



URGENCIAS GINECOLÓGICAS DE LA MUJER ADULTA

Coordinadora: Ana María Calderón Cabrera

URGENCIAS GINECOLÓGICAS DE LA MUJER ADULTA 1

101 – SANGRADO GENITAL ANORMAL	2
102 – DOLOR ABDOMINO-PÉLVICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO	7
103 – INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL INFERIOR	13
104 – INFECCIÓN DEL TRACTO GENITAL SUPERIOR.....	19
105 – URGENCIAS ONCOGINECOLÓGICAS	24
106 – COMPLICACIONES DE LA HISTEROSCOPIA	29
107 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA.....	33
108 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROTÓMICA	39
109 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA VAGINAL	44
110 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA MAMARIA	49
111 – PATOLOGÍA MAMARIA DE URGENCIAS.....	53
112 – ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA	58
113 – ATENCIÓN URGENTE A LA MUJER CON SOSPECHA DE AGRESIÓN SEXUAL	64

Capítulo ACTUALIZADO (15/01/2024) perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS DE GINECOLOGÍA del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

ISBN: 978-84-09-43801-3

Copyright © 2022 Hospital Universitario Virgen del Rocío

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



101 – SANGRADO GENITAL ANORMAL

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

DEFINICIÓN

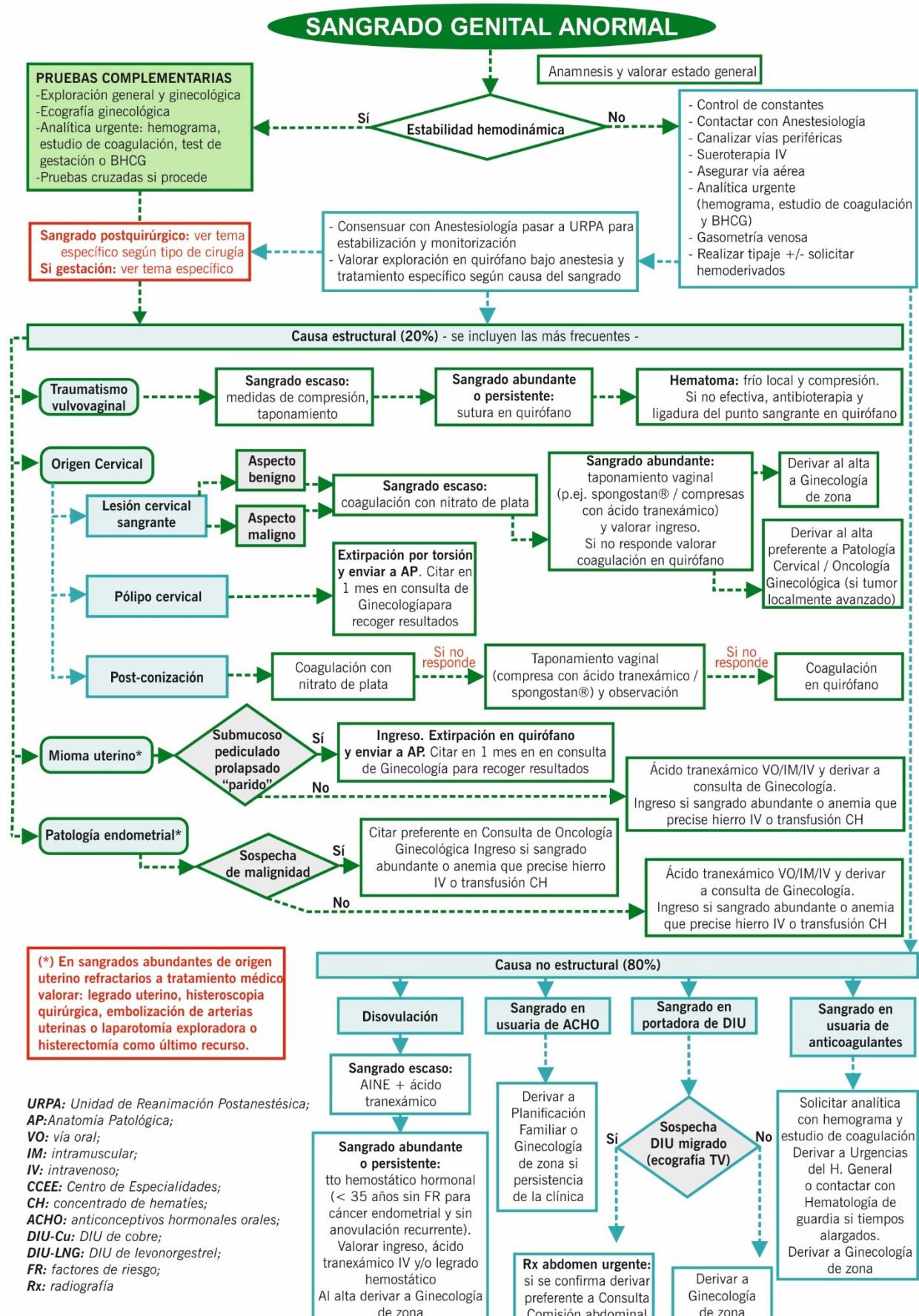
El sangrado genital anormal se erige como una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias ginecológicas: en torno al 14% de las mujeres en grupos de edades comprendidas entre la menarquia y la menopausia. Esta situación presenta un amplio abanico de etiologías, con una severidad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

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS	EXPLORACIÓN FÍSICA	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Patología más probable por edad	Toma de constantes: TA, FC, SatO2, temperatura.	Test de gestación / BhCG: si amenorrea o posibilidad de gestación
Antecedentes familiares: patología oncoginecológica, endometriosis, miomas.	Inspección: signos de anemia	Ecografía ginecológica (transvaginal/transrectal/abdominal): valorar morfología, tamaño y existencia de patología a nivel uterino (cervix, endometrio, miometrio) y anejos.
Antecedentes personales: iatrogenia (fármacos); enfermedades sistémicas (coagulopatías, hepato / nefropatías...)	Exploración adomino-pélvica Exploración ginecológica: <ul style="list-style-type: none"> - Exploración de genitales externos. Descartar lesiones vulvares. - Especuloscopia: cuantificar cantidad de sangrado y valorar origen del mismo. Valorar vagina y cérvix. - Tacto bimanual: valorar la presencia de dolor a la movilización uterina 	
Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia, FUR, FM, FO, método anticonceptivo, antecedente de enfermedades ginecológicas...		
Caracterización del sangrado: volumen [número de compresas o tampones empleados (abundante: 1 tampón cada 3 horas)] y duración.		Hemograma, estudio de coagulación y pruebas cruzadas (si procede). Especialmente importante estudio de coagulación en pacientes anticoaguladas.
Sintomatología concomitante: dolor abdominal (localización, irradiación), fiebre (EPI), sintomatología neoplásica (astenia, pérdida de peso), sangrado extragenital (coagulopatía), cuadro sincopal.	Tacto rectal: si sospechamos origen digestivo, para valoración de patología oncológica o si queremos valorar afectación del tabique recto-vaginal en caso de endometriosis.	

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

ALGORITMO





TRATAMIENTO DOMICILIARIO

TRATAMIENTO MÉDICO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL

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

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

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

CRITERIOS DE INGRESO

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



CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

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

ACHO: anticonceptivos combinados hormonales orales; DIU: dispositivo intrauterino



BIBLIOGRAFÍA

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



102 – DOLOR ABDOMINO-PÉLVICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO

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

DEFINICIÓN

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

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS	EXPLORACIÓN FÍSICA	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Patología más probable por edad	Toma de constantes: TA, FC, SatO ₂ , temperatura.	Test de gestación / βhCG
Antecedentes familiares y personales: patología oncoginecológica	Exploración general (abdominal, mamaria, ...)	Hemograma, estudio de coagulación y bioquímica (perfil hepato-renal, PCR, procalcitonina, MT)
Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia, FUR, FM, FO, método anticonceptivo...	Exploración abdominal: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Inspección:</i> superficie cutánea, volumen abdominal, peristaltismo... - <i>Palpación y percusión:</i> timpanismo, matidez, puntos dolorosos... - <i>Auscultación:</i> borborígmox, silencio... 	Elemental de orina: valorar leucocituria, hematuria, cetonuria, glucosuria, etc.
Caracterización del dolor: localización, irradiación, modo de inicio, modificación postural...	Exploración ginecológica: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Especuloscopía:</i> valorar morfología e integridad de genitales externos y cérvix, presencia de sangrado, características (olor, color, viscosidad) del flujo. - <i>Maniobra de movilización cervical.</i> - <i>Palpación bimanual uterina y anexial</i> 	Ecografía ginecológica (<i>transvaginal/transrectal/abdominal</i>): valorar tamaño y forma uterina, endometrio y anejos. Otras pruebas de imagen: ecografía abdominal, TAC, RM
Sintomatología concomitante: metrorragia, disuria, vómitos, disnea..	Tacto rectal: si sospechamos origen digestivo, para valoración de patología oncológica o para valorar afectación del tabique recto-vaginal en endometriosis.	Laparoscopia: casos seleccionados

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



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
Dismenorrea y dolor periovulatorio	
<p>Dismenorrea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Primaria</i> (sin anomalía pélvica responsable): dolor espasmódico en hipogastrio, que puede irradiarse a región lumbar +/- náuseas, vómitos, diarrea, mareo y cefalea. Desde unas horas antes de la menstruación, suele prolongarse 24-48 horas. - <i>Secundaria</i> (endometriosis, etc.): dolor más continuo, persistente y sordo y va en aumento durante el periodo menstrual. <p>Dolor periovulatorio: intermenstrual unilateral durante el día previo y posterior a la ovulación.</p>	<p>No suele encontrarse alteración ecográfica ni en las pruebas de laboratorio en ausencia de patología asociada.</p> <p>Ecografía ginecológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Dismenorrea:</i> endometrio secretor o menstrual - <i>Dolor periovulatorio:</i> endometrio triple línea junto con posible folículo periovulatorio y mínima cantidad de líquido libre en Douglas.
Endometriosis	
<p>Dolor abdominal tipo dismenorrea, dispareunia, asociado a infertilidad.</p> <p>La focalidad del dolor depende de la localización del foco endometriótico: dolor habitualmente en cuadrantes inferiores, engrosamiento de ligamentos utero-sacros, dolor a la movilización uterina, afectación del tabique recto-vaginal.</p>	<p>Analítica: en urgencias las pruebas de laboratorio no presentan rentabilidad diagnóstica, salvo que sospechemos una sobreinfección de quiste endometriótico donde ganan importancia hemograma y PCR.</p> <p>Ecografía ginecológica: útil para localizar endometriomas ováricos, valorar movilidad uterina, síndrome adherencial y dilatación uretral. También pueden identificarse nódulos endometrióticos.</p>
Torsión anexial (ovario y/o trompa de Falopio)	
<p>Dolor abdominal en cuadrantes inferiores de inicio súbito +/- masa abdominal palpable +/- peritonismo. Puede acompañarse de náuseas, vómitos y fiebre. Puede cursar como pseudotorsión con dolor intermitente durante días/semanas.</p> <p>Factores de riesgo: masa ovárica (90%, sobre todo en quistes móviles > 5 cm), edad fértil, antecedente de quiste ovárico, síndrome de ovario poliquístico, torsión ovárica previa, etc.</p>	<p>Analítica: puede objetivarse leucocitosis. Solicitar hemograma, bioquímica, test de gestación y MT si tumoración anexial de moderado-alto riesgo de malignidad</p> <p>Ecografía ginecológica + Doppler color: ovario aumentado de tamaño, folículos en “collar de perlas”, congestión del estroma ovárico, “signo del torbellino” por rotación del pedículo vascular, ausencia de flujo venoso (su presencia no descarta el diagnóstico).</p> <p>Diagnóstico definitivo: quirúrgico</p>



Rotura de quiste anexial o folículo hemorrágico

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

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

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

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

TAC (abdomen-pelvis): en casos dudosos.

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

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

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

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

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

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

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

Exploración ginecológica: flujo maloliente, movilización cervical dolorosa.

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

Ecografía ginecológica: desde inespecífica hasta hidro/píosálpinx o abceso tubo-ovárico.

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

Microbiológico:

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

Histológico: biopsia endometrial (opcional).

Laparoscopia: en casos seleccionados.

Mioma uterino

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

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

Exploración física: Útero aumentado de tamaño en palpación bimanual.

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

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



TRATAMIENTO DOMICILIARIO

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

EIP: Ceftriaxona 250 mg IM en Urgencias (dosis única) + Doxiciclina 100 mg/12 horas VO 14 días (+ Metronidazol 500 mg / 8 horas VO 14 días, si instrumentación ginecológica en 2-3 semanas previas o sospecha infección por *Trichomonas vaginalis*).

* Ver tema de infecciones del tracto genital superior.

Dismenorrea: plantear levedol® 1 comprimido/12 horas VO la semana previa a la menstruación o durante 3 meses. Para tratamiento con anovulatorios debe derivarse a Ginecología de zona.

Salvo la EIP, el resto de entidades no requiere de un tratamiento específico en domicilio. Únicamente es necesario el tratamiento con analgesia oral (AINEs salvo patología que lo contraindique).

