# Urgencias ginecológicas

J.E. Arjona Berral, J.A. Monserrat Jordán, E. Velasco Sánchez, J. Lorente González, M. Altamirano Cifuentes, F.J. Montero Pérez y L. Jiménez Murillo



## PATOLOGÍA VULVOVAGINAL URGENTE

### Vulvovaginitis aguda

Se define por la presencia de una secreción vaginal anómala, caracterizada por un aumento de su cantidad o por cambios de su color u olor. Se asocia frecuentemente con prurito, quemazón y escozor genital. Más raramente aparece edema, enrojecimiento vulvar y disuria. Las enfermedades que con más frecuencia provocan leucorrea son: vaginosis bacteriana, tricomoniasis y candidiasis.

#### *Vaginosis bacteriana*

Es provocada por la sustitución de la microbiota natural de la vagina por gérmenes anaerobios, tales como *Gardnerella vaginalis, Mycoplasma, Ureaplasma, Mobiluncus*, etc.). Su principal motivo de consulta es la leucorrea y el mal olor; sin embargo, muchas mujeres están asintomáticas en el momento del diagnóstico (hallazgo casual en la citología o en la determinación de la reacción en cadena de la polimerasa. En el embarazo, aumenta el riesgo de rotura prematura de membranas, parto prematuro, amnionitis, etc.

Puede afectar a mujeres que nunca han sido sexualmente activas. El diagnóstico en urgencias puede basarse en la presencia de tres de los criterios clínicos de Amsel:

- Leucorrea blanca, homogénea, fina, que no forma grumos en las paredes vaginales.
- Presencia de Células Clave en el examen microscópico (*Clue Cells*).
- pH del flujo vaginal superior a 4,5.
- Flujo con olor a pescado, espontáneo o tras añadir hidróxido de potasio (KOH) al 10%.

El *tratamiento* de elección es el metronidazol (**Metronidazol Normon**®, comprimidos de 250 mg; **Zidoval**®, gel) en dosis de 500 mg/12 h por vía oral durante 7 días, o por vía vaginal en dosis de 1 aplicación (5 g) cada 24 h durante 5 días. Durante el tratamiento con este fármaco debe evitarse la ingesta de alcohol por efecto antabús. No es necesario el tratamiento sistemático de la pareja sexual, ya que no disminuye el riesgo de recidiva. Otras alternativas son:

- Clindamicina (**Dalacin**®, crema, óvulos vaginales de 100 mg, cápsulas de 150 y 300 mg) en dosis de 1 aplicación de la crema al acostarse durante 7 días, 1 óvulo vaginal al acostarse durante 3 días o 300 mg/12 h por vía oral durante 7 días.
- Tinidazol (**Tricolam**®, comprimidos de 500 mg) en dosis de 2 g (4 comprimidos)/24 h por vía oral durante 2 días.
- Durante el embarazo, el tratamiento se basa en la administración de metronidazol (**Metronidazol Normon**®, comprimidos de 250 mg) en dosis de 500 mg/12 h o 250 mg/8 h por vía oral durante 7 días; o clindamicina (**Dalacin**®, de 150 y 300 mg) en dosis de 300 mg/12 h por vía oral durante 7 días.

#### *Tricomoniasis*

Es una infección producida por un protozoo, la *Trichomonas vaginalis*. Se considera una enfermedad de transmisión sexual (ETS). La colonización vaginal produce un eritema rápido de la mucosa y una secreción purulenta, acompañada de un pH vaginal superior a 5,5. Clínicamente se manifiesta como una secreción copiosa, espumosa, de color amarillo verdoso y con mal olor, asociada con prurito y sintomatología de infección de las vías urinarias bajas. El curso clínico sin tratamiento tiende a la cronificación, con fases de agudización, habitualmente después de la menstruación.

El *diagnóstico* se realiza mediante la visión directa en fresco de las tricomonas en movimiento, para lo cual se toma una muestra con espátula del fondo de saco vaginal posterior (evitando el moco cervical) y se añade sobre un portaobjetos 1 gota de suero fisiológico.

El *tratamiento* de elección es tinidazol (**Tricolam**®, comprimidos de 500 mg), en dosis única de 2 g (4 comprimidos), por vía oral. Como alternativa, se utiliza metronidazol (**Metronidazol Normon**®, comprimidos de 250 mg), en dosis única de 2 g por vía oral o en dosis de 500 mg/12 h por vía oral, durante 7 días. El tratamiento se administra a los dos miembros de la pareja.

#### *Vaginitis por* Candida

Es la vaginitis más frecuente, y la *Candida albicans* es la responsable de más del 80% de los casos. Este hongo reside en muchos lugares del organismo, como en los genitales, la boca y los intestinos, y por lo general no origina sintomatología.

© 2015. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Son factores predisponentes: la gestación; ciertos antibióticos, como tetraciclinas, cefalosporinas, ampicilina y metronidazol; el tratamiento con corticoides; la utilización de anticonceptivos orales; la inmunodepresión; alteraciones endocrinometabólicas, como el hipotiroidismo y la diabetes mellitus; y la dieta rica en dulces y golosinas. No se considera una ETS.

El *diagnóstico* se basa en la clínica y la exploración. Un pH vaginal igual o inferior a 4,7 reduce las posibilidades diagnósticas de infección por *Candida*. El prurito vulvar, más o menos intenso, es el síntoma más llamativo. Es frecuente su aparición antes de la menstruación, y mejora después de esta. La leucorrea no es constante, e incluso algunas mujeres refieren una sensación muy molesta de sequedad vaginal. Cuando existe, es típicamente pegajosa, con aspecto similar al requesón. El prurito y la leucorrea pueden acompañarse de dispareunia y de un cuadro miccional similar al de la cistitis.

