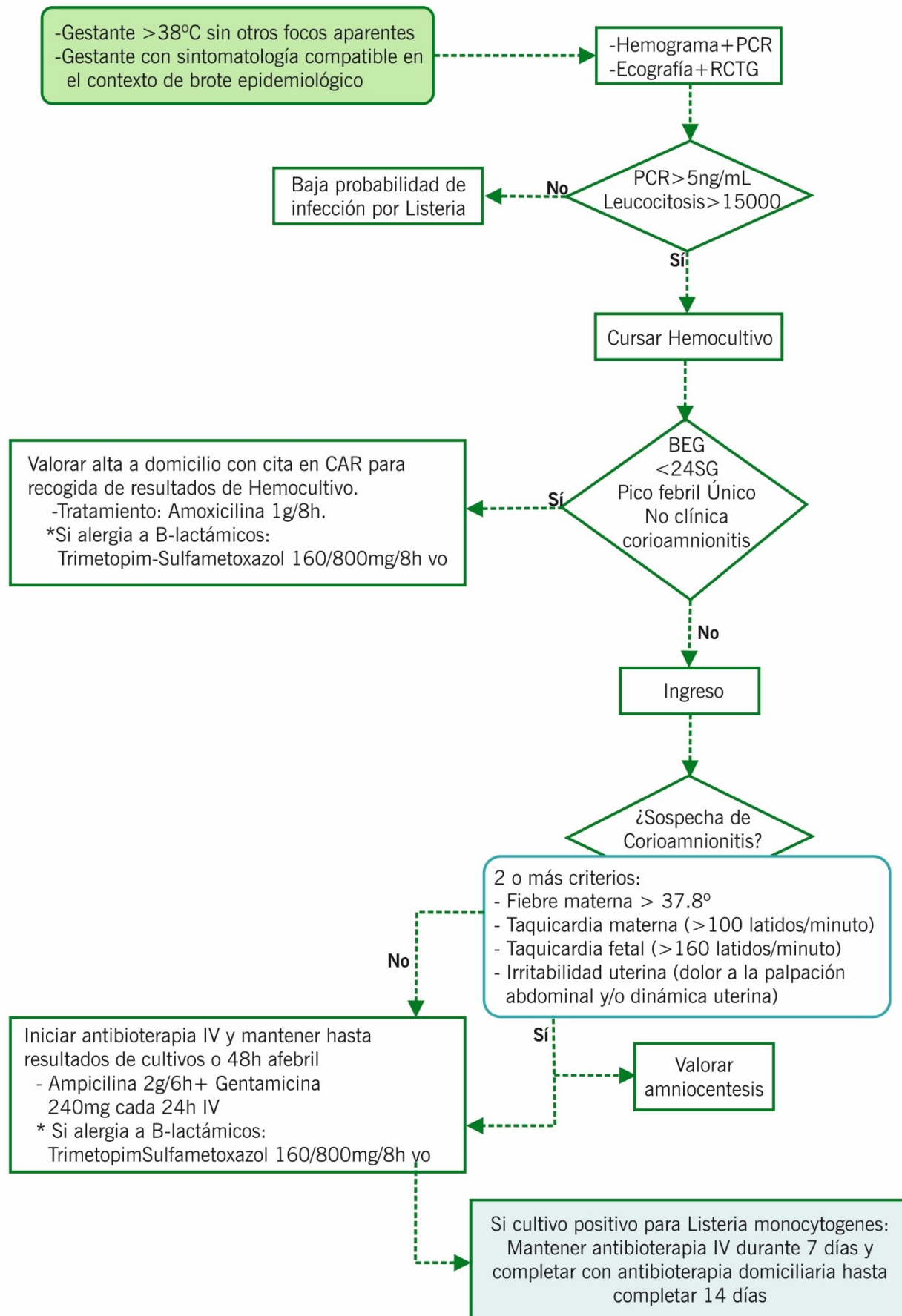
La infección se adquiere principalmente por ingesta de alimentos contaminados cuya incidencia ha aumentado significativamente en los últimos años.

Tiene un especial tropismo por la placenta por lo que puede tener graves repercusiones fetales siendo una infección infradiagnosticada.

### CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA EN GESTANTE	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Asintomática (29%)	Registro cardiotocográfico  Ecografía obstétrica
Síntomas digestivos / dolor abdominal (20%)	
Síndrome febril y síndrome pseudogripal	
CLÍNICA PRENATAL	
<b>1º y 2º trimestre:</b> aborto séptico y muerte fetal intraútero	Analítica con Hemograma y PCR
<b>3º trimestre</b> (80%): corioamnionitis y parto pretérmino (20% mortalidad)	Hemocultivo
1/3 de casos asintomáticos	Amniocentesis para cultivo microbiológico y bioquímica
CLÍNICA NEONATAL	
<b>Sepsis precoz</b> (<7 días) → distrés respiratorio, neumonía. Pronóstico fatal en 20-30% de casos	
<b>Sepsis tardías</b> (>7 días) → meningitis	

## ALGORITMO





## TRATAMIENTO DOMICILIARIO

	SIN CONFIRMACIÓN	CULTIVO POSITIVOS
Sin alergia	Amoxicilina 1g/8h vo	Completar 14 días
Alergia a B-lactámicos	Trimetopim-Sulfametoxazol 160/800mg/8h vo	Completar 14 días

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS (CONSENSUAR)

Derivar a Consultas de Alto Riesgo Obstétrico (CAR) en caso de:

- Antecedente de Infección confirmada por *Listeria monocytogenes*, tras alta a domicilio.
- Sospecha de infección *Listeria monocytogenes*, para valoración de resultados de Hemocultivo en caso de alta a domicilio.

## CRITERIOS DE INGRESO (CONSENSUAR)

Cuadro esquemático. Debe de consensuarse con la sección destino.

- Gestante con fiebre  $> 38^{\circ}\text{C}$  sin otro foco aparente.
- Gestante con clínica compatible en presencia de antecedente epidemiológico.
- Gestante con confirmación microbiológica de *Listeria monocytogenes*.
- Toda aquella gestante que no cumpla: BEG,  $<24$  SG, pico febril único, no clínica de Corioamnionitis.





## BIBLIOGRAFÍA

1. Protocols Medicina Maternofetal. Hospital Clinic-Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Disponible en: [www.medicinafetalbarcelona.org](http://www.medicinafetalbarcelona.org)
2. Mateus T, Silva J, Maia RL, Teixeira P (2013) Listeriosis during pregnancy: a public health concern. *ISRN Obstet Gynecol* 26(851712):851712
3. Lamont RF, Sobel J, Mazaki-Tovi S, Kusanovic JP, Vaisbuch E, Kim SK, Uldbjerg N, Romero R (2011) Listeriosis in human pregnancy: a systematic review. *J Perinat Med* 39(3):227–236
4. Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Angulo FJ, Verbeke G, Haagsma J, Kirk M, Havelaar A, Speybroeck N (2014) The global burden of listeriosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 14(11):1073–1082. doi:10.1016/s1473-3099(14)70870-9
5. Charlier C, Perrodeau E, Leclercq A, Cazenave B, Pilmis B, Henry B, Lopes A, Maury MM, Moura A, Goffinet F, Dieye HB, Thouvenot P, Ungeheuer MN, Tourdjman M, Goulet V, de Valk H, Lortholary O, Ravaud P, Lecuit M (2017) Clinical features and prognostic factors of listeriosis: the MONALISA national prospective cohort study. *Lancet Infect Dis*. doi:10.1016/s1473-3099(16)30521-7



## 810 – PEDICULOSIS

*Ruiz Dastis, Cristina  
Aido Montes, Irene*

### INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

Enfermedad infecciosa causada por ectoparásitos hematófagos que pueden infectar cabeza (pediculosis capitis), cuerpo (pediculosis corporis) o vello púbico (pediculosis pubis).

Su transmisión requiere un contacto cercano, ya que estos ectoparásitos no pueden saltar ni volar.

### CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prurito: principal sintomatología</li> <li>- Escoriaciones y celulitis secundarias a rascado</li> <li>- Impétigo en nuca con adenopatías occipitales y cervicales (típica pediculosis capitis)</li> <li>- Liquenificación e hiperpigmentación de piel (en infestaciones de larga evolución)</li> <li>- Mácula azul menor de 1 cm</li> <li>- Pápulas rojas en lugar de picadura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico clínico junto a visualización de al menos un piojo vivo (no liendres) en inspección visual</li> <li>- Luz brillante, dermatoscopio y “peine para piojos” en caso de dificultad para la visualización de los ectoparásitos</li> </ul>