CRITERIOS DE INGRESO

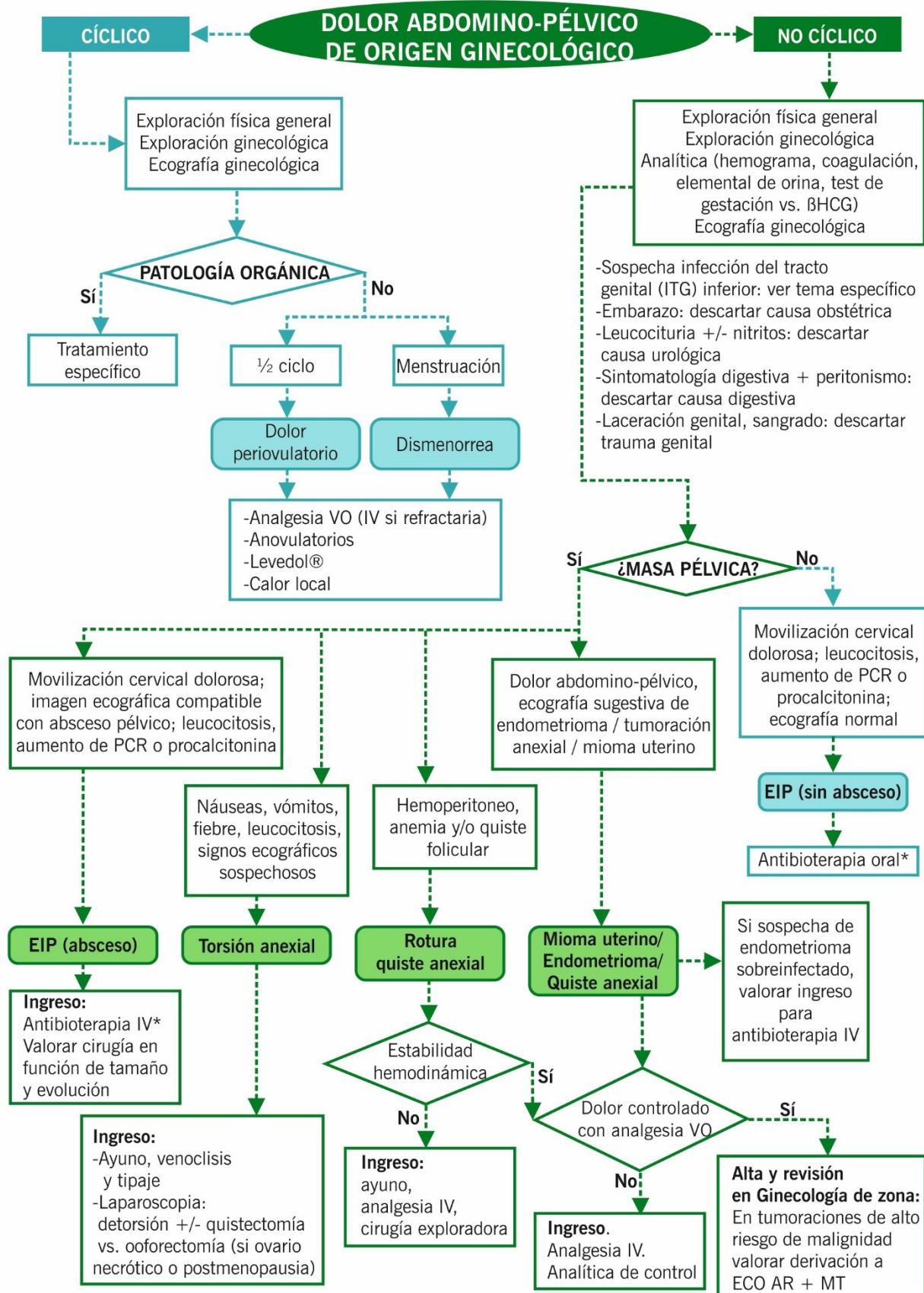
CRITERIOS DE INGRESO

Comunes	- Inestabilidad hemodinámica o dolor abdominal refractario a analgesia oral.
Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Rotura de quiste anexial o folículo hemorrágico</i>: fiebre o repercusión hemodinámica (hemoperitoneo moderado-severo, anemización brusca o progresiva o paciente muy sintomática). - <i>Torsión anexial</i>: tratamiento quirúrgico. - <i>EIP</i>: falta de respuesta, tolerancia o adherencia al tratamiento oral; enfermedad grave (fiebre > 38º, náuseas, vómitos, dolor abdominal grave); absceso tubo-ovárico con/sin necesidad de cirugía; gestantes

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA

Patología anexial	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Torsión anexial intervenida</i>: Ginecología de zona (control postquirúrgico en 1 mes). - <i>Rotura de quiste anexial o folículo hemorrágico intervenido</i>: Ginecología de zona (control postquirúrgico en 1 mes). - <i>Sospecha de EIP</i>: Ginecología de zona para control tras antibioterapia en 2 semanas. - <i>Formación anexial</i>: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Sospecha de benignidad</i>: Ginecología de zona. ○ <i>Sospecha de malignidad</i>: Ecografía de Alta Resolución de forma preferente (previa extracción en Urgencias de marcadores tumorales).
Endometriosis o mioma uterino	Ginecología de zona. Si endometrioma o mioma de gran tamaño, sintomatología grave o características sugestivas de malignidad, derivar de forma preferente.
Dismenorrea o dolor periovulatorio	Dismenorrea grave habitual (posible asociación a endometriosis): Ginecología de zona.

ALGORITMO DE MANEJO





BIBLIOGRAFÍA

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



103 – INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

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

DEFINICIÓN

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

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
1. VULVOVAGINITIS		
<i>Vaginosis bacteriana</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de secreción vaginal acuosa y maloliente (olor a pescado). - Ausencia de inflamación 	<ul style="list-style-type: none"> - Leucorrea blanquecino-grisácea adherida a paredes vaginales - Olor a aminas
<i>Vulvovaginitis candidásica</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prurito intenso e irritación vulvovaginal acompañado de secreción vaginal blanca y espesa - Disuria y/o dispareunia 	<ul style="list-style-type: none"> - Enrojecimiento e inflamación vulvovaginal - Leucorrea blanquecina grumosa (aspecto de yogur) no maloliente, lesiones de rascado.
<i>Trichomoniasis</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prurito vaginal y leucorrea espumosa maloliente - Disuria y escozor vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> - Leucorrea espumosa - Eritema vaginal o cervical - “Cervix en fresa” (punteado hemorrágico en cérvix)
2. CERVICITIS (*)		
(C. Trachomatis, N. gonorrhoeae y Mycoplasma genitalium)	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor en hipogastrio - Secreción vaginal abundante - Coitorragia y coitalgia 	<ul style="list-style-type: none"> - Secreción mucopurulenta por cervix - Friabilidad cervical - Movilización cervical dolorosa. - Si duda sobre afectación de tracto genital superior: Hemograma + PCR para descartar EPI. - Se recomienda realizar cultivo



3. ÚLCERAS Y LESIONES VULVARES

<i>Herpes genital (VHS 1 y 2)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones vulvares dolorosas múltiples - Inflamación genital - Disuria intensa 	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones múltiples en distintos estadios con la siguiente evolución: vesícula - úlcera- costra- curación
<i>Condilomas acuminados (VPH 6 y 11)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Los síntomas van a depender de la localización, el número y el tamaño de las lesiones. En muchas ocasiones asintomáticos. - Lesiones de pequeño tamaño compatibles - Prurito e hipersensibilidad de zona vulvar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones milimétricas , aisladas o en placas, de base amplia o pediculadas con una superficie especulada (aspecto de coliflor)
<i>Chancroide o chancro blando (Haemophilus ducreyi)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones típicas 3-7 días tras relación sexual - Pápula-pústula-úlcera dolorosa con base granulomatosa blanca + - Adenopatía inguinal 	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones compatibles + Epidemiología - Lo ideal sería confirmar con cultivo.
<i>Chancro sifilítico (Treponema pallidum)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Período incubación 3-4 semanas. - Úlcera única, indurada, no exudativa ni dolorosa + adenopatía inguinal 	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemiología + clínica compatible - Solicitar pruebas directas e indirectas (serología)

VHS: virus herpes simple; VPH: virus papiloma humano

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

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

VAGINOSIS BACTERIANA	<ul style="list-style-type: none"> - Cloruro de decualinio óvulo intravaginal 10 mg/24 horas, 6 días. - Metronidazol vía oral 500 mg/12 horas, 7 días*. - Clindamicina 2% crema vaginal/24 horas, 7 días. - Clindamicina comprimido vía oral 300 mg/12 horas, 7 días. - Clindamicina óvulo intravaginal 100 mg/24 horas, 3 días.
---------------------------------	---



VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA	<p>TÓPICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clotrimazol comprimido intravaginal 500 mg/24 h dosis única. - Clotrimazol comprimido intravaginal 100 mg/12-24 horas, 3-7 días (de elección en embarazo) - Fenticonazol óvulo intravaginal 200 mg/24 horas, 3 días. - Fenticonazol óvulo intravaginal 600 mg/24 horas, dosis única. - Ketoconazol 400 mg ovulo vaginal / 24 horas 3-5 días - Sertaconazol 500 mg ovulo vaginal dosis unica - Cloruro de decualinio óvulo intravaginal 10 mg/24 horas, 6 días. <p>SISTÉMICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluconazol 150 mg / 24 horas dosis única - Itraconazol 200 mg / 24 horas 3 dias. <p>SI RECIDIVANTE (Triple tratamiento):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Itraconazol 200 mg / dia 10 dias via oral - Clotrimazol 500 mg comprimido vaginal / semana 2 semanas - Clotrimazol 2% crema vaginal 1 aplicación / día 2 semanas
TRICOMONIASIS	<ul style="list-style-type: none"> - Metronidazol vía oral 2 g, dosis única - Metronidazol vía oral 500 mg/12 horas, 7 días.
REALIZAR EL MISMO TRATAMIENTO SI PAREJA SEXUAL	
CERVICITIS	<ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona 250 mg im dosis única + Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 14 dias + Metronidazol 500 mg cada 8 horas durante 14 dias <p>Alergia a Betalactámicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas vía oral 14 días + Metronidazol 500 mg cada 8 horas durante 14 días + Azitromicina 1 gr vía oral dosis única
BARTOLINITIS AGUDA O ABSCESO	<p>Antibioterapia vía oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefadroxilo 1 g/12 horas, 7-10 días. - Amoxicilina/Clavulánico 1 g/8 horas, 7-10 días.
GLANDULA DE BARTHOLINO	<p>Si fluctuación: Marsupialización / Drenaje percutáneo con colocación de cánula de Word 2-4 semanas.</p>
HERPES GENITAL	<p>PRIMOINFECCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aciclovir 400 mg cada 8 horas durante 10 días vía oral - Famciclovir 250 mg cada 8 horas durante 7 - 10 días vía oral - Valaciclovir 1000 mg cada 12 horas durante 10 días vía oral <p>RECIDIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aciclovir 400 mg cada 8 horas durante 5 dias via oral - Famciclovir 1000 mg cada 12 horas 1 día vía oral - Valaciclovir 500 mg cada 12 horas durante 3 días vía oral
CONDILOMAS ACUMINADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Podofilotoxina crema 1,5 mg/ gr 1 aplicación cada 12 horas durante 3 días consecutivos y 4 días de descanso (máximo 4 ciclos) - Imiquimod 5% crema 3 veces en semana días no consecutivos (máximo 16 semanas) - Sinecatequinas (extracto de las hojas del té verde) al 10% 3 veces al día (un máximo de 16 semanas)
CHANCROIDE	<ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona 250 mg IM dosis única o Azitromicina 1 gr vo dosis única
CHANCRITO SIFILITICO	<ul style="list-style-type: none"> - Penicilina G benzatina 2,4 millones UI via IM dosis única



CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

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

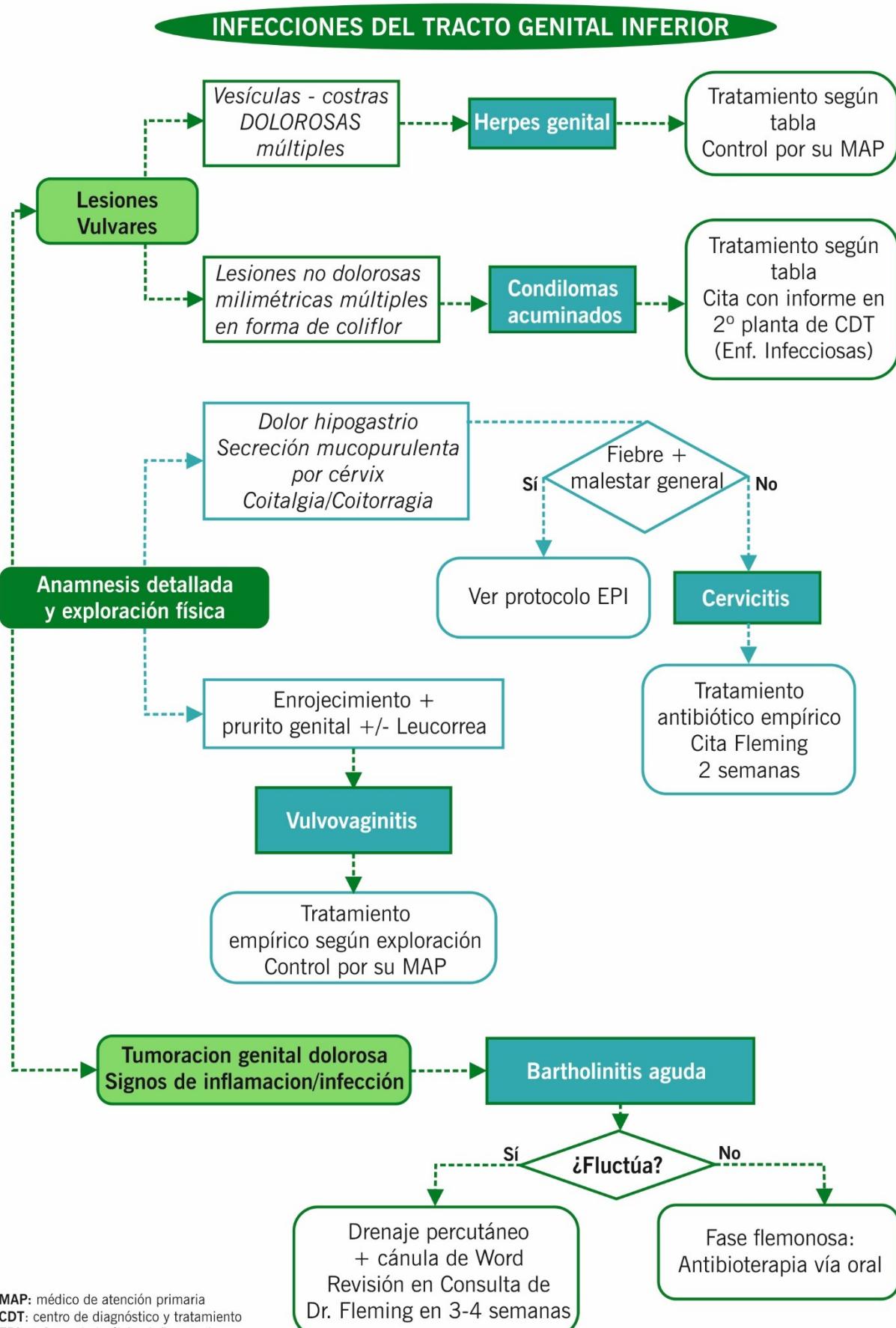
CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