La exploración revela eritema y erosiones vulvares, y enrojecimiento anormal de la vagina. Puede existir un flujo blanco amarillento, en grumos o placas que se adhieren a las paredes vaginales.

El *tratamiento* se basa en:

- Medidas higiénico-dietéticas: es importante tratar a la pareja si presenta síntomas de balanitis, aconsejar que evite la ropa ajustada y la ingestión de dulces y golosinas, y que use ropa interior de algodón.
- Tratamiento farmacológico. Los fármacos más utilizados en la actualidad son los derivados imidazólicos. Puede optarse por:
  - Fenticonazol (**Laurimic**®, óvulos vaginales de 200 y 600 mg, y crema vaginal), en dosis única de 1 óvulo de 600 mg por la noche, o en dosis de 1 óvulo de 200 mg por la noche durante 3 días, o 1 aplicación de crema cada 24 h durante 14 días.
  - Clotrimazol (**Canesten**®, crema, polvo cutáneo y solución para pulverización; **Gine-Canesten**®, comprimidos vaginales de 100 y 500 mg), en dosis de 1 aplicación/24 h, durante 14 días, o 1 comprimido vaginal de 500 mg por la noche, repitiendo a los 5 días. La pareja se trata por vía tópica.
  - El fluconazol (**Diflucan**®, **Loitin**®, cápsulas de 50, 100, 150 y 200 mg) en dosis única oral de 150 mg tiene la misma eficacia.

## Infección por herpes genital

El *herpes virus tipo 2* es el causante de la mayoría de los casos, aunque el tipo 1 también puede producirla. Después de la infección primaria, el virus permanece en estado latente en los ganglios sensitivos presacros, y se activa en presencia de ciertos factores aún desconocidos. La infección se transmite por contacto sexual directo, y la clínica aparece entre 3 y 7 días después de este.

El *diagnóstico* es eminentemente clínico. Las pacientes sintomáticas refieren parestesias en la región perineal y, en ocasiones, radiculalgias sacras o irradiadas a los miembros inferiores. También es frecuente el dolor inguinal y pélvico en relación con la adenopatía local, y la aparición de un síndrome vírico inespecífico (cefalea, malestar general, etc.). La micción puede ser enormemente dolorosa, e incluso puede ocasionar retención aguda de orina que requiere sondaje uretral. En las infecciones recidivantes la sintomatología es menos florida.

La exploración física revela vesículas arracimadas y múltiples, muy dolorosas, que afectan a extensas áreas de los genitales. En ocasiones las vesículas coalescen y forman bullas de mayor tamaño, que al romperse, dejan úlceras grandes. Estas pueden sobreinfectarse, simulando un carcinoma de cérvix o de vulva. La linfoadenopatía inguinal es casi constante.

El cuadro clínico generalmente cura sin secuelas en 1 o 2 semanas. En sujetos inmunocompetentes la meningoencefalitis herpética (v. cap. 63) es muy infrecuente.

El *tratamiento del primer episodio* se basa en la administración de un antivírico, como aciclovir, valaciclovir o famciclovir. De ellos, los dos últimos tienen mayor biocapacidad oral que el aciclovir y requieren menor frecuencia de dosis. Se administran por vía oral (la vía tópica no está recomendada para el herpes genital), durante 7-10 días, y puede prolongarse durante más tiempo en función del estado de curación de las lesiones.

- Valaciclovir (**Valtrex**®, comprimidos de 500 mg y 1 g) en dosis de 1 g/12 h.
- Famciclovir (**Famvir**®, comprimidos de 125, 250 y 500 mg) en dosis de 250 mg/8 h.
- Aciclovir (**Zovirax**®, comprimidos dispersables de 200 y 800 mg) en dosis de 200 mg/4 h, descansando por la noche (5 dosis/día).

En pacientes con complicaciones neurológicas, intolerancia oral o enfermedad diseminada (pacientes inmunocomprometidas), se administra aciclovir (**Zovirax**®, viales con 250 mg) en dosis de 5-10 mg/kg/8 h por vía intravenosa durante 2-3 semanas; para un paciente de 70 kg se diluyen 1,5-3 ampollas (375-750 mg) en 250 ml de suero fisiológico, y se perfunden en 2 h (40 gotas/min o 120 ml/h).

*En las recidivas*, el tratamiento debe comenzarse dentro de las primeras 24 h del inicio de los síntomas o signos de infección, ya que hay más probabilidad de curación sin desarrollo de lesiones. Se administra, por vía oral, uno de los siguientes:

- Valaciclovir (**Valtrex**®, comprimidos de 500 mg y 1 g), en dosis de 500 mg/12 h durante 3 días o 1 g/24 h durante 5 días.
- Famciclovir (**Famvir**®, comprimidos de 125, 250 y 500 mg), en dosis de 125 mg/12 h durante 5 días o 1 g/12 h, durante 1 día.
- Aciclovir (**Zovirax**®, comprimidos dispersables de 200 y 800 mg), en dosis de 400 mg/8 h durante 5 días u 800 mg/8 h durante 2 días.

## Otras vaginitis

- **Vaginitis atrófica.** Es frecuente su aparición en mujeres posmenopáusicas. Cursa con prurito vaginal y malestar vulvar inespecífico. El tratamiento se basa en la administración de cremas de estrógenos, como promestrieno (**Colpotrofin**®, crema vaginal) en dosis de 1-2 aplicaciones diarias.