## TRATAMIENTO DOMICILIARIO

### PEDICULOSIS CAPITIS

#### FARMACOLÓGICO:

- 1ª Línea: Loción Permetrina 1% (Grado B recomendación en la gestación) o piretrinas al 0,3% /butóxido de piperonilo al 4% dosis única o repetir segunda dosis después de 7-10 días. Sobre el cuero cabelludo seco que después se cubre con un gorro de plástico durante un mínimo de 10 a 30 minutos; Aclarar después de 10 minutos. Erradican piojos vivos pero no liendres (no necesario para considerar el tratamiento exitoso)
- 2ª Línea: Loción Malation 0.5% (aclarar a las 12 horas), en dos aplicaciones separadas por 7-10 días. Tienen mayores efectos secundarios (mal olor, inflamación, mayor tiempo de tratamiento)
- También es posible el uso de loción de ácido bencílico 5% (aclarar en 10 minutos) y espinosad 0.9% tópico (aclarar en 10 minutos), pero su uso es menos claro en gestantes.
- El tratamiento con Ivermectina no es seguro en gestantes o durante la lactancia materna

### PEDICULOSIS CORPORIS

#### FARMACOLÓGICO:

- Loción permetrina al 5%: Aplicación de 8 a 10 horas de crema de permetrina en una sola dosis.
- Crema de corticosteroides tópicos: de potencia baja a media que se aplica dos veces en las áreas irritadas y pruriginosas diariamente durante unos días después de la eliminación de los piojos puede proporcionar un alivio sintomático

### PEDICULOSIS PUBIS

#### FARMACOLÓGICO:

- 1ª Línea: Loción Permetrina 1% o piretrinas al 0,3% /butóxido de piperonilo al 4% dosis única o repetir segunda dosis después de 7-10 días. Aclarar después de 10 minutos.
- 2ª Línea: Loción Malation 0.5% (aclarar a las 12 horas).
- Cuando existen parásitos en las pestañas, se puede aplicar vaselina oclusiva a los márgenes de los párpados durante varias horas dos veces al día durante 10 días

#### NO FARMACOLÓGICO:

Peinado húmedo del cabello con acondicionador sin enjuague, peinando con peine para piojos sistemáticamente desde la raíz a la punta. Debe realizarse cada 3 días durante al menos 2 semanas

#### NO FARMACOLÓGICO (ELECCIÓN):

Lavado de la ropa y ropa de cama a 50ª

#### NO FARMACOLÓGICO:

Las liendres deben eliminarse del cabello (por ejemplo, peinando con pinzas finas) Realizar pruebas de despistaje ITS. No es necesario el rasurado del vello pubiano

Tratamiento de todo miembro de la unidad familiar en el que se encuentren piojos vivos. En caso de contactos sexuales, tratamiento de los contactos sexuales en 3 meses previos

Lavar fómites a 50°C

No compartir ropa, ropa de cama ni productos de higiene personal

Debe evaluarse a la paciente 7 días después y prescribir nuevo tratamiento si se observan parásitos. Si es preciso se evaluará y tratará a las parejas sexuales



## BIBLIOGRAFÍA

1. C.M. Salavastru, O. C. (2017). European guideline for the management of pediculosis pubis. JEADV, 31; 1425-1428.
2. KAREN GUNNING, K. P. (2012). Pediculosis and Scabies: A treatment Update. American Family Phsician, 534-541.
3. M. López Valverde, J. C. (2009). Infestaciones por hongos,helmitos y artrópodos. En Medicina perinatal (págs. 89-107).
4. Mallafré, J. (2014). Patología Médica. En Protocolos de obstetricia y medicina perinatal (pág. 310). Barcelona: Elsevier.
5. Viral M Patel, W. C. (2016). Safety of Topical Medications for Scabies and Lice in Pregnancy. Indian J Dermatol. , 61(6): 583–587.
6. Meinking TL, Villar ME, Vicaria M, et al. The clinical trials supporting benzyl alcohol lotion 5% (Ulesfia): a safe and effective topical treatment for head lice (pediculosis humanus capitis). Pediatr Dermatol 2010; 27:19.
7. McCormack PL. Spinosad: in pediculosis capitis. Am J Clin Dermatol 2011; 12:349.
8. Stough D, Shellabarger S, Quiring J, Gabrielsen AA Jr. Efficacy and safety of spinosad an permethrin creme rinses for pediculosis capitis (head lice). Pediatrics 2009; 124:e389.