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

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



ALGORITMO DE MANEJO EN URGENCIAS





BIBLIOGRAFÍA

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



104 – INFECCIÓN DEL TRACTO GENITAL SUPERIOR

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

DEFINICIÓN

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

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA	DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Todos los criterios mayores y uno o más menores		VALORACIÓN ECOGRÁFICA	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
	Criterios mayores:	Criterios menores:		
Síntomas: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor en hipogastrio - Flujo vaginal anormal - Sangrado vaginal anormal - Dispareuria - Sintomas urinarios 	Criterios mayores: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor pélvico, sordo, progresivo, bilateral - Dolor anexial en la exploración - Dolor a la movilización cervical en la exploración. - Historia de actividad sexual en los últimos meses 	Criterios menores: <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura > de 38°C - Leucocitosis > 10.500 - VSG elevada - Proteína C reactiva elevada - Exudado anormal (leucorrea cervico-vaginal purulenta y/o exudado en fresco con PMN) - Infección cervical documentada por N. gonorrhoeae y/o C. trachomatis. 	Endometritis: <ul style="list-style-type: none"> - Hiperecogenicidad endometrial, líquido intracavitario Salpingitis: <ul style="list-style-type: none"> - Trompa inflamada y edematosa (es posible ver la tropa por ecografía). Piosálpinx: <ul style="list-style-type: none"> - Imagen quística elongada. Hipo-anecoica con tabiques incompletos. Salpingo-oforitis: <ul style="list-style-type: none"> - Masa anexial compleja de paredes gruesas, contornos internos irregulares, con líquido heterogéneo, con un número variable de septos Peritonitis: <ul style="list-style-type: none"> - Líquido libre en cavidad abdomino-pélvica (de mayor densidad cuando el absceso se rompe a cavidad), engrosamiento y realce de peritoneo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Laparoscopia que confirme el diagnóstico. - Aislamiento en muestra peritoneal de N. gonorrhoeae, C. trachomatis o flora polimicrobiana. - Endometritis en biopsia endometrial.
Signos: <ul style="list-style-type: none"> - Tª > de 38 °C - Leucocitosis > 10.500 - VSG elevada - Proteína C reactiva elevada 				



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

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

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

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

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

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

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

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



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

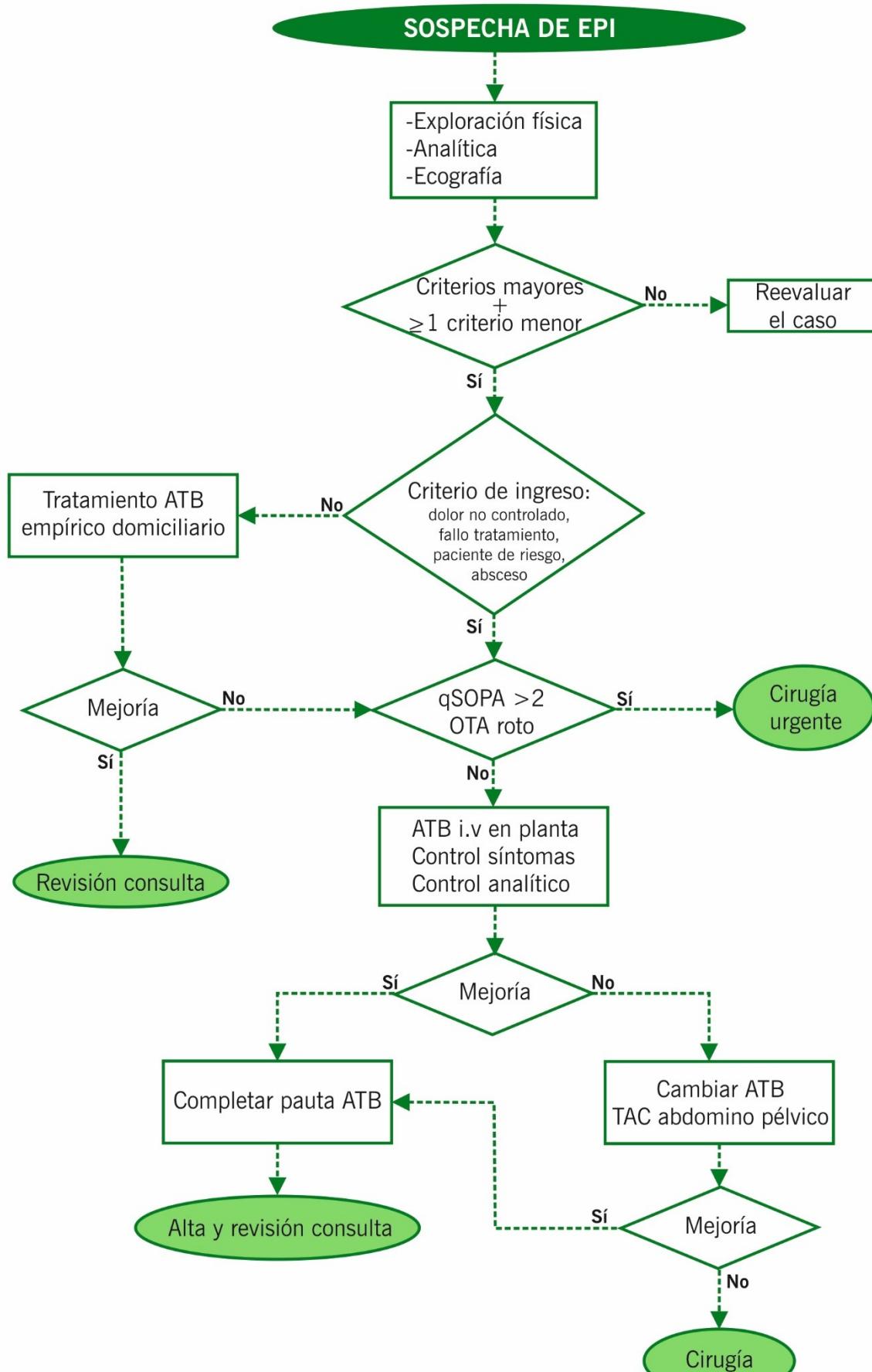
*La duración del tratamiento en estos casos no se encuentra bien establecida siendo como mínimo de 14 días. Dependerá de la evolución clínica, la presencia de abscesos y drenaje del mismo. Continuar tratamiento oral en función de aislamientos vía oral dependerá de la sensibilidad de los agentes microbiológicos.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

Si no se produce una evolución favorable, valorar los factores de riesgos. Repetir ecografía y completar con otras técnicas de imagen como TAC abdomino-pélvico si es preciso, evaluando tamaño y crecimiento del absceso desde el ingreso. En función del caso, escalar antibioterapia y/o valorar tratamiento quirúrgico.

* Nota: Abscesos de más de 8 cm de tamaño presentan peor respuesta al tratamiento antibiótico intravenoso, siendo más probable la necesidad de tratamiento quirúrgico.



ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

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



105 – URGENCIAS ONCOGINECOLÓGICAS

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

DEFINICIÓN

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

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
HEMORRAGIA GENITAL	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Exploración física* - Exploración abdominal y ginecológica** (determinará origen del sangrado) <ul style="list-style-type: none"> - Ecografía (transvaginal +/- abdominal): Valorar grosor endometrial si se sospecha patología endometrial. - Biopsia de lesiones sospechosas: vulvar, cervical, aspirado endometrial con envío PREFERENTE (no en todos los casos) - Analítica (según la severidad del sangrado) - Tipaje (según la severidad del sangrado)
DOLOR EN RELACIÓN A MASA PÉLVICA	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Exploración física - Exploración abdominal y ginecológica <ul style="list-style-type: none"> - Ecografía (transvaginal +/- abdominal) - TAC tórax, abdomen y pelvis (en caso de ingreso; se solicitará de forma urgente en caso de sospecha de complicación secundaria – obstrucción intestinal, obstrucción ureteral...–) - Analítica (en caso de dolor agudo, ya que nos ayudará a descartar torsión ovárica, sobreinfección...) + MT***
ASCITIS	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Exploración física - Exploración abdominal (signo de la oleada ascítica) y ginecológica - Ecografía transvaginal + abdominal - Analítica: debe incluir proteínas totales
LESIÓN VULVAR	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Exploración física - Exploración ginecológica - +/- Biopsia de lesiones sospechosas

*Valorar repercusión clínica: TA, frecuencia cardíaca, temperatura, coloración, nivel de conciencia...

**Incluye: inspección de genitales externos, especuloscopia y tacto bimanual.

***MT: Marcadores Tumorales: Ca 125; Ca 19.9; HE4; INDICE ROMA



TRATAMIENTO DOMICILIARIO

CLÍNICA	TRATAMIENTO DOMICILIARIO
HEMORRAGIA GENITAL	<ul style="list-style-type: none"> - Antifibrinolíticos: ácido tranexámico 1g/8 horas vo - Valorar sulfato ferroso vía oral
DOLOR EN RELACIÓN A MASA PÉLVICA	<ul style="list-style-type: none"> - Analgesia vía oral: AINES
ASCITIS LEVE	<ul style="list-style-type: none"> - Analgesia vía oral si dolor: AINES
LESIÓN VULVAR +/- prurito vulvar	<ul style="list-style-type: none"> - Analgesia vía oral si dolor: AINES

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA DE ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA

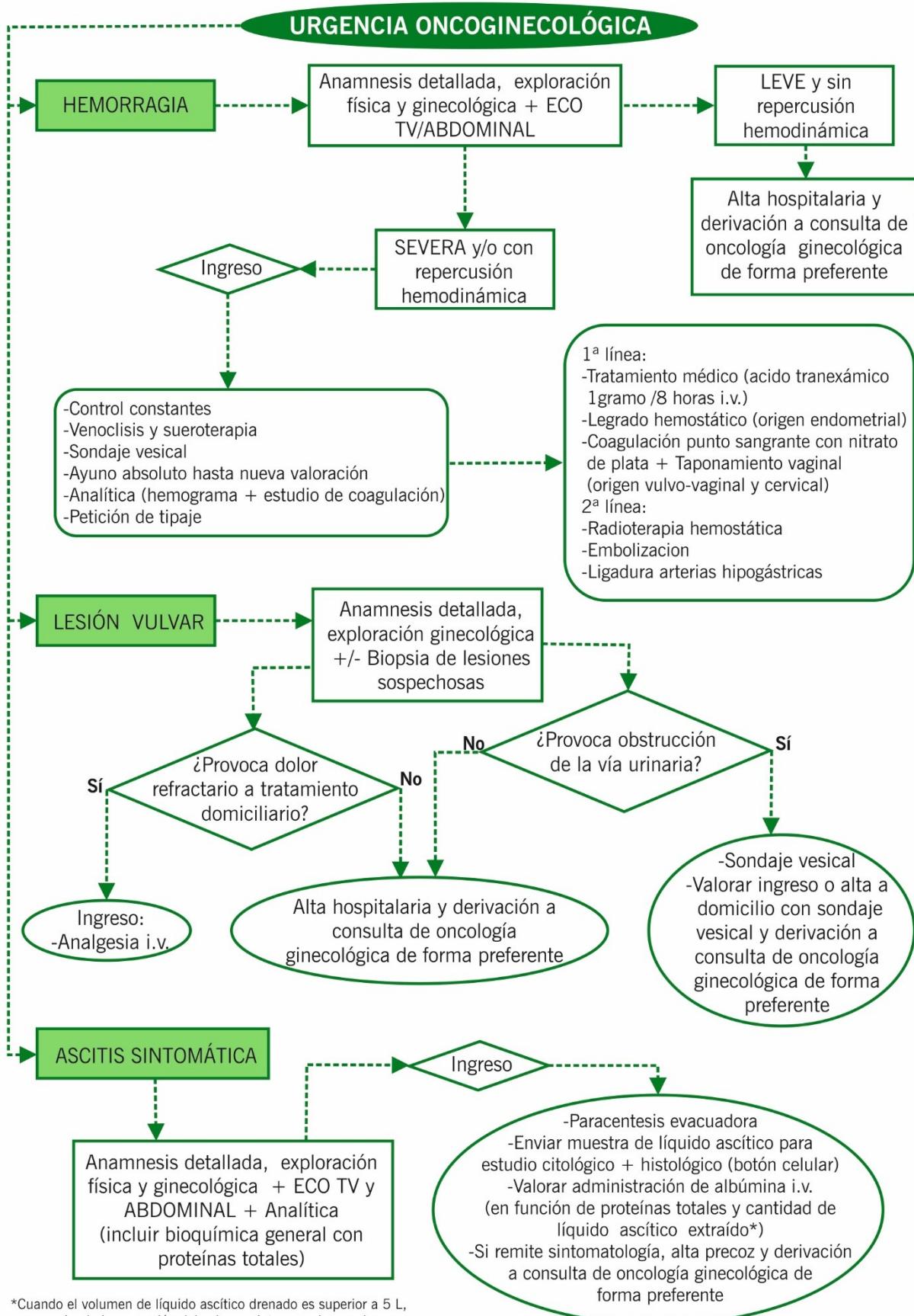
- Sospecha ecográfica de neoplasia endometrial
- Lesión cervical/vaginal/vulvar sospechosa de malignidad
- Masa pélvica con criterios ecográficos de malignidad (valorar derivación conjunta a consulta de ecografía de masas anexiales)