- **Vaginitis por cuerpos extraños.** Son frecuentes en la edad infantil, y los objetos son muy diversos, como gomas de borrar, lápices, tornillos y tuercas, canicas, trapos, papel, etc. Sus síntomas son prurito y enrojecimiento de los genitales, acompañado de leucorrea maloliente y persistente. Su diagnóstico se realiza por inspección cuidadosa de la vagina y, en ocasiones, por ecografía y radiografía simple de abdomen centrada en la pelvis. La extracción se realiza con pinzas finas, con cuidado de no dañar el himen y, generalmente, bajo anestesia. Asimismo, se solicita cultivo del exudado vaginal, para establecer el tratamiento según el antibiograma.

## Imperforación del himen

La paciente tipo es una mujer de 12 a 16 años, con amenorrea primaria y crisis de dolor abdominal. Al inspeccionar la vulva se observa un himen abombado, sin orificio y con aspecto violáceo por la sangre acumulada. El tacto rectal revela dilatación y ocupación vaginal que abomba el recto.

En la ecografía se aprecia una dilatación vaginal con un contenido ecográficamente refringente y heterogéneo, e incluso, una ocupación de la cavidad uterina con aumento variable del útero, según el tiempo que lleve menstruando.

El tratamiento no es necesariamente urgente, y solo requiere la apertura del himen y la evacuación del contenido hemático. La paciente debe ingresar en observación durante unas horas, por si se produce una hemorragia activa por atonía.

## Fusión de los labios vulvares

Es más frecuente en la infancia por infecciones y atrofia. El despegamiento quirúrgico de las sinequias solo es necesario cuando se comprometa la micción o existan infecciones urinarias de repetición. El tratamiento de elección es el despegamiento progresivo, con maniobras de apertura, usando preparados tópicos de estrógenos con o sin corticoides, de manera alterna a lo largo del día, como **Positon®**, crema; y **Ovestinon®**, crema vaginal.

## Bartolinitis aguda

Se trata del cierre por infección y posterior abscesificación de la glándula de Bartolino, situada en los laterales del introito vaginal. El labio mayor presenta síntomas inflamatorios, con dolor intenso, espontáneo y al tacto, aumento de temperatura, rubefacción y edema. Suele ser muy dolorosa la posición de sedestación. Generalmente es unilateral y puede acompañarse de fiebre.

Los gérmenes implicados suelen ser anaerobios, aunque debe descartarse el gonococo. Cuando se abscesifica intervienen, además, estafilococos, estreptococos y *Escherichia coli*.

Se trata inicialmente con cloxacilina (**Orbenin®**, cápsulas de 500 mg) en dosis de 500-1.000 mg/8 h por vía oral y antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como naproxeno (**Naprosyn®**, comprimidos de 500 mg), en dosis de 500 mg/12 h por vía oral. Si se abscesifica el tratamiento es quirúrgico.

## Forunculosis vulvar

Es un cuadro similar al que sucede en otras partes de la piel, aunque por la zona, resulta más doloroso. Se trata igual que la bartolinitis aguda, aunque es raro que precise drenaje quirúrgico.

## Abscesos vulvares

Aparecen en cualquier zona de la vulva; el del clítoris es especialmente grave. Se trata igual que el absceso de otra localización, aunque en este debe evitarse el desbridamiento, por la gran vascularización de la zona.

# HIPERMENORREAS O MENORRAGIAS

La *hipermenorrea* o *menorragia* se define como toda hemorragia uterina de mayor intensidad, duración o frecuencia de lo habitual. Puede ser:

- **Premenopáusica:** cuando se produce en tiempo y circunstancias que permiten predecir una próxima menopausia. Si la mujer tiene menos de 40 años se habla de *hipermenorrea en mujer joven.*
- **Posmenopáusica:** cuando ocurre al menos 6 meses, o mejor 12 meses, después de la última menstruación.

## Etiología

- **Causas orgánicas:**
  - Malignas: neoplasias de cérvix, endometrio, trompa, útero, ovario o vagina.
  - Benignas: pólipos endometriales, miomas, adenomiosis, endometriosis, dispositivo intrauterino (DIU), ectopias cervicales, traumatismos, tumores benignos del ovario.
- **Causas funcionales:** alteración de los mecanismos fisiológicos que determinan la menstruación.
- **Generales:** iatrogénicas, hepatopatías, hematológicas, endocrinopatías, trastornos inmunitarios, trasplantes.

Excluyendo el útero miomatoso sintomático, las causas más comunes de *hemorragia uterina anormal* (HUA) son, por orden decreciente: anovulación crónica, pólipos endometriales, miomas submucosos, hiperplasia endometrial, atrofia endometrial y adenocarcinoma de endometrio.

## Diagnóstico

- **Historia clínica:** antecedentes familiares y personales que estén relacionados con las causas de HUA; duración, patrón e intensidad del sangrado; tratamientos previos; presencia de factores de riesgo elevado para el desarrollo de un adenocarcinoma de endometrio (diabetes, obesidad, hipertensión arterial, hirsutismo, nuliparidad, etc.).
- **Exploración ginecológica:** debe ser cuidadosa para detectar causas orgánicas. Debe realizarse inspección de los genitales externos, especuloscopia, citología vaginal y tacto bimanual.
- **Pruebas de laboratorio:** hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios, bioquímica sanguínea básica



© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

(glucosa, iones, urea y creatinina) y estudio de coagulación. Para establecer el diagnóstico etiológico deben solicitarse otras determinaciones: hormona foliculoestimulante (FSH), hormona luteinizante (LH), estradiol ($E_2$), prolactina, testosterona, androstenediona, etc.