## 811 – VARICELA

*Fernández Macías, Rosa  
Hernandez Abdelah, José Famián*

### INTRODUCCIÓN/DEFINICIÓN

El virus varicela zoster (VVZ) pertenece a la familia herpesviridae, genero Varicellovirus. Se caracteriza, al igual que otros miembros de esta familia, por su capacidad de permanecer en estado latente en el interior del organismo humano.

Clínica de la varicela: Fiebre, mal estado general y exantema que consta de pápulas, vesículas y costras en diferentes fases evolutivas, comenzando en cabeza y descendiendo a tronco y miembros.

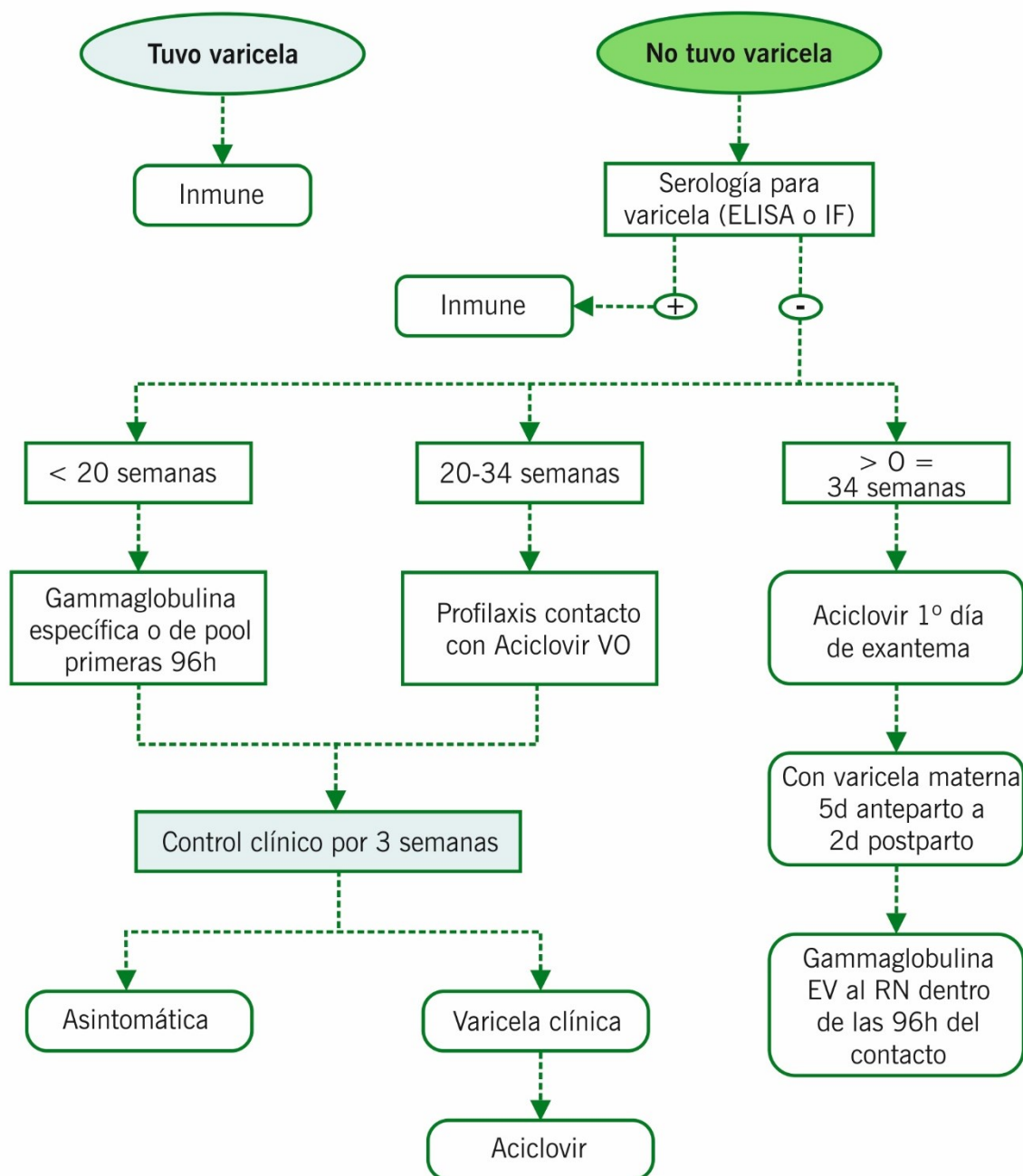
La neumonía es una complicación poco frecuente pero grave. Aparece 3-4 días tras el exantema.