CRITERIOS DE INGRESO

CLÍNICA	CRITERIOS DE INGRESO
HEMORRAGIA GENITAL	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia severa - Anemia en rango transfusional
DOLOR EN RELACIÓN A MASA PÉLVICA	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor refractario a analgesia vía oral - Alteración analítica que sugiera complicación - Mal estado general - Distensión abdominal - Dificultad respiratoria - Náuseas y vómitos - Diarrea o estreñimiento - Oligo/anuria - Rígidez abdominal/Blumberg positivo - Fiebre
ASCITIS SINTOMÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> - Ascitis a tensión - Dificultad respiratoria
LESIÓN VULVAR +/- prurito vulvar	<ul style="list-style-type: none"> - Obstrucción vía urinaria - Dolor refractario a analgesia vía oral

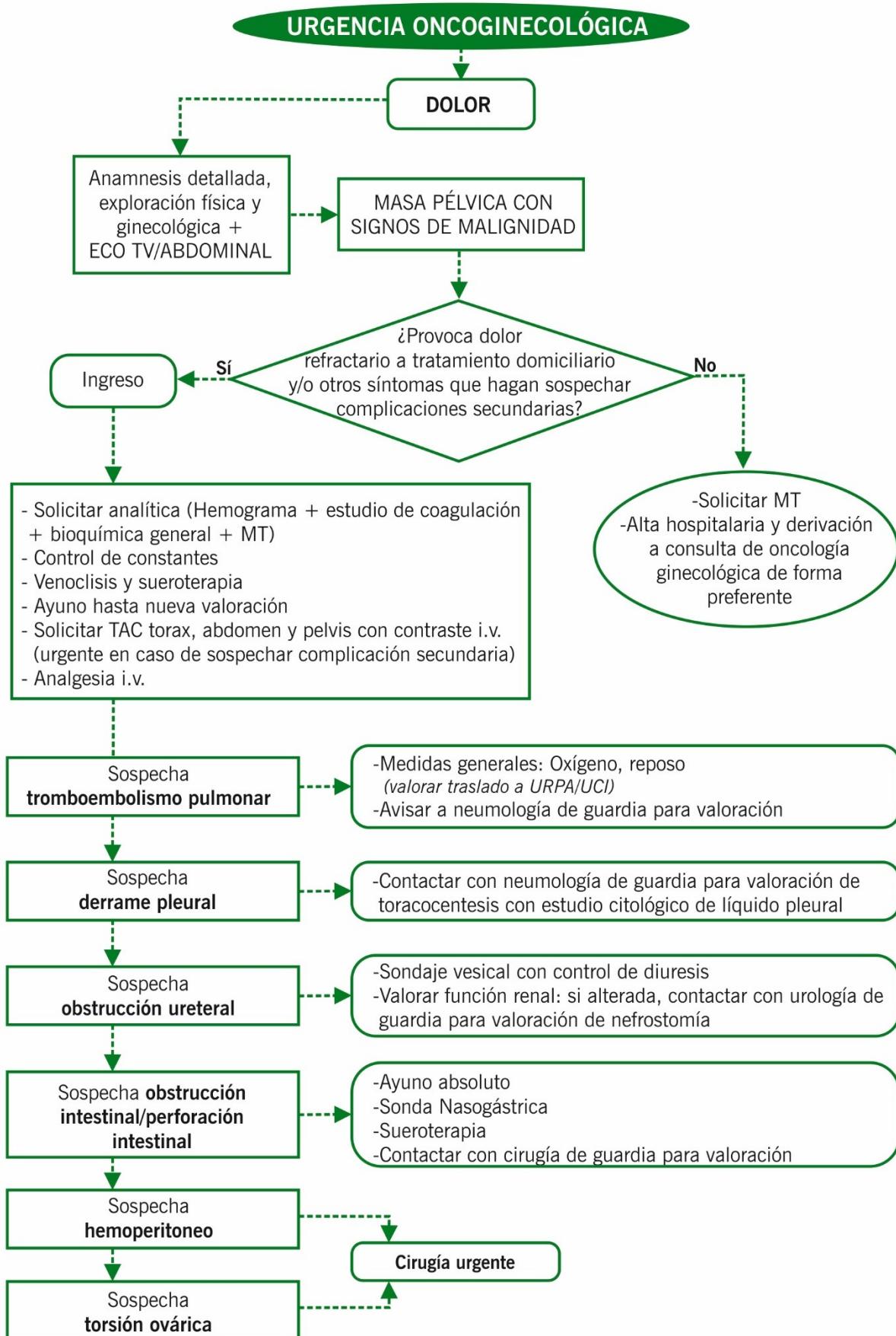


ALGORITMO DE MANEJO (I)





ALGORITMO DE MANEJO (II)





BIBLIOGRAFÍA

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



106 – COMPLICACIONES DE LA HISTEROSCOPIA

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

DEFINICIÓN

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

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

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

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



TRATAMIENTO DOMICILIARIO

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

CRITERIOS DE INGRESO

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

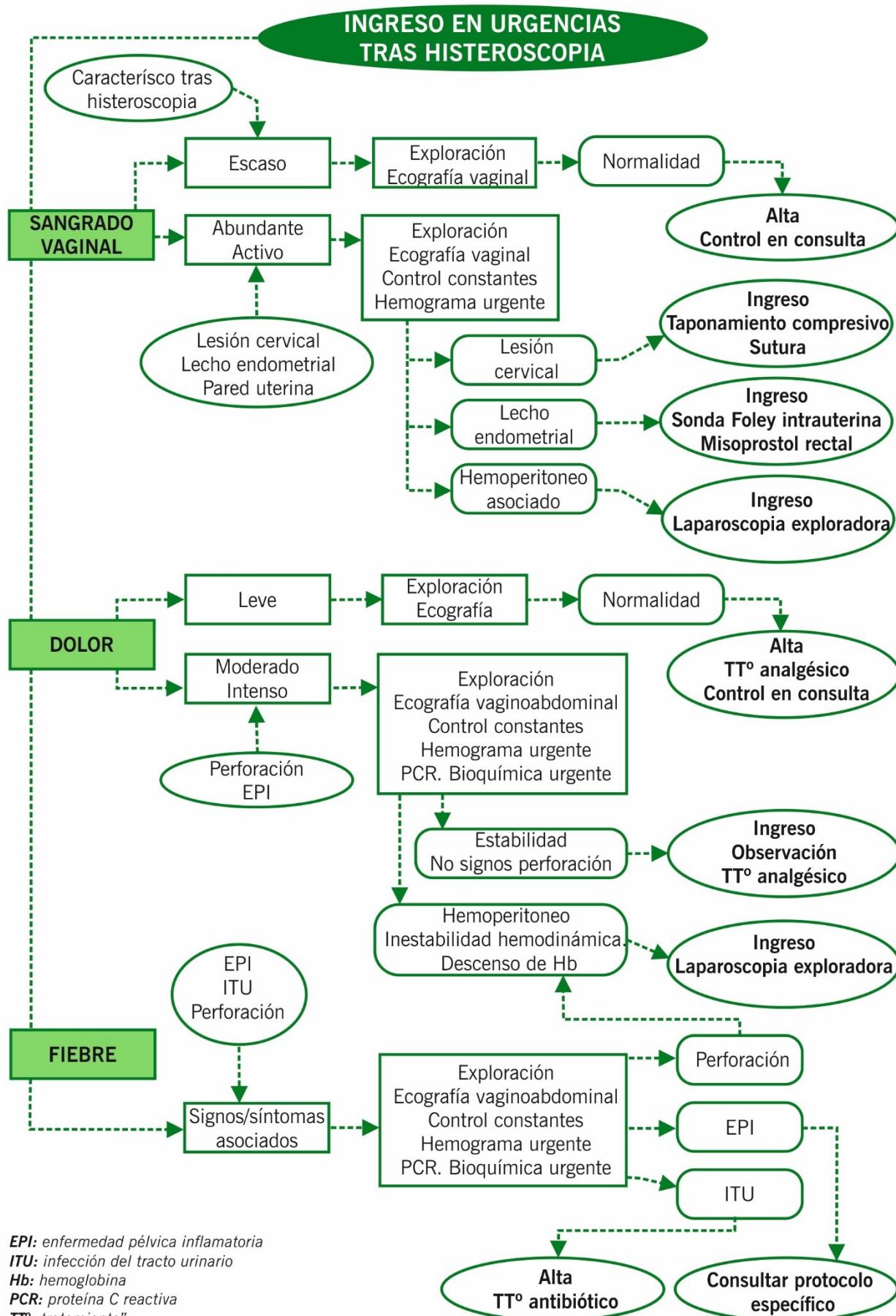
CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA

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

CPE: Centro de Especialidades Periféricas



ALGORITMO



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



BIBLIOGRAFÍA

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



107 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA

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

DEFINICIÓN

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

DIAGNÓSTICO

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

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



COMPLICACIONES DIGESTIVAS

ÍLEO PARALÍTICO	Náuseas y/o vómitos Dolor abdominal difuso Distensión abdominal Ausencia de ruido intestinal Ausencia de deposiciones o gases	Analítica general Rx simple de abdomen en bipedestación Duda: TC
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	Dolor abdominal Distensión abdominal Náuseas y/o vómitos Ausencia de emisión de heces y/o gases Ruidos peristálticos de lucha	Analítica general (LDH) Rx simple de abdomen en bipedestación Ecografía abdominal TC abdomino-pélvico
LESIÓN DE VÍSCERA HUECA (PERITONITIS)	Fiebre Dolor abdominal Náuseas y/o vómitos Distensión abdominal Mal estado general	Analítica general (PCR) Hemocultivo TC abdomino-pélvico

COMPLICACIONES URINARIAS

LESIÓN VESICAL	Dolor abdominal Hematuria Oligoanuria Fiebre Pérdida de orina por vagina	Analítica general (función renal) Ecografía TV/abdominal CistoTC
LESIÓN URETERAL	Dolor en flanco Distensión abdominal Oligoanuria Pérdida de orina por vagina o por herida quirúrgica	Analítica general (función renal) Ecografía TV/abdominal Bioquímica de líquido TC abdomino-pélvico UroTC

COMPLICACIONES DE LA PARED

HEMATOMA DE PARED ABDOMINAL O HERIDA QUIRÚRGICA	Dolor de la herida quirúrgica Sangrado de la incisión	Hemograma Ecografía de pared y/o TC abdominal
INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA	Fiebre Dolor en la herida quirúrgica Secreción purulenta	Hemograma Cultivo de la herida Ecografía y/o TC abdominal
HERNIAS INCISIONALES	Salida de material serohemático Protuberancia en la incisión que ↑ con Valsalva	Ecografía y/o TC abdominal

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

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA

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



CRITERIOS DE INGRESO

CRITERIOS DE INGRESO

HEMORRAGIA GENITAL

- Sangrado activo /severo con repercusión hemodinámica
- Dehiscencia de cúpula vaginal que precisa sutura

DOLOR / FIEBRE

- Dolor refractario a analgesia vo/im en urgencias
- Alteración analítica que sugiera complicación
- Mal estado general
- Distensión abdominal / taquicardia / taquipnea / disnea / oligo / anuria
- Signos de irritación peritoneal a la exploración
- Colección que requiera drenaje y/o tto ATB iv