- **Ecografía:** es una prueba inocua que no debe omitirse. Debe realizarse siempre antes del estudio endometrial y permite determinar la estructura del miometrio y la localización de miomas que pueden justificar los sangrados, confirmar la presencia de tumores ováricos, valorar el aspecto y el grosor endometrial, y sospechar, en ocasiones, la presencia de pólipos endometriales.
- **Estudio endometrial:** es imprescindible en el estudio de la HUA en mujeres menopáusicas y perimenopáusicas. Se dispone de varios métodos (cánula de Novak, legrado uterino, histeroscopia, etc.), pero no son objetivo de la medicina de urgencias y emergencias.

## Criterios de ingreso

Deben ingresar con carácter urgente las pacientes con HUA que presenten una hemoglobina inferior a 8 g/dl o metrorragia abundante con repercusión hemodinámica.

## Tratamiento

### *Tratamiento hemostático farmacológico*

- **Anticonceptivos orales**. Se utilizará cualquier anticonceptivo oral que contenga 30 μg de etinilestradiol (**Yasmin®**, comprimidos de 3 mg de drospirenona y 30 μg de etinilestradiol). Es el tratamiento de elección en las adolescentes. Se administra en dosis de 1 comprimido/8 h por vía oral hasta conseguir la hemostasia. Después, se continúa con 1 comprimido/12 h por vía oral durante una semana, y finalmente, con 1 comprimido/24 h hasta completar 21 días de tratamiento.
- **Tratamientos no hormonales.** Son menos efectivos que los hormonales. El más utilizado y eficaz es el ácido tranexámico (**Amchafibrin®**, comprimidos de 500 mg), en dosis de 1 g/6 h por vía oral.

### *Regularización del ciclo*

El objetivo es que la menstruación se regularice y disminuya el sangrado menstrual excesivo.

- **Tratamiento no hormonal**. Está indicado en caso de deseo gestacional o rechazo a la terapia hormonal. El tratamiento se realiza durante la fase menstrual del ciclo:
  - Ácido tranexámico (**Amchafibrin®**, comprimidos de 500 mg) en dosis de 1 g/6 h por vía oral. Disminuye el sangrado en un 50%.
  - Naproxeno (**Naprosyn®**, comprimidos de 500 mg) en dosis de 500 mg/12 h por vía oral. Disminuye el sangrado en un 30%.
- **Tratamiento hormonal.** Está indicado en mujeres que no desean la gestación.
  - DIU con levonorgestrel (**Mirena®**, sistema de liberación intrauterino con 0,02 mg). Disminuye el sangrado en un 80-94%.
  - Valerato de estradiol más dienogest (**Qlaira®**, comprimidos). Disminuye el sangrado en un 87-97%.
  - Anticonceptivos orales (**Yasmin®**, comprimidos de 3 mg de drospirenona y 30 μg de etinilestradiol; **Yasminelle®**, comprimidos de 3 mg de drospirenona y 20 μg de etinilestradiol). Disminuyen el sangrado en un 35-68%.
  - Gestágenos, como medroxiprogesterona (**Progevera®**, comprimidos de 5 y 10 mg) o noretisterona (**Primolut Nor®**, comprimidos de 5 y 10 mg), en dosis de 5-10 mg/día durante 21 días (del día 5 al 25 del ciclo). Disminuyen el sangrado en un 50%.

# DOLOR PÉLVICO AGUDO

La *anamnesis* de toda paciente con dolor pélvico agudo debe incluir:

- **Forma de inicio:** lancinante o brusco (perforación de víscera hueca, hemorragia intrapélvica aguda), progresivo (procesos inflamatorios agudos) o insidioso (procesos inflamatorios crónicos o neoplásicos).
- **Carácter:** cólico, fijo-continuo, visceral-sordo y parietal (más intenso).
- **Localización y tipo de irradiación del dolor:** los procesos de útero o vejiga ocasionan dolor pélvico central, la patología tubárica y ovárica originan dolor pélvico lateral. Si el dolor es referido al hemiabdomen derecho, hay que descartar una apendicitis aguda. La ocupación del fondo de saco de Douglas debe sospecharse siempre que el dolor se irradie al recto.
- **Elementos que modifican su patrón,** como la micción, la defecación, el coito, la actividad física, el reposo o el estrés.
- **Sintomatología acompañante:** náuseas, vómitos, anorexia, alteraciones del ritmo intestinal, fiebre y escalofríos, shock, síntomas genitourinarios (metrorragia, leucorrea, disuria), etc.
- Es necesario anotar meticulosamente los antecedentes menstruales, fecha de la última regla, antecedentes sexuales y métodos anticonceptivos, e incluir preguntas de selección gastrointestinal, del aparato urinario, médicas y traumáticas.
- No deben administrarse analgésicos hasta haber llegado al diagnóstico de sospecha o haber tomado una decisión en cuanto al manejo médico o quirúrgico del proceso.

La exploración física, las exploraciones complementarias y los criterios de ingreso se han detallado en el capítulo 46.

El *tratamiento* depende de la causa que lo origine, como se ha expuesto en los capítulos respectivos.

A continuación se describen los procesos ginecológicos que no se tratan en otros capítulos de esta obra:

- **Dismenorrea.** Es un dolor pélvico vinculado a la menstruación, de carácter crónico, aunque a veces puede ser agudo e incapacitante. La dismenorrea puede ser primaria, sin patología orgánica concurrente, o secundaria, con una afección orgánica demostrable (endometriosis, adenomiosis, salpingitis crónica, etc.).

