

**III JORNADAS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**
para atención primaria a través de
casos clínicos

Lunes 24 de noviembre de 2014



Hospital Universitario Infanta Elena

 Comunidad de Madrid



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de
Atención Primaria

Dirección Asistencial Sur

 Comunidad de Madrid

INFECCIONES GINECOLÓGICAS

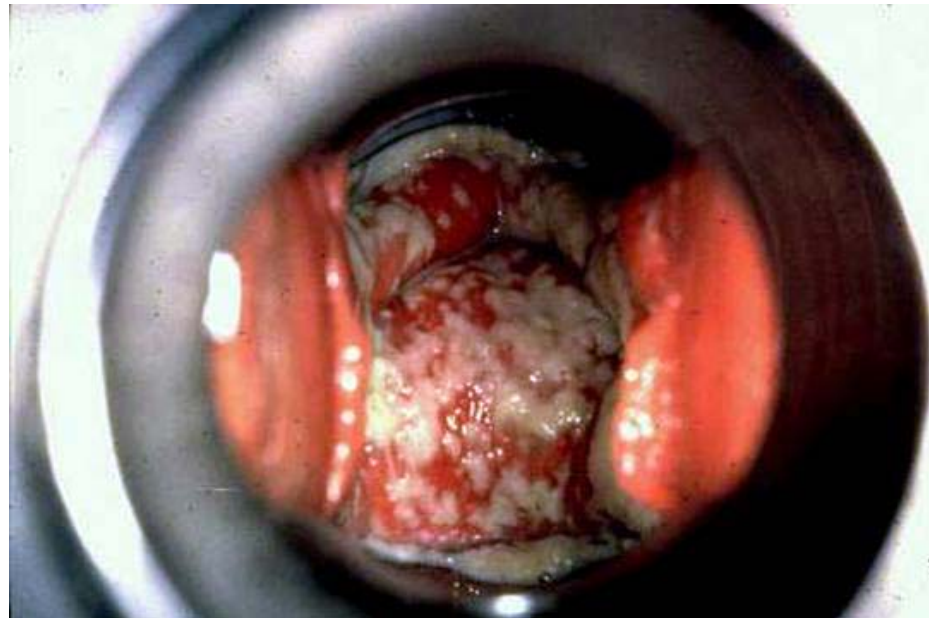
Dr. Raúl Villasevil Villasevil
Obstetricia y Ginecología

CASO CLÍNICO 1

Mujer 31 años. Acude a consulta por prurito vaginal desde hace 4 días y leucorrea blanquecina no maloliente. Refiere episodios similares en otras 4 ocasiones a lo largo del año, con mejoría al tratar con clotrimazol tópico.

- A. personales: sin interés. NAMC. No cirugías previas.
- A. gineco-obstétricos: G0. Anticoncepción: barrera. Reglas regulares.

Exploración: genitales externos normales y vagina con leucorrea abundante no maloliente, blanquecina y grumosa.



¿Cuál es la primera sospecha diagnóstica?

1. Tricomoniasis.
2. Candidiasis.
3. Vaginosis bacteriana.
4. Herpes genital.

¿Cuál es la primera sospecha diagnóstica?

1. Tricomoniasis.
2. **Candidiasis.**
3. Vaginosis bacteriana.
4. Herpes genital.

CANDIDIASIS DE REPETICIÓN

4 ó más episodios sintomáticos
en un año

- Reservorio vaginal persistente.
- Reinfeción endógena.
- Misma cepa.
- 80-92% *C. albicans*.

¿Realizaríamos alguna otra prueba diagnóstica?

1. Sería suficiente determinar el pH vaginal.
2. No, la clínica es diagnóstica.
3. Sí, un cultivo vaginal.
4. Determinación de pH vaginal y citología.

¿Realizaríamos alguna otra prueba diagnóstica?

1. Sería suficiente determinar el pH vaginal.
2. No, la clínica es diagnóstica.
- 3. Sí, un cultivo vaginal.**
4. Determinación de pH vaginal y citología.

CULTIVO