El hecho de que la mayoría de las mujeres la pasaran en su infancia y la introducción de la vacuna convierte actualmente la varicela en una infección poco frecuente.

### DIAGNÓSTICO

MATERNO	FETAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CLÍNICA: DE ELECCIÓN.</li> <li>- MICROBIOLÓGICO: SÓLO SI DUDAS                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o PCR VVZ lesiones cutáneas</li> <li>o Serología VVZ: IgM (+) o IgG x4 en 15 días.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DIAGNÓSTICO MATERNO →PCR VVZ en líquido amniótico                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o OFRECER SIEMPRE SI &lt; 24 SG e INDIVIDUALIZAR SI 24-28 SEMANAS</li> <li>o INFORMAR BAJO VPP (SI +, SÓLO 20-22% DESARROLLAN ANOMALIAS)</li> </ul> </li> <li>- Amniocentesis &gt; 18 sem. Tras 5-6 sem de infección materna, no si lesiones activas y previa viremia materna negativa (Evitar FP)</li> </ul>

## ALGORITMO





## TRATAMIENTO DOMICILIARIO

### TRATAMIENTO MATERNO (1<sup>as</sup> 72 h de clínica, idealmente 24 h):

Gestantes > 20 semanas y/o afectación respiratoria:

Casos no complicados (VO, 7 días):

- ACICLOVIR 800 mg 5 veces al día
- VALACICLOVIR 1 g cada 8 horas.

Neumonía varicelosa o casos complicados (INGRESO con tratamiento IV 5-10 días):

- ACICLOVIR 10-15 mg/kg cada 8 horas.

### INMUNOPROFILAXIS PASIVA (1<sup>os</sup> 10 días tras exposición, idealmente 96 h):

Gestante expuesta, sin clínica y no inmune (VVZ IgG urgente: negativa).

- Opción 1: IGVVZ no disponible en España.
- Ppción 2: Ig polivalente 20 mL vía IM (fraccionada en 4 inyecc de 5 mL) con nueva dosis si nuevo contacto tras 3 semanas desde su administración.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE CONSULTAS

MATERNOS	FETALES (Medicina Fetal)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento tras neumonitis</li> <li>- Hérpes zóster</li> <li>- Neuralgia</li> <li>- Otro en función de factores de riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asimetría de extremidades</li> <li>- Focos hiperecogénicos</li> <li>- Polihidramnios</li> <li>- Hidrocefalia, Microcefalia</li> <li>- Crecimiento intraútero restringido (CIR)</li> <li>- Hidrops</li> <li>- MFIU</li> </ul>

## CRITERIOS DE INGRESO

- Neumonitis varicelosa, dificultad respiratoria.
- Clínica muy sintomática que impida la vida diaria, curso tórpido.
- Seguimiento estrecho fetal si fuera necesario.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Tan MP, Koren G. Chickenpox in pregnancy: revisited. *Reprod Toxicol*. 2006 May;21(4):410-20.
2. Lamont RF, Sobel JD, Carrington D, Mazaki-Tovi S, Kusanovic JP, Vaisbuch E, Romero R. Varicella-zoster virus (chickenpox) infection in pregnancy. *BJOG*. 2011 Sep;118(10):1155-62.
3. Mouly F, Mirlesse V, Méritet JF, Rozenberg F, Poissonier MH, Lebon P, Daffos F. Prenatal diagnosis of fetal varicella-zoster virus infection with polymerase chain reaction of amniotic fluid in 107 cases. *Am J Obstet Gynecol*. 1997 Oct;177(4):894-8.
4. Mirlesse V, SoléY, Jacquemard F, Delhommeau F, Daffos F. Persistent maternal viremia after varicella infection during pregnancy as a possible cause of false positive prenatal diagnosis of fetal infection on amniotic fluid. *BJOG*. 2004 Aug;111(8):885-7.
5. Cohen A, Moschopoulos P, Stiehm RE, Koren G. Congenital varicella syndrome: the evidence for secondary prevention with varicella-zoster immune globulin. *CMAJ*. 2011 Feb 8;183(2):204-8.