- **Dolor periovulatorio.** Se caracteriza por dolor en la zona paraumbilical correspondiente al ovario ovulante. En general no requiere tratamiento.
- **Endometriosis.** Suele cursar como dolor abdominal crónico asociado a dismenorrea, pero en algunos casos comienza como dolor abdominal agudo, generalmente cuando se presenta como rotura de un endometrioma o quiste de chocolate.
- **Torsión anexial.** Se trata de una tumoración anexial libre y móvil (quiste de ovario con más frecuencia). El dolor puede acompañarse de náuseas, vómitos y febrícula; suele ser intermitente y localizado en su lado afectado. Su intensidad aumenta conforme la oclusión vascular se hace más completa, y puede provocar un abdomen agudo con signos de irritación peritoneal.
- **Rotura de un folículo hemorrágico.** Se trata de una mujer joven, en la segunda fase del ciclo, que después de un traumatismo o relaciones sexuales (en ocasiones, espontáneamente) presenta dolor brusco unilateral de irradiación lumbar o crural. El diagnóstico se basa en la anamnesis y ecografía ginecológica. En función de la gravedad del cuadro, puede resolverse de manera espontánea o precisar cirugía.
- **Mioma uterino complicado.** Cursa con dolor abdominal agudo cuando existe torsión, degeneración, hemorragia intratumoral o contracciones uterinas para expulsar un mioma intracavitario.

## ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

Se debe a alteraciones inflamatorias o infecciosas que afectan a los órganos situados en la pelvis menor. Es más frecuente en las mujeres de 15 a 25 años. Su importancia radica no solo en la morbilidad aguda, sino en su capacidad de producir secuelas, como esterilidad, gestación ectópica, recidivas y dolor abdominal crónico.

Los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) incluyen: abortos, promiscuidad sexual, cirugía cervical, parto y ser portadora de un DIU. Respecto a la etiología, suele ser polimicrobiana: *Chlamydia trachomatis*, gonococo y gérmenes aerobios y anaerobios de la flora cervicovaginal.

La EIP se clasifica en:

- **Estadio I:** salpingitis aguda sin pelviperitonitis.
- **Estadio II:** salpingitis aguda con pelviperitonitis.
- **Estadio III:** salpingitis con formación de abscesos.
- **Estadio IV:** rotura de un absceso.

### Diagnóstico

El diagnóstico de EIP es muy difícil por la poca especificidad y sensibilidad de la historia clínica y de las exploraciones complementarias. El único método fiable es la laparoscopia, que permite una visión directa y la toma de cultivo. Sin embargo, se reserva para el grupo de pacientes con diagnóstico dudoso o cuando fracasa el tratamiento convencional.

El diagnóstico clínico se basa en los criterios de Hager modificados según la SEGO (cuadro 187.1). Se requiere la presencia de todos los criterios mayores y de, por lo menos, uno menor.

**Cuadro 187.1 Criterios diagnósticos de enfermedad inflamatoria pélvica**

**Criterios mayores**
Dolor en abdomen inferior
Dolor a la movilización del cérvix
Dolor a la exploración anexial
Historia de actividad sexual en los últimos meses
Ecografía no sugestiva de otra patología

**Criterios menores**
Temperatura >38 °C
Leucocitosis >10.000/μl
VSG elevada
Demostración de gonococo o *Chlamydia* en exudado endocervical

VSG: velocidad de sedimentación globular.

### Criterios de ingreso

Requieren ingreso hospitalario las pacientes con EIP en estadios II, III y IV, y en estadio I cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

- Falta de respuesta a la antibioterapia después de 48 h.
- Temperatura superior a 38 °C.
- Diagnóstico incierto.
- Riesgo quirúrgico.
- Náuseas o vómitos.
- Embarazo.
- Signos evidentes de reacción peritoneal.
- Sospecha de piosálpinx, absceso ovárico o tuboovárico.
- Prepúber o adolescente.
- Enfermedad grave asociada (virus de la inmunodeficiencia humana, inmunodepresión).
- Gran interés por mantener la fertilidad.

### Tratamiento

#### *Tratamiento domiciliario*

En las pacientes con EIP en estadio I sin criterios de ingreso hospitalario se prescribe tratamiento ambulatorio durante 14 días (excepto la ceftriaxona) con cualquiera de las siguientes pautas:

- Ofloxacino (**Surnox®**, comprimidos de 200 mg) en dosis de 400 mg/12 h o levofloxacino (**Tavanic®**, comprimidos de 500 mg) en dosis de 500 mg/24 h; más metronidazol (**Metronidazol Normon®**, comprimidos de 250 mg) en dosis de 500 mg/12 h. Todos ellos por vía oral.
- Ceftriaxona (**Ceftriaxona Normon®**, viales intramusculares de 250 mg) en dosis única de 250 mg por vía intramuscular, más doxiciclina (**Vibracina®**, comprimidos de 100 mg) en dosis de 100 mg/12 h por vía oral, más metronidazol (**Metronidazol Normon®**, comprimidos de 250 mg) en dosis de 500 mg/12 h por vía oral.
- Ceftriaxona (**Ceftriaxona Normon®**, viales intramusculares de 250 mg) en dosis única de 250 mg por vía intramuscular, más azitromicina (**Zitromax®**, comprimidos



© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de 500 mg y sobres de 1 g) en dosis de 1 g/semana por vía oral.

Si en 8-72 h la paciente no mejora, se aconseja ingreso hospitalario.