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

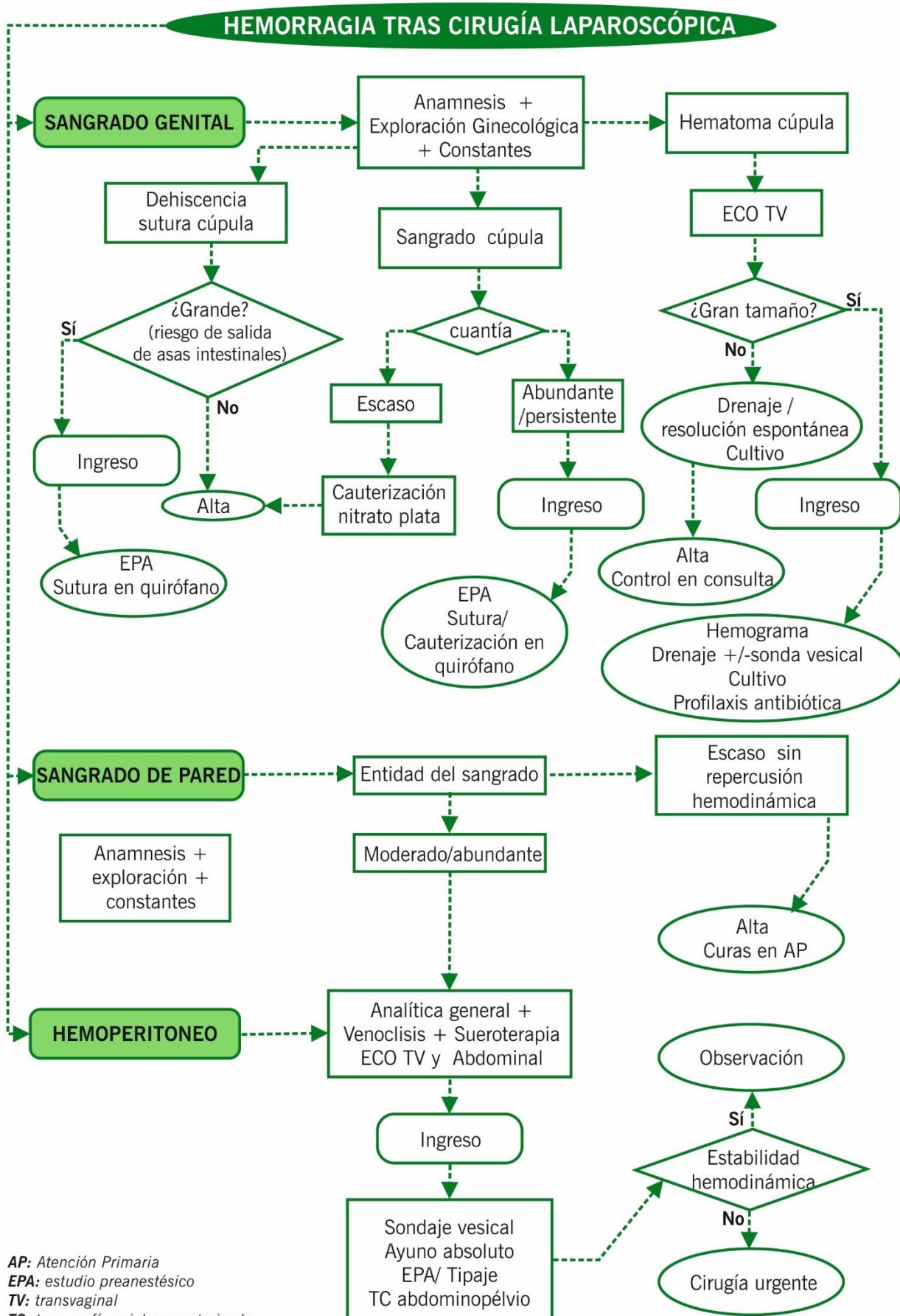
INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

- ATB amplio espectro (amoxicilina 875mg/clavulánico 125mg oral /8h, 7-10 días), pendiente de cultivo.
Alternativa clindamicina 600-900mg/6-8h vo

ITU

- Ver capítulo ITU (E. Infecciosas)

ALGORITMO DE MANEJO (I)



AP: Atención Primaria

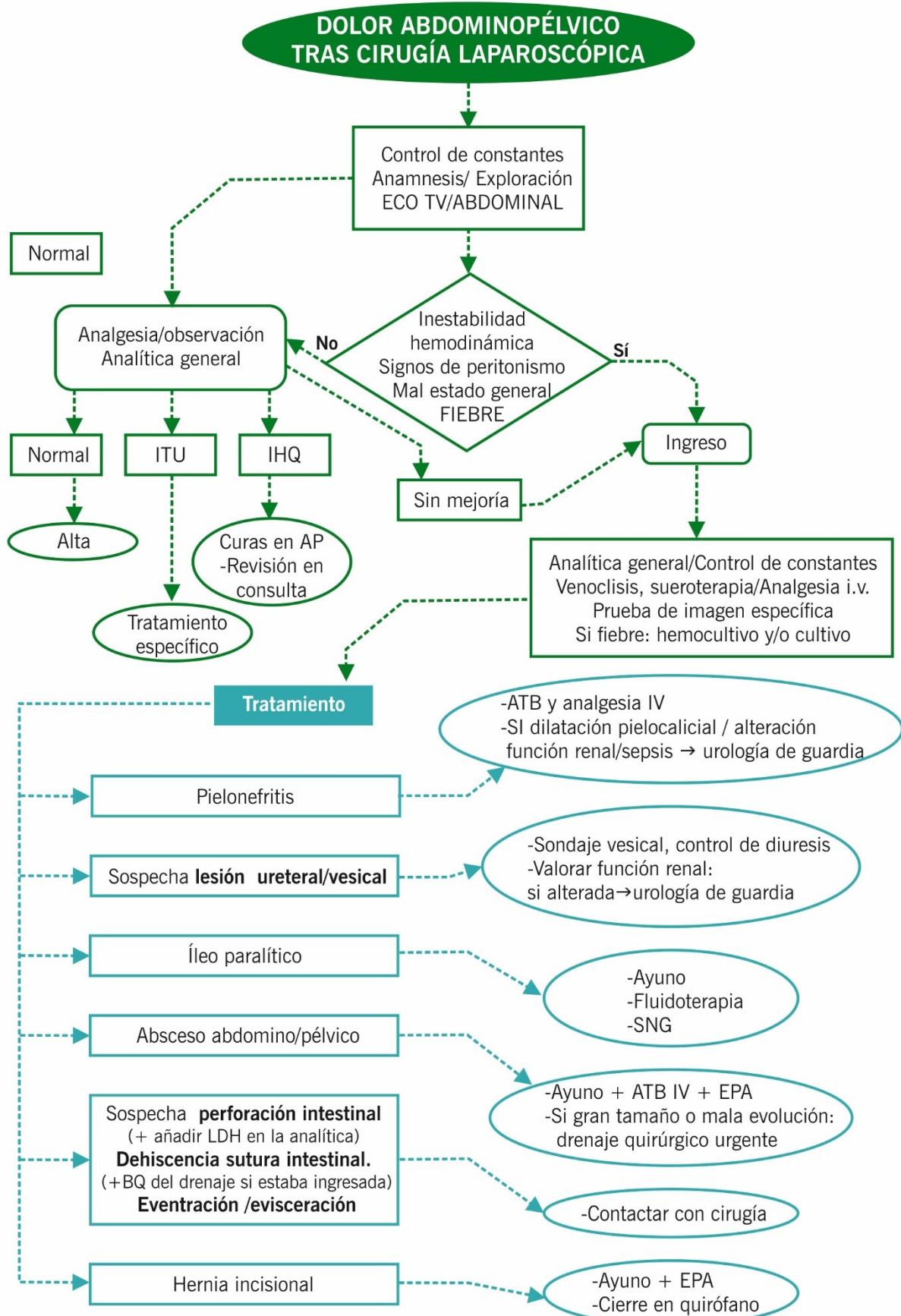
EPA: estudio preanestésico

EPA: estudio pélvico

IV: transvaginal



ALGORITMO DE MANEJO (II)



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



BIBLIOGRAFÍA

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



108 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROTÓMICA

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

DEFINICIÓN

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

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

TIPO DE COMPLICACIÓN	SÍNTOMAS	SIGLOS	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
INFECCIÓN <u>De herida quirúrgica</u> <u>Abscesos:</u> de pared abdominal, pélvicos o de cúpula vaginal <u>ITU</u>	- Dolor cicatricial - Dolor abdominal - Dolor lumbar con irradiación ureteral - Disuria / polaquiuria	- Fiebre - Calor y eritema de cicatriz - Secreción purulenta cicatricial - Secreción maloliente vaginal	- Analítica (hemograma y PCR) y sedimento - Urocultivo - Hemocultivo seriado - Ecografía vaginal y abdominal - TC abdominal
HEMORRAGIA <u>Precoz (<24 h):</u> - Vaginal - Intraabdominal - Hematoma de pared <u>Tardía (7º - 21º día):</u> - Hematoma de cúpula vaginal	- Confusión - Mareo - Dolor abdominal progresivo	- Taquicardia (FC >100 lpm) - Hipotensión (TA <80/60 mmHg) - Oliguria (diuresis <20 ml/h) - Palidez de piel y mucosas - Sangrado vaginal / de herida quirúrgica	- Toma de constantes (TA, FC, SatO2) - Analítica (hemograma, coagulación y tipaje) - Ecografía vaginal y abdominal
COMPLICACIONES DE PARED ABDOMINAL <u>Seroma</u> <u>Dehiscencia de herida quirúrgica</u> <u>Evisceración</u> (extrusión de vísceras) <u>Eventración</u> (hernia incisional)	- Dolor y tensión cicatricial - Sensación de masa	- Edema cutáneo - Dehiscencia de herida quirúrgica - Extrusión de vísceras abdominales - Hernia incisional al valsalva	- Ecografía vaginal y abdominal - TC abdominal



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

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

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

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

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

CRITERIOS DE INGRESO

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

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



TRATAMIENTO DOMICILIARIO

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA (CELULITIS)

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

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

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

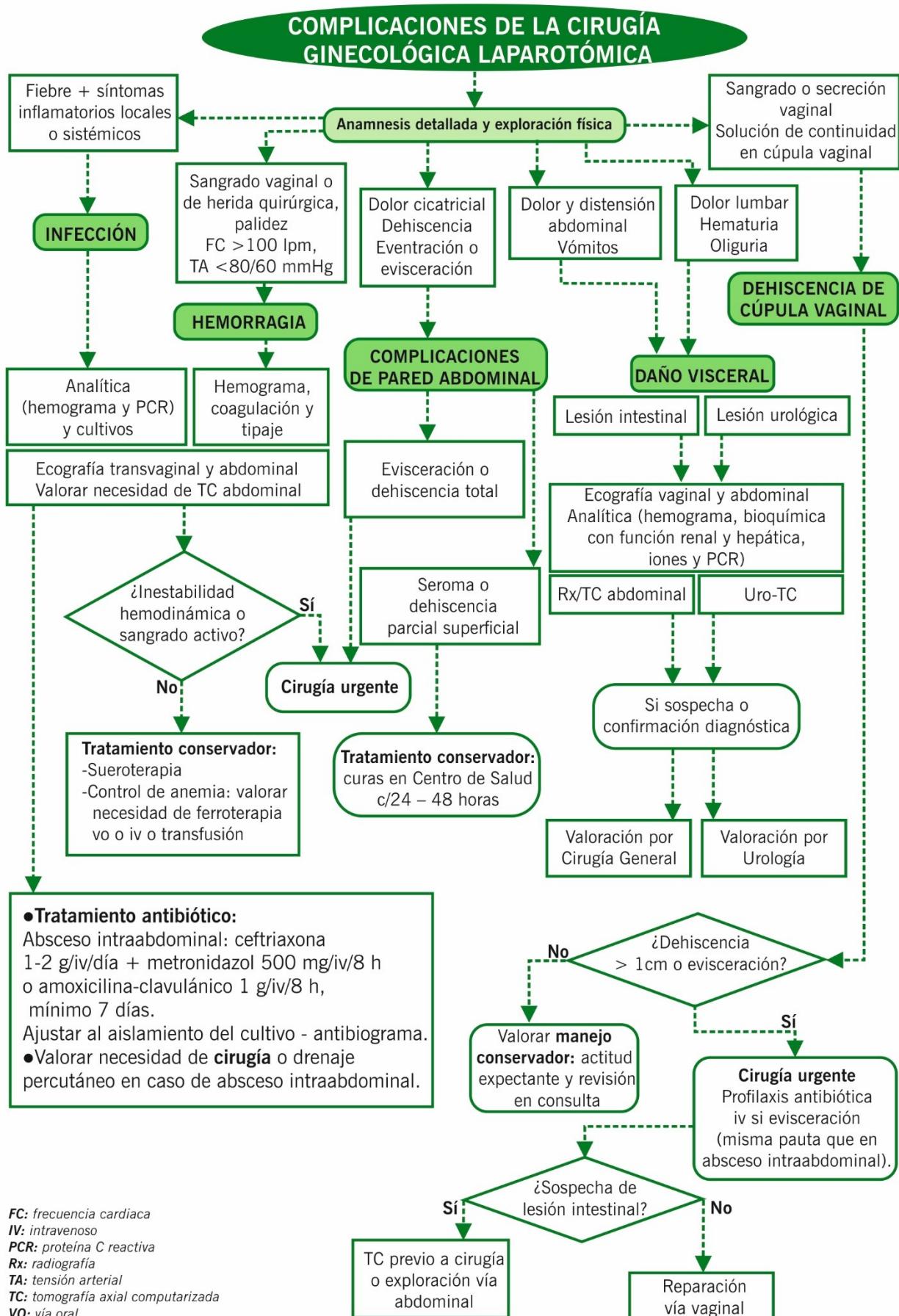
ITU

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

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

SARM: *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina

ALGORITMO DE MANEJO





BIBLIOGRAFÍA

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



109 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA VAGINAL

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

DEFINICIÓN

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

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA

DIAGNÓSTICO

INFECCIOSAS: diagnóstico diferencial entre **absceso de cúpula vaginal, hematoma de cúpula sobreinfectado, infección de herida quirúrgica.**

Leucorrea maloliente

- Exploración ginecológica con especuloscopia y tacto bimanual.
- Toma de TA, pulso y temperatura.
- Pruebas de imagen:
 - Ecografía vaginal y/o abdominal: para descartar masa pélvica (absceso cúpula vs hematoma sobreinfectado). Valorar tamaño de la lesión.
 - Valorar TAC abdominopélvico si dudas diagnósticas o sospecha de lesión urológica y/o intestinal.
- Otras pruebas complementarias:
 - Analítica: Hemograma con bioquímica general y PCR. Estudio de coagulación. Sedimento de orina.
 - Microbiológicas: Si leucorrea maloliente: toma de cultivo obtenido mediante aspiración inoculado en medio "portagerm" con petición de gram y cultivo aerobio/anaerobio.