### *Tratamiento de ingreso*

Si la paciente presenta criterios de ingreso, se administra una de las pautas antibióticas siguientes:

- Cefoxitina (**Cefoxitina Normon®**, viales intravenosos e intramusculares con 1 g) en dosis de 2 g/8 h por vía intravenosa; más doxiciclina (**Vibravenosa®**, ampollas con 100 mg) en dosis de 100 mg/12 h por vía intravenosa. Si a las 48 h hay mejoría clínica, se administran por vía oral y durante 14 días: doxiciclina (**Vibracina®**, comprimidos de 100 mg) en dosis de 100 mg/12 h más metronidazol (**Metronidazol Normon®**, comprimidos de 250 mg) en dosis de 500 mg/12 h.
- Si existe alergia a la penicilina: gentamicina (**Gentamicina Braun®**, frascos de 80 ml con 80 y 240 mg) en dosis de 6 mg/kg/24 h por vía intravenosa (los aminoglucósidos administrados en dosis única diaria tienen menos nefrotoxicidad), más clindamicina (**Dalacin fosfato®**, ampollas con 300 y 600 mg) en dosis de 900 mg/8 h por vía intravenosa. Cuando la paciente esté asintomática se pasa a la vía oral con clindamicina (**Dalacin®**, cápsulas de 150 y 300 mg) en dosis de 450 mg/6 h durante 14 días.
- Si existe un absceso mayor de 8 cm se procede al drenaje quirúrgico. En ocasiones es necesaria la histerectomía y la anexectomía.

## ANTICONCEPCIÓN EN URGENCIAS

### Anticoncepción poscoital

La píldora poscoital está compuesta por levonorgestrel (**Postinor®**, **Norlevo®**, comprimidos de 1,5 mg). Se administra en dosis única de 1,5 mg por vía oral en las primeras 72 h después del coito desprotegido (mejor durante las primeras 12 h).

Está indicada su administración en las siguientes situaciones: coito desprotegido, mal cálculo de los días fértiles, eyaculación antes de lo previsto, rotura o retención del preservativo, olvido de la toma de anovulatorios, ingesta de fármacos teratógenos con posibilidad de embarazo, violación o relación sexual bajo los efectos de alcohol o drogas. Su eficacia es mayor cuanto más precoz es su administración, supera el 95% antes de las 24 h, el 58% entre 48-72 h, y no está indicada una vez transcurrido este tiempo. Después de su administración, la menstruación puede aparecer a los pocos días o en el momento esperado. Si transcurre más de una semana de la fecha probable para la menstruación, debe descartarse la posibilidad de embarazo.

Este fármaco está contraindicado en el embarazo confirmado, por su inutilidad, y en caso de alergia.

### Anticonceptivos hormonales

Los motivos de consulta en urgencias son los derivados de sus efectos secundarios y de las dudas acerca del olvido de una toma. Entre ellos, destacan por su frecuencia:

- ***Spotting* (manchados).** Pueden producirse al inicio del tratamiento y ceden solos. Si persisten, hay que cambiar a otro preparado o aumentar la dosis del mismo.
- **Olvido en la ingesta de 1 comprimido:**
  - Si transcurren más de 7 días, se reinicia la toma como si fuese la primera caja, y se usa otro método anticonceptivo hasta consumir la píldora 15.
  - Si el olvido es inferior a 12 h, se toma y se prosigue con normalidad.
  - Si el olvido es superior a 12 h, se toma la píldora correspondiente y se adoptan otros métodos anticonceptivos durante 7 días.
- **Tensión mamaria.** Suele producirse al inicio del tratamiento, y es transitoria. Si persiste o si fuese muy intensa, se suspende el tratamiento.
- **Galactorrea.** El tratamiento se suspende cuando las cifras de prolactina son muy elevadas y las hormonas tiroideas están alteradas.
- **Amenorrea.** Cuando es persistente, obliga a interrumpir el tratamiento y a estudiar su causa.

### Dispositivos intrauterinos

Existen tres tipos: inertes (infrecuentes), de cobre (los más usados) y liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG). Las *consultas urgentes más frecuentes* son las siguientes:

- Dolor o *spotting* después de la inserción. Es normal, aunque a veces requiere la administración de AINE.
- El DIU-LNG causa *spotting* en el período de adaptación (3-6 meses) para, posteriormente, producir oligomenorrea o amenorrea por atrofia.
- Molestias en la pareja durante las relaciones sexuales. Si son persistentes, obliga a recortar los hilos en el orificio cervical externo.
- No deben tocarse los hilos. Si se ha hecho, hay que realizar una ecografía para localizar el DIU. Si no está en la cavidad, se solicita una radiografía simple de abdomen para descartar su expulsión o su migración a la cavidad abdominal por perforación iatrogénica o por decúbito.

El DIU *se retira* cuando exista alguna de las siguientes situaciones:

- Dolor, o sangrado intenso o persistente, que no ceden al tratamiento habitual.
- Aparición de anemia grave o coagulopatías.
- Dolor pélvico acompañado de fiebre.
- Embarazo no deseado.
- DIU mal insertado o en vías de expulsión.
- Aparición de ETS.
- Presencia de *Actinomyces* en el estudio citológico.
- Distorsión de la cavidad uterina por miomas submucosos o intramurales.

## SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA

Es una respuesta exagerada del ovario a los inductores de la ovulación que, en su grado más grave, puede provocar

una alteración endocrinometabólica caracterizada por hipercrecimiento ovárico con ascitis, hidrotórax, alteraciones de la coagulación, hipovolemia y parada cardiorrespiratoria. Se asocia al uso de gonadotropinas exógenas y, rara vez, al citrato de clomifeno, que se prescriben para la estimulación de la ovulación.

Fisiopatológicamente se produce un aumento de la permeabilidad capilar que favorece la aparición de un tercer espacio y hemoconcentración. Suele ser autolimitado, y es menos grave y de menor duración en la mujer no embarazada (7-10 días) que en la mujer gestante (varias semanas).

## Clasificación

El síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) se clasifica en:

- **Leve:**
  - **Grado 1:** distensión abdominal.
  - **Grado 2:** distensión abdominal, náuseas, vómitos y/o diarrea. Ovarios engrosados (5-12 cm).
- **Moderado (grado 3):** estadio leve más evidencia ecográfica de ascitis.
- **Grave:**
  - **Grado 4:** evidencia clínica de ascitis y/o hidrotórax o dificultad respiratoria.
  - **Grado 5:** además de lo anterior, existe hipovolemia, hemoconcentración y oliguria.
- **Severo:**
  - Engrosamiento ovárico variable.
  - Ascitis con o sin hidrotórax.
  - Hemoconcentración (hematocrito >45%) y leucocitosis (recuento leucocitario >15.000/μl).
  - Oliguria, creatinina plasmática de 1-1,5 mg/dl y aclaramiento de creatinina superior a 50 ml/min.
  - Disfunción hepática.
  - Anasarca.
- **Crítico:**
  - Engrosamiento ovárico variable.
  - Ascitis a tensión e hidrotórax.
  - Hemoconcentración (hematocrito >55%) y leucocitosis (recuento leucocitario >25.000/μl).
  - Oliguria con fracaso renal (creatinina plasmática >1,6 mg/dl y aclaramiento de creatinina <50 ml/min).
  - Síndrome de dificultad respiratoria del adulto.
  - Tromboembolia.

## Diagnóstico

Se basa en la realización de una *anamnesis* cuidadosa (preguntar siempre si la paciente se ha sometido a técnicas de reproducción asistida recientemente); *exploración física* general, dedicando especial atención a la auscultación cardiorrespiratoria y la palpación abdominal; y *exploraciones complementarias* urgentes, como hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios, bioquímica sanguínea (glucosa, urea, creatinina, iones, aspartato aminotransferasa [AST] y alanina aminotransferasa [ALT]), estudio de coagulación, electrocardiograma y ecografía abdominovaginal.

## Criterios de ingreso

La paciente con SHO requiere ingreso hospitalario en las siguientes situaciones (generalmente se corresponden con los cuadros graves, severos y críticos):

- Vómitos o diarrea incoercibles.
- Hipotensión.
- Disminución del murmullo vesicular en todo o en gran parte de los campos pulmonares.
- Ascitis a tensión o evidencia ecográfica de ascitis moderada-grave.
- Signos de peritonismo.
- Alguna de las alteraciones analíticas siguientes: hematocrito mayor del 48%, natremia inferior a 135 mEq/l, potasemia superior a 5 mEq/l o creatinina plasmática mayor de 1,2 mg/dl.

## Tratamiento

### *Tratamiento ambulatorio*

Está indicado en los grados 1, 2 y 3, y se basa en:

- Reposo relativo en cama y abstinencia sexual.
- Analgésicos, como paracetamol (**Efferalgan®**, comprimidos efervescentes de 1 g), en dosis de 1 g/6 h, por vía oral. Los inhibidores de las prostaglandinas, como los AINE, están contraindicados porque pueden empeorar la perfusión renal.
- Asegurar una ingesta mínima de líquido de 1,5 l/día.
- Control del equilibrio hídrico cada 24 h.
- Control diario del peso.
- Revisión ambulatoria cada 2-3 días. Si se produce un aumento de peso superior a 1 kg/día o un agravamiento de su cuadro clínico, se procede al ingreso de la paciente para el tratamiento hospitalario.

### *Tratamiento hospitalario*

Está indicado en los grados 4 y 5, y en el SHO severo y crítico. Se basa en:

#### Control de parámetros y tratamiento inmediato

- Evaluación inmediata del hematocrito.
- Equilibrio de ingesta de líquidos y diuresis cada 4 h.
- Examen físico diario, con medida del perímetro abdominal y del peso.
- Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios, bioquímica sanguínea y estudio de coagulación diarios.
- Ecografía, para valorar el grado de ascitis.
- Radiografía de tórax y pulsioximetría, si existen manifestaciones clínicas respiratorias.
- Si el hematocrito es superior al 42%, o si existe oliguria o ascitis a tensión, se canaliza una vía venosa periférica, preferiblemente con un catéter central de inserción periférica (catéter PICC), y se perfunde suero fisiológico a una velocidad inicial de 1.000 ml en 1 h. Si después de esta infusión el hematocrito es inferior al 42%, se perfunde a razón de 2.000 ml/día; si, por el contrario, sigue siendo mayor del 42%, se perfunde a un ritmo de 150 ml/h durante 4 h, revaluando posteriormente el hematocrito y la diuresis. Si continúan sin normalizarse



© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

estos parámetros, se administra albúmina (**Albúmina humana Behring® 20%**, frascos de 50 y 100 ml) en dosis de 50 ml/h durante 4 h. Si después de normalizar el hematocrito, la diuresis es inferior a 500 ml/24 h, se administra furosemida (**Seguril®**, ampollas con 20 mg) en dosis de 20 mg por vía intravenosa por cada dos dosis de albúmina.

### Profilaxis de enfermedad tromboembólica

Se administra heparina de bajo peso molecular, por vía subcutánea, como una de las siguientes:

- Bemiparina (**Hibor®**, jeringas precargadas con 2.500, 3.500, 5.000, 7.500, 10.000 y 12.500 UI anti-Xa) en dosis de 3.500 UI/24 h.
- Enoxaparina (**Clexane®**, jeringas precargadas con 20, 40, 60, 80, 100, 120 y 150 mg) en dosis de 1 mg/kg/24 h.