HEMORRÁGICAS: diagnóstico diferencial entre los siguientes: **hematoma de cúpula vaginal, sangrado a través de cúpula vaginal, sangrado y/o hematoma de colporrafia.**

Sangrado vaginal

- Exploración ginecológica: especuloscopia para visualización de punto de sangrado y valorar cuantía del mismo.
- Tacto bimanual: para descartar hematomas de lecho quirúrgico.
- Toma de TA, pulso y temperatura.
- Pruebas complementarias:
 - Analítica: Hemograma, bioquímica y estudio de coagulación.
 - Ecografía TV/abdominal.
 - Valorar TAC abdominal con contraste vs angioTAC.

UROLÓGICAS

Retención aguda postoperatoria

Sensación dolorosa suprapúbica de inicio rápido (por la vejiga llena) debido a la incapacidad de orinar (no episódica) a pesar de un esfuerzo intensivo persistente. En algunas ocasiones la micción es por rebosamiento "gota a gota".

- Paciente que no puede orinar a pesar de tener la vejiga llena.
- En la exploración la vejiga está dolorosamente distendida, y es fácilmente palpable.
- Ecografía abdominal /ecografía TV: se visualiza vejiga muy distendida.
- Toma de TA, pulso y temperatura.
- Sedimento de orina
- Hemograma y bioquímica general.



Lesiones del tracto urinario: Incluimos lesiones vesicales, uretrales y ureterales.

Incontinencia urinaria diurna y nocturna

Se puede acompañar de más o menos micciones normales

En ocasiones: flujo sanguinolento, hematuria o síntomas del tracto urinario inferior.

Dolor o distensión abdominal
Nauseas con o sin vómitos.

Íleo intestinal

Fiebre

- Exploración ginecológica: especuloscopya y tacto bimanual.
- Confirmación de la presencia de orina en vagina: determinación de Cr y Urea en líquido es 20-50 veces superior del suero, linfa, o secreción vaginal.
- Toma de TA, pulso y temperatura.
- Exploración abdominal.
- Puñopercusión renal.
- Diagnóstico diferencial: Drenaje de líquido peritoneal e infección del muñón vaginal.
- Ecografía ginecológica y abdominal: para descartar líquido libre y o masa pélvica.
- Sedimento de orina para descartar ITU y hematuria.
- Analítica general con bioquímica con función renal y PCR.
- Ecografía de riñones y vías urinarias urgente por servicio de radiología: para descartar hidronefrosis, urinoma o colección retroperitoneal.
- Valorar otras pruebas de imagen: TAC abdómino-pélvico con contraste, URO-TAC.

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

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

INFECCIOSAS

- Analgesia oral
- Amoxicilina – clavulánico 875/125 mg / 8 h VO 10 días o ciprofloxacino 500 mg cada 12h VO + metronidazol 500 mg cada 8 h VO 10 días.
- Explicar signos de alarma para volver a consultar en urgencias.
- Valorar adelantar cita postquirúrgica en consulta de Suelo Pélvico.

HEMORRÁGICAS

- Analgesia oral
- Antibioterapia oral si hematoma: amoxicilina – clavulánico 875-125 mg 1 cada 8 h VO 10 días
- Valorar adelantar cita en postquirúrgica en consulta de suelo pélvico

UROLÓGICAS

Retención aguda postoperatoria

Alta a domicilio con sondaje vesical permanente.

Solicitará cita de forma preferente en consulta de Suelo Pélvico en las administrativas de consultas externas del semisótano Hospital de La Mujer.

Lesiones del tracto urinario

Valorar sondaje vesical

Si no cumple criterios de ingreso, alta a domicilio.

Añadir en informe de alta de urgencias: Solicitará cita en la consulta de Urología (UN) en la 2º planta del CDT de forma preferente con el presente informe

^aCDT: Centro de Diagnóstico y Tratamiento



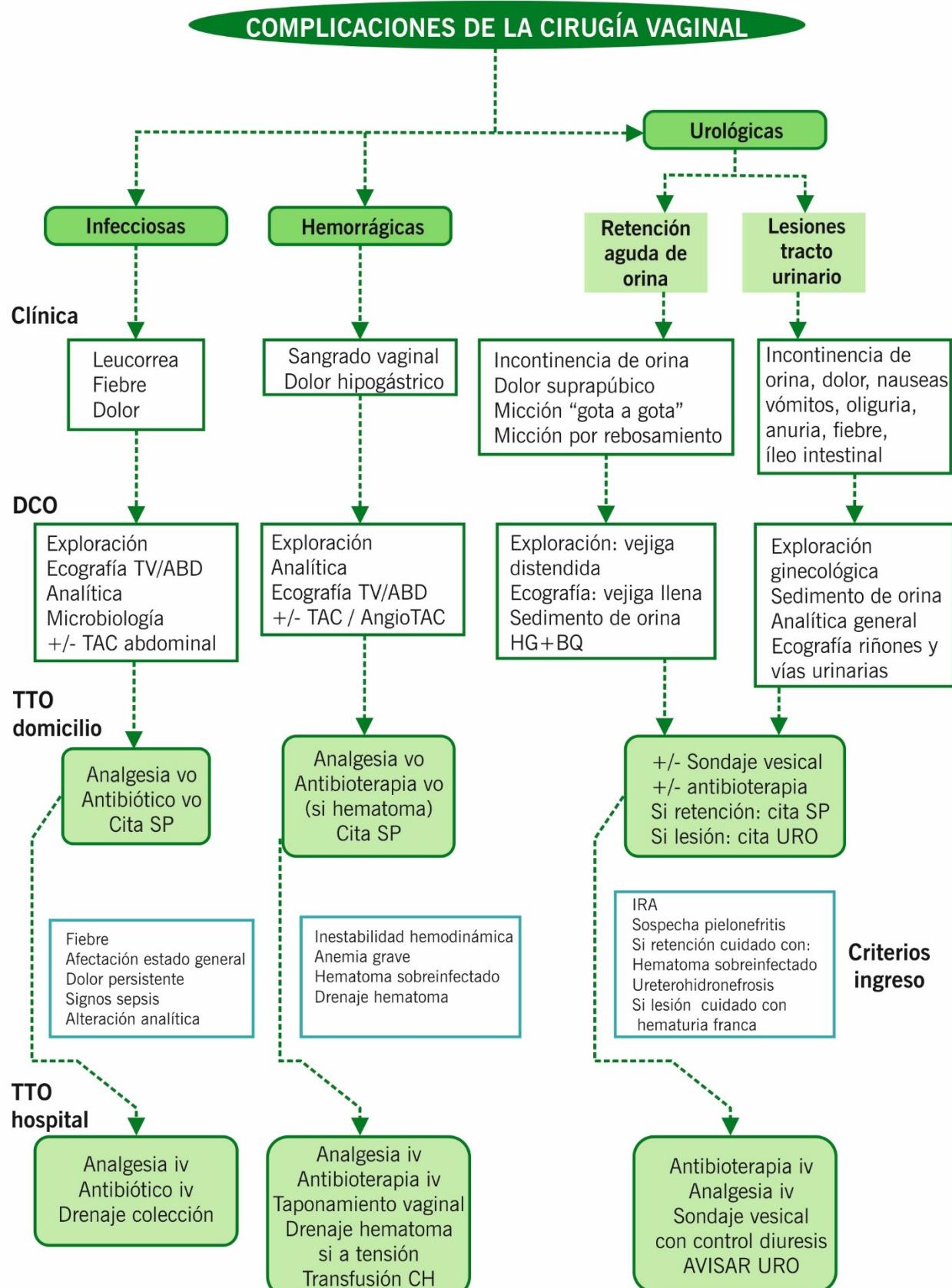
CRITERIOS DE INGRESO Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO	TRATAMIENTO HOSPITALARIO
INFECCIOSAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Afectación del estado general - Fiebre - Dolor que precise analgesia IV - Alteración de la fórmula leucocitaria y/o elevación de FRA - Signos de sepsis - Absceso o hematoma sobreinfectado candidato a drenaje. 	<ul style="list-style-type: none"> - Analgesia intravenosa - Antibioterapia empírica: ceftriaxona 2 gr / 24 h IV + metronidazol 500 mg / 8 h IV o amoxicilina - clavulánico 1 gr cada 8 h IV - Si alergia a β-lactámicos: Aztreonam 1 gr cada 8 h IV + metronidazol 500 mg cada 8 h IV - Valorar drenaje de absceso y/o hematoma sobreinfectado.
HEMORRÁGICAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad hemodinámica - Anemia grave que precise tratamiento con hierro IV y/o transfusión de hemoderivados - Sangrado persistente a pesar de medidas conservadoras - Sospecha de sobreinfección de hematoma - Hematoma a tensión con necesidad de drenaje quirúrgico 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuno absoluto si inestabilidad hemodinámica y/o necesidad de abordaje quirúrgico urgente - Taponamiento vaginal mínimo 24 h si sangrado escaso- moderado de colporrafia y no hematoma a tensión que precise drenaje quirúrgico. - Si hematoma antibioterapia IV: amoxicilina - clavulánico 1 gr cada 8 h IV. - Si alergia a β-lactámicos: Ceftriaxona 2 gr cada 24 h IV + metronidazol 500 mg cada 8 h IV. - Si hematoma a tensión valorar drenaje quirúrgico - Transfusión de hemoderivados si anemia con criterios de transfusión.
UROLÓGICAS	
Retención aguda postoperatoria	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia renal aguda - Sospecha de pielonefritis - Hematuria franca <ul style="list-style-type: none"> - Si ITU tratamiento antibiótico específico. Ver GUIA PRIOAM. - Sondaje vesical para vaciado y si la paciente no consigue orinar espontáneamente sondaje vesical permanente - Terapia farmacológica no ha demostrado ser útil en retención urinaria postoperatoria. - No precisa profilaxis antibiótica
Lesiones del tracto urinario	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia renal aguda - Sospecha de pielonefritis - Hematuria franca - Ureterohidronefrosis moderada- severa <ul style="list-style-type: none"> - Control estrecho de constantes - Sondaje vesical con control de diuresis - Valorar antibioterapia si ITU o signos de sepsis y contactar con Urología de guardia.

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



ALGORITMO DE MANEJO



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



BIBLIOGRAFÍA

1. Guía PRIOAM
2. D'Ancona CD, Haylen BT, Oelke M, Herschorn S, Abranches-Monteiro L, Arnold EP, Goldman HB, Hamid R, Homma Y, Marcelissen T, Rademakers K, Schizas A, Singla A, Soto I, Tse V, de Wachter S. An International Continence Society (ICS) Report on the Terminology for Adult Male Lower Urinary Tract and Pelvic Floor Symptoms and Dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2019 DOI: 10.1002/nau.23897
3. Postoperative urinary retention in females - UpToDate
4. Fantl JA, et al.. Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management. Clinical Practice Guideline No. 2, 1996 Update. AHCPR Publication NO. 96-0682, Agency for Health Care Policy and Research; Department of Health and Human Services, Rockville, MD 1996.
5. Wang Y, Madley HR. Non-delayed transvaginal repair of highly vesico-vaginal fistula. *J Urol* 1990; 144(1): 34-6
6. The diagnosis and treatment of iatrogenic ureteral and bladder injury caused by traditional gynaecology and obstetrics operation. Dapang Rao 1, Haifeng Yu, Haibo Zhu, Ping Duan. *Arch Gynecol Obstet.* 2012 Mar;285(3):763-5. doi: 10.1007/s00404-011-2075-7. Epub 2011 Sep 10.