### Indicaciones de paracentesis

- Afectación renal: oliguria persistente, descenso del aclaramiento de creatinina y aumento de la creatinina sérica.
- Distensión abdominal que causa dolor intenso.
- Afectación pulmonar: disnea, taquipnea persistente, hidrotórax o descenso de la saturación arterial de oxígeno.
- Insomnio.

### Tratamiento quirúrgico

Solo está indicado en las siguientes situaciones:

- Torsión anexial.
- Embarazo ectópico.
- Hemoperitoneo.

### Tratamiento de las complicaciones

- Tromboembolia pulmonar (v. cap. 36).
- Síndrome de distrés respiratorio: valorar la interrupción de la gestación.

## VIOLACIÓN Y ABUSOS DESHONESTOS

Desgraciadamente, las consultas por violación y abusos deshonestos son cada vez más frecuentes en urgencias. Las *premisas generales* que se deben tener en cuenta son las siguientes:

- Llevar a cabo la evaluación inicial del estado general de la paciente, valorando la existencia de traumatismos o hemorragias importantes.
- Informar a la paciente y a sus familiares para que denuncien los hechos lo antes posible.
- Si los hechos no son recientes, después del examen físico, derivar a la paciente a la policía judicial y al forense.
- Cumplimentar un primer parte judicial.
- Procurar evitar el enmascaramiento o la destrucción de pruebas vitales para la posterior investigación médico-legal:
  - Conservar intacta toda la ropa de la víctima en el momento de la agresión.
  - No lavar o desinfectar ninguna de las zonas antes de la recogida de las muestras.
  - Si la paciente necesitase rasurado púbico para la sutura de heridas, recoger previamente muestras del mismo.

Una vez cumplidas estas premisas, se enumeran las *situaciones más frecuentes* que pueden aparecer:

- Si un centro o un hospital con servicio de ginecología está cerca de la consulta, o si se dispone de un forense de guardia, solo se tiene que tranquilizar a la paciente, incluso con alguna sedación suave, y se deriva a dicho centro u hospital.
- Si no se dispone de hospital cercano ni de forense de guardia, se procede de la siguiente manera:
  - Se recoge de la víctima toda la información posible de los hechos ocurridos, y se comunica al juzgado de guardia más cercano o a la policía.
  - Una vez tranquilizada la víctima, se le quita toda la ropa que llevase en el momento de la agresión y se introduce sin manipular en una bolsa cerrada y etiquetada, que se entrega a la policía judicial o al forense.
  - A continuación, se peina el vello púbico sobre un paño o papel blanco, y las muestras recogidas se introducen en un recipiente cerrado y etiquetado.
  - Evaluación de todas las lesiones, especialmente las existentes en las zonas genital y anal, dedicando especial atención a su estado (excoriaciones, grado de tumefacción, etc.).
  - Sobre el estado del himen, solo se hace un juicio si presenta signos de desgarro reciente. Nunca se revisa la vagina con espéculo sin tener la seguridad de la existencia de relaciones sexuales previas.
  - Si se aprecia salida de semen por la vagina o el ano, se recogen muestras para su análisis.
  - Independientemente de que haya o no semen, se toman tres muestras de la vagina o del ano con torundas, para realizar una citología vaginal y cultivo. Si la violación ha sido oral, se toman dos muestras, de labios y de mucosa bucal.
  - Derivar a la paciente a consulta de ETS para su control y estudio.
  - Informar a la víctima o a su familia de la posibilidad de embarazo y, si está conforme, administrarle la píldora poscoital.
  - El médico es el responsable de la custodia de las pruebas hasta su entrega a la policía judicial.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Abu Hashim H. Medical treatment of idiopathic heavy menstrual bleeding. What is new? An evidence based approach. Arch Gynecol Obstet 2013;287:251-60.

Cheng L, Che Y, Gülmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. Cochrane Database Syst Rev 2012;8:CD001324. doi: 10.1002/14651858.CD001324.pub4.

CDC Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines 2010. Diseases Characterized by Vaginal Discharge [acceso 14/8/2013]. Disponible en http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm.

CDC Sexually Transmitted Diseases. Treatment Guidelines 2010. Pelvic Inflammatory Disease [acceso 14/8/2013]. http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/pid.htm.

Grimes DA, Hubacher D, Lopez LM, Schulz KF. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy bleeding or pain associated with intrauterine-device use. Cochrane Database Syst Rev 2006;4:CD006034. doi: 10.1002/14651858.CD006034.pub2.

Gupta J, Kai J, Middleton L, Pattison H, Gray R, Daniels J. ECLIPSE Trial Collaborative Group. Levonorgestrel intrauterine system versus medical therapy for menorrhagia. N Engl J Med. 2013;368(2):128-37.

Kropp RY, Latham-Carmanico C, Steben M, Wong T, Duarte-Franco E. What's new in management of sexually transmitted infections? Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections 2006 Edition. Can Fam Physician 2007;53:1739-41.

Mell HK. Management of Oral and Genital Herpes in the Emergency Department. Emerg Med Clin North Am 2008;26:457-73.

Richardson AR, Maltz FN. Ulipristal acetate: review of the efficacy and safety of a newly approved agent for emergency contraception. Clin Ther 2012;34:24-36.

Young G.L, Jewell D. Tratamiento tópico para la candidiasis vaginal (muguet) del embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Zarpadiel I, De la Fuente J, Bajo JM. Guía práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología (acorde a los protocolos de la S.E.G.O). Madrid: Edit. Tifan; 2008.



© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.