110 – COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA MAMARIA

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

DEFINICIÓN

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

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

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

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

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

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



TRATAMIENTO DOMICILIARIO

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

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

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

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

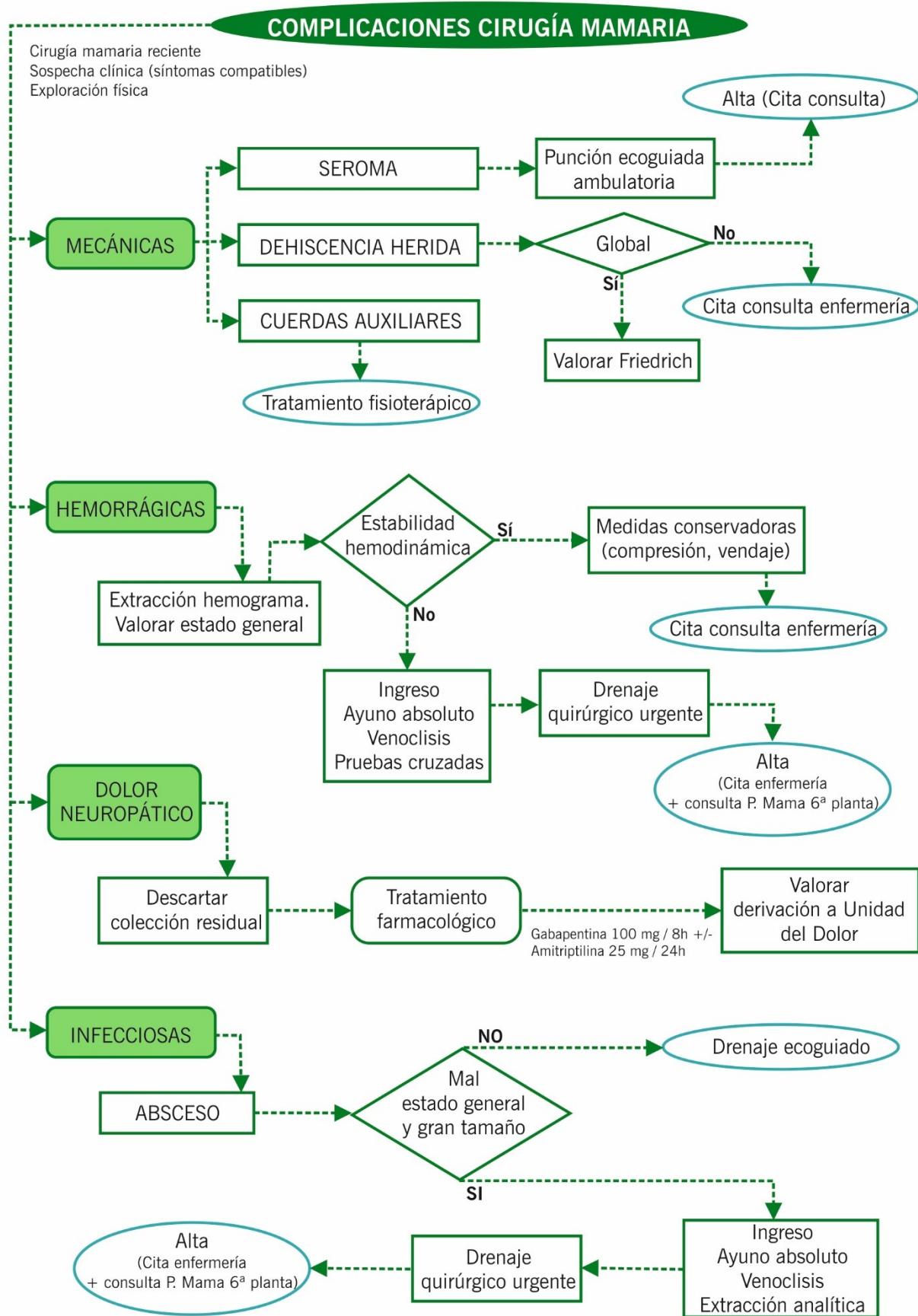
CRITERIOS DE INGRESO

CRITERIOS DE INGRESO

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



ALGORITMO DE MANEJO





BIBLIOGRAFÍA

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



111 – PATOLOGÍA MAMARIA DE URGENCIAS

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

DEFINICIÓN

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

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

ETIOLOGÍA	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
Tumor benigno	Masas palpables (generalmente consultan por autopalpación positiva) uni o bilaterales, móviles elásticas, bien delimitadas y sin signos inflamatorios asociados.	Clínico <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Exploración de la mama, axila, hueco supraclavicular y cadena yugular Radiológico <ul style="list-style-type: none"> - Mamografía y Ecografía
Tumor maligno	Masa uni o bilateral donde se refiere crecimiento rápido y sin signos inflamatorios asociados	Clínico <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Exploración de la mama, axila, hueco supraclavicular y cadena yugular Radiológico <ul style="list-style-type: none"> - Mamografía y ecografía BAG si precisa
Infecciosa: Mastitis, galactoforitis, absceso.	Masa indurada unilateral, roja, caliente, eritematosa y dolorosa a la palpación. Si fluctúa sospecha absceso Fiebre, síntomas sistémicos , sepsis	Clínico <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Exploración de la mama, axila, hueco supraclavicular y cadena yugular - Valorar prueba de imagen de la mama una vez resuelto el cuadro - Derivación a UPM(F) tras realización de pruebas de imagen
Traumática	Masa unilateral dolorosa, eritematosa y mal definida. Retracción piel y pezón. Antecedente traumático. Equimosis	Clínico <ul style="list-style-type: none"> - Si evolución tórpida o etiología no clara ecografía de mama y derivación de UPM(F)



Anomalías del desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de número y tamaño: mamas y pezones supernumerarios, agenias, hipertrofia... - Alteraciones de la forma, peso, densidad y pigmentación - En adolescentes: telarquia en niñas y ginecomastia en niños 	Clínico <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Exploración de la mama, axila, hueco supraclavicular y cadena yugular <p>Derivar a UPM(F)</p>
Otras	<p>Telorrea: secreción a través del pezón pudiendo ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fisiológica: generalmente bilateral y multipórica, de aspecto claro o lechoso. Galactorrea (secreción láctea) - Patológica: predominantemente unilateral, unipórica, de aspecto seroso, serosanguinolento o sanguinolento: ectasia ductal... <p>Mastodinia: cuadro de congestión mamaria que aparece en relación con el ciclo menstrual</p> <p>Mastalgia: dolor no relacionado con ciclo menstrual generalmente bilateral</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En caso de sospechar galactorrea remitiremos a UPM(F) de manera ordinaria - En caso de secreción unilateral no láctica realizaremos citología del material (en Urgencias), petición de mamografía, galactografía y ecografía. <p>Derivación a UPM(F) preferente</p> <p>Clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Exploración de la mama, axila, hueco supraclavicular y cadena yugular <p>Radiológico en caso de mastalgia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mamografía y Ecografía

UPM (F): Unidad de Patología Mamaria en CCEE Dr. Fleming (Patología benigna)

UPM (H): Unidad de Patología Mamaria en 6º Planta de Hospital de la Mujer (Patología mamaria maligna o que requiere cuidados de Enfermería de la mama)

"BAG: biopsia con aguja gruesa

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

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



CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

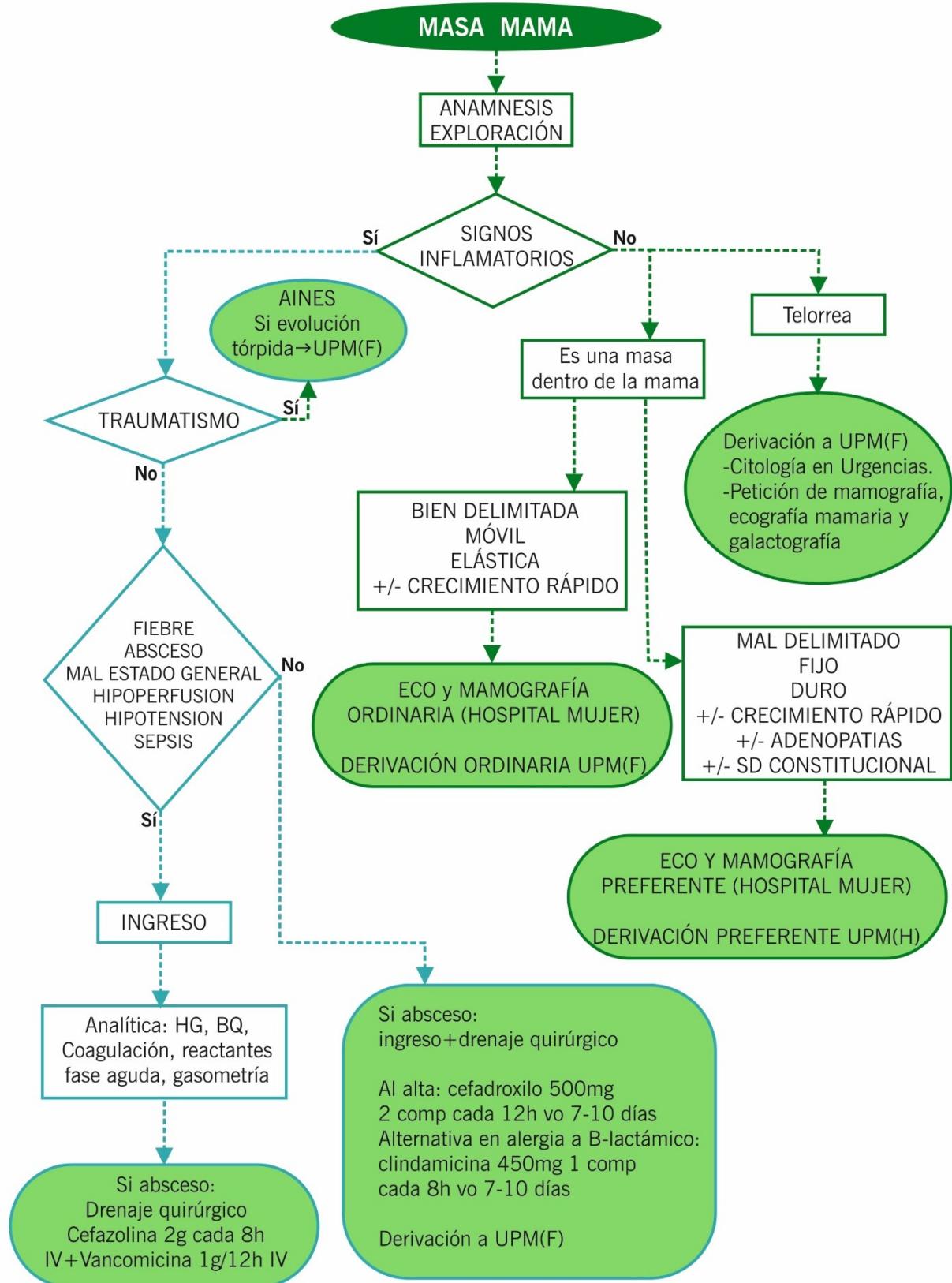
ETIOLOGÍA	INGRESO
Patología tumoral	No requiere ingreso
Patología infecciosa	Absceso (drenaje quirúrgico y antibioterapia IV). Ingreso en 6º Planta de Hospital de la Mujer
Patología Traumática	Hematoma a tensión (drenaje quirúrgico). Ingreso en 6º planta de Hospital de la Mujer.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

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



ALGORITMO DE MANEJO



*Seguir recomendaciones guía PRIOAM

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



BIBLIOGRAFÍA

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



112 – ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

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

DEFINICIÓN

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

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

ENTREVISTA CLÍNICA

Motivo de la demanda

Fecha de la última regla. Si hay retraso menstrual hacer un test de gestación. Si éste es positivo, no administrar la anticoncepción de emergencia.

Características de los ciclos menstruales

Fecha del coito y horas transcurridas desde el mismo

Existencia de otros coitos sin protección dentro del mismo ciclo menstrual

Utilización de métodos anticonceptivos

Valorar la ausencia de contraindicaciones

Valorar el riesgo de transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS) para instaurar tratamiento profiláctico y derivar a la consulta de ITS para seguimiento si precisa.



TRATAMIENTOS DISPONIBLES

POSOLOGÍA E INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	REACCIONES ADVERSAS	INDICACIONES Y OBSERVACIONES
LEVONORGESTREL (<i>Postinor®</i>, <i>Norlevo®</i>)			
<p>DOSIS: 1,5 mg VO dosis única o 2 dosis de 0,75 mg con un intervalo máximo de 12 horas</p> <p>INDICACIÓN: Hasta 72 horas (3 días) después del coito</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestación (categoría 4 OMS) - Hipersensibilidad a LNG o a cualquier otro componente del medicamento. - Intolerancia a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa (contiene lactosa monohidrato entre sus excipientes) - Insuficiencia hepática grave <p>Los síndromes graves de malabsorción (ej. Enf. Crohn) pueden disminuir la eficacia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Muy frecuentes (>10%): náuseas, dolor abdominal, cefalea, hemorragia uterina, hemorragia vaginal, fatiga. - Frecuentes (1-10%): vómitos*, diarrea, mareo, menstruación irregular, mastalgia, retraso en la menstruación. - Muy raras (<0,01%): dismenorrea, dolor pélvico, erupciones cutáneas, prurito, urticaria, edema facial. - De frecuencia desconocida: tromboembolismo <p>* Si aparecen vómitos en las primeras 2 horas tras su toma, se debería repetir la dosis o indicar la inserción DIU-Cu.</p>	<p>Autorizado en ficha técnica para > 16 años.</p> <p>Puede utilizarse en cualquier momento del ciclo.</p> <p>No hay contraindicación para usarla varias veces en el mismo ciclo pero informar de posibles alteraciones en el ciclo.</p> <p>Puede usarse también durante la lactancia materna. Aconsejar administrarla tras una toma y retrasar la siguiente al menos 8h.</p> <p>Inductores enzimáticos (incluida profilaxis postexposición VIH), tratamiento actual o en los últimos 28 días: pueden disminuir la eficacia de LNG. Recomendar <u>DIU-Cu</u>. Si lo rechaza se puede se les podría administrar tan pronto como sea posible y dentro de las primeras 72 horas tras la relación de riesgo.</p>

ACETATO DE ULIPRISTAL (*EllaOne®*)

<p>DOSIS: 30 mg VO dosis única</p> <p>INDICACIÓN: Hasta las 120 horas (5 días) después del coito</p> <p>* Es el único método de AU oral con licencia para ser usado entre las 72 y las 120 horas después de la relación sexual no protegida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestación conocida (categoría 4 OMS) - Hipersensibilidad a AUP o a cualquier otro componente del medicamento - Intolerancia a galactosa (la contiene entre sus excipientes) - Asma grave no controlada - Insuficiencia hepática o renal grave 	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuentes (1-10%): náuseas, vómitos*, dolor abdominal, cefalea, mareo, alteraciones del estado de ánimo, dismenorrea, aumento de la sensibilidad mamaria, dolor pélvico, fatiga. - Poco frecuentes (0,1-1%): diarrea, dispepsia, flatulencia, sequedad de boca, sofocos, somnolencia, migraña, ansiedad, insomnio, menorragia, metrorragia, vaginitis, acné, prutito... - Raras (0,01-0,1%): prutito vaginal, dispareunia, sequedad de garganta, vértigo... <p>* Si aparecen vómitos en las primeras 3 horas tras su toma, se debería repetir la dosis o indicar la inserción DIU-Cu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autorizado en ficha técnica para > 18 años. - Se puede excretar por la leche materna (hasta 5 días después), por lo que si la mujer está con lactancia natural, recomendar extracción manual y desechar la leche los 7 días posteriores. - No hay evidencia para usarlo más de una vez en el mismo ciclo. - Interacciones medicamentosas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Inductores enzimáticos: no usar AUP durante el tratamiento o en los 28 días tras finalizarlo ○ Medicamentos que aumenten pH gástrico: no usar AUP ○ ACHO: usar método adicional durante 14 días (combinados), 16 días (Qlaira®) o 9 días (sólo gestágenos)
---	---	---	--



DIU-Cu (DIU Effi-T 380® / Nova T 380® /....)			
<p>DOSIS: Dispositivo Intrauterino de cobre de alta carga activa (380 mm2)</p> <p>INDICACIÓN: Hasta las 120 horas (5 días) después del coito Duración: máximo 4-5 años, según el dispositivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Categoría 4 de la OMS: gestación, endometritis o sepsis puerperal o postabortedo, EPI activa, sangrado vaginal sin diagnosticar, βHCG persistente o enfermedad trofoblástica maligna, ser portadora de otro DIU, ITS activa hasta su resolución, tuberculosis pélvica, SIDA mal controlado, miomas uterinos con distorsiones uterina severa, neoplasia genital sin tratar, enfermedad de Wilson - Categoría 3 de la OMS: >48h y <4 semanas postparto, múltiples parejas, carcinoma ovario, trombocitopenia severa, alto riesgo ITS, solicitud AU tras una violación 	<ul style="list-style-type: none"> - Perforación uterina durante su inserción (riesgo muy bajo, 1/1.000). - Dolor durante o tras la inserción. - Sangrado más abundante y prolongado (suele disminuir en los meses siguientes). 	<ul style="list-style-type: none"> - Se podría insertar desde un primer momento, pero si no es posible, dar otro método anticonceptivo y citar lo antes posible para insertarlo. - Buena opción para mujeres en tratamiento con inductores enzimáticos que lo han realizado en los últimos 28 días. - Opción más costo-efectiva, por su posibilidad de mantenerlo como anticoncepción a largo plazo.
<p>AU: anticoncepción de urgencia; AUP: acetato de ulipristal; ACHO: anticonceptivos combinados hormonales orales; βhCG: hormona gonadotropina coriónica humana fracción beta; DIU-Cu: dispositivo intrauterino de cobre; EPI: enfermedad pélvica inflamatoria; ITS: infecciones de transmisión sexual; LNG: levonorgestrel; OMS: Organización Mundial de la Salud; SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VO: vía oral</p>			

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA

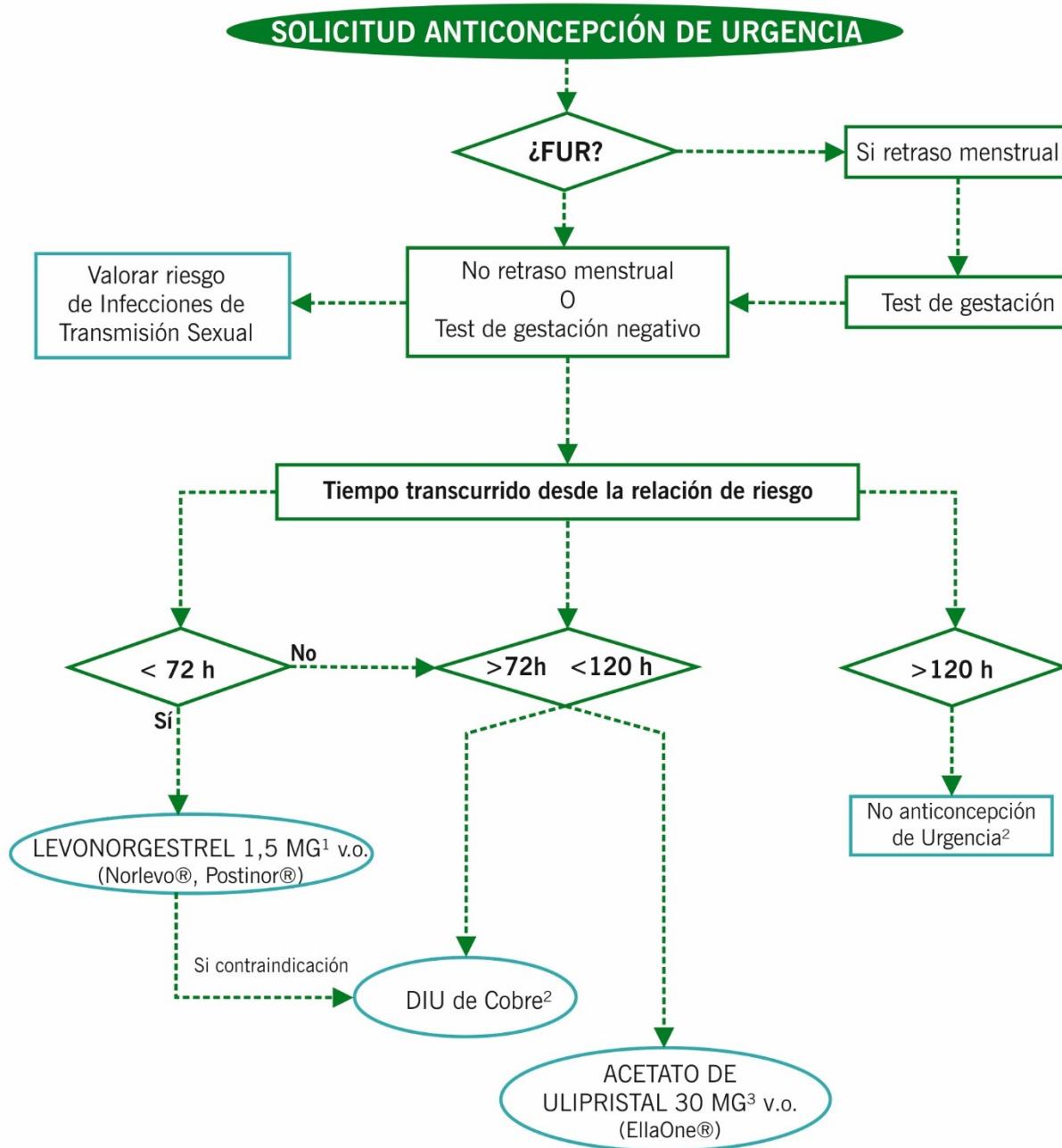
CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA

Administración de AU vía oral: derivación a planificación familiar para recomendar método anticonceptivo habitual.

Indicación de DIU: inserción en consulta de urgencias obstétrico-ginecológicas y solicitar revisión post-inserción en consultas de obstetricia de área en 6-8 semanas.



ALGORITMO DE MANEJO



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

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

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

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

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



BIBLIOGRAFÍA

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



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

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

DEFINICIÓN

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

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



DIAGNÓSTICO

Recepción	¡¡NO EXPLORAR SIN MÉDICO FORENSE PRESENTE!!	
	<ul style="list-style-type: none"> - Recepción: La paciente pasará a una consulta o sala donde pueda permanecer sola o con familiares que la acompañen para salvaguardar su intimidad. - Comunicar los hechos y datos de la paciente al Juzgado de Guardia (Teléfono 600157594). Ocasionalmente se debe enviar FAX al juzgado para hacerlo oficial; en el que debe aparecer un teléfono de contacto (Busca de ginecología de guardia). - Transcripción inicial de los hechos referidos: Fecha, hora, circunstancias de lo acontecido, presunto agresor. - Informar de todas las exploraciones que se le van a realizar y su finalidad. 	
Anamnesis	Recoger antecedentes médicos, quirúrgicos, alergias medicamentosas, antecedentes ginecológicos (Fecha de última regla, fórmula menstrual, método anticonceptivo, ETS).	
Exploración	<p>General Lesiones extragenitales genéricas de violencia (Contusiones, mordeduras, heridas, fracturas...). Si existen estas lesiones, es motivo de valoración en urgencias del Hospital de Traumatología.</p> <p>Ginecológica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspección vulvo-vaginal minuciosa (himeneal en caso de no relaciones sexuales previamente). - Especuloscopía. - Tacto bimanual. - Ecografía transvaginal/abdominal. 	
Toma de muestras	<p>Es el médico forense el que decide las muestras que se van a tomar. La custodia normalmente es ejercida por la policía científica o forense. Si por orden judicial corre a cargo del ginecólogo, existe un documento en el protocolo andaluz de actuación sanitaria ante violencia de género para garantizar la custodia.</p> <p>La toma de muestras incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toma vaginal y/o anal y/o bucal con hisopo seco y estéril. - Lavado vaginal y/o anal y/o bucal con 10 cc de suero fisiológico que se recogerá en tubo estéril. - Toma de muestra con torunda para cultivo vaginal y tomas específicas para gonococo y clamidias (inicial y repetir a los 7 días). - Peinado público sobre sábana blanca (posibles pelos del agresor). - Recorte de uñas (posible piel del agresor). - Ropas de la paciente. 	
Pruebas complementarias	<p>Hemograma, estudio de coagulación y bioquímica con PCR y BHCG.</p> <p>Serología: VHB (inicial y a las 6 semanas), VHC, VIH (inicial, 6 semanas, 3 meses, 6 meses), sífilis (inicial, 6 semanas).</p> <p>Tóxicos en orina (si el médico forense lo reclama).</p>	

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



TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Profilaxis de ETS	General	Ceftriaxona 250 mg IM dosis única + Metronidazol 2 gr VO dosis única + Doxiciclina 100 mg/12 horas VO 7 días
	Alergia B-lactámicos	Espiramicina 2 gr IM dosis única + Metronidazol 2 gr VO dosis única + Doxiciclina 100 mg/12 horas VO 7 días
	Gestantes	Azitromicina 1 gr VO dosis única + Eritromicina 500 mg/6 horas VO 7 días
Prevención de VIH		Truvada (Emtricitabina + Tenofovir) + Isentress (Raltegravir) 1 cada 24 horas VO durante 72 horas.
Anticoncepción de urgencia		<ul style="list-style-type: none"> - Levonorgestrel (Postinor®, Norlevo®) 1.5 mg VO 1 comprimido si < 72 horas. - Ver tema específico.

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

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

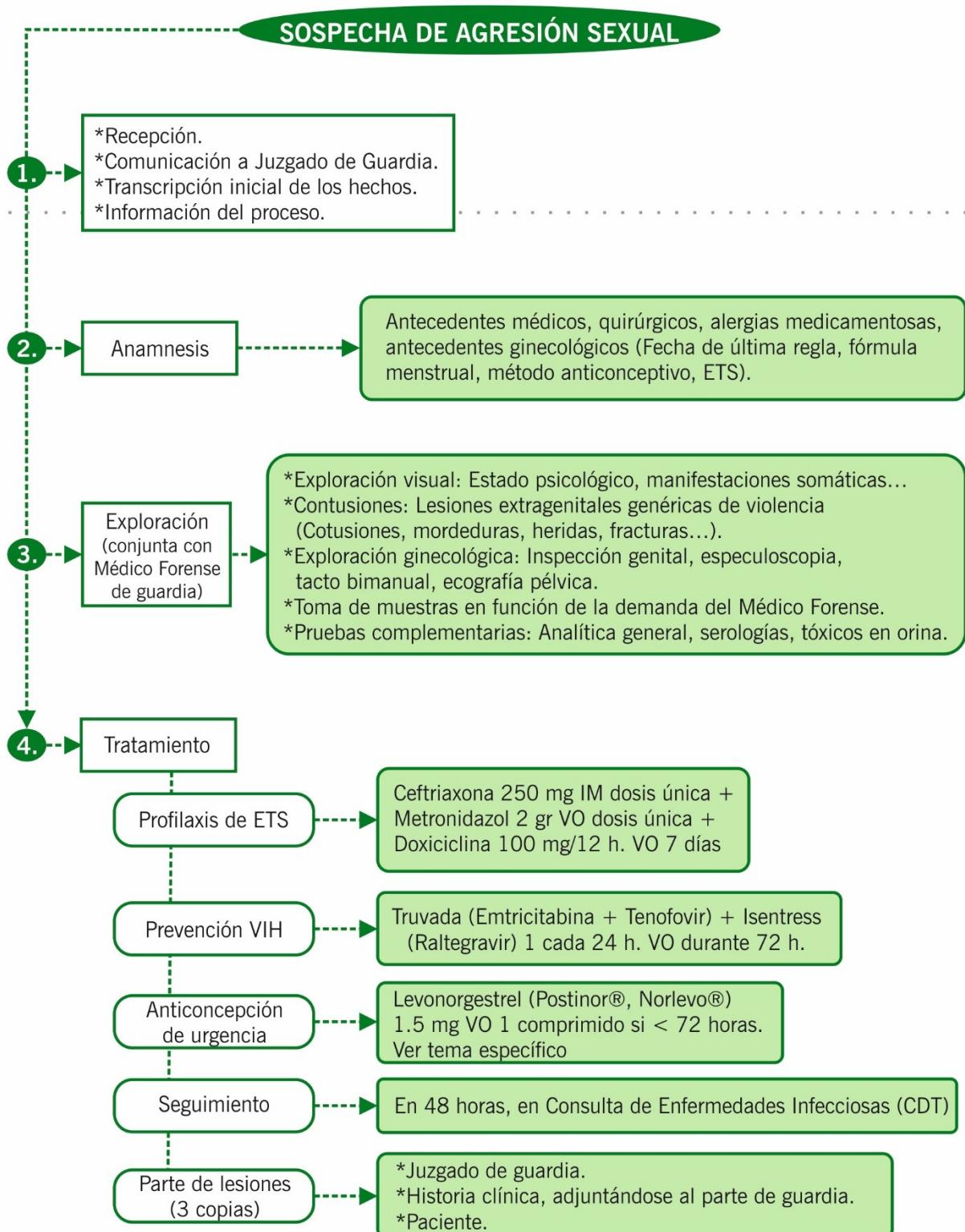
- Pacientes con lesiones importantes
- Cuando sea necesario ampliar estudio.
- Como alternativa a un centro de acogida cuando la protección no esté asegurada

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS EXTERNAS

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



ALGORITMO DE MANEJO



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



BIBLIOGRAFÍA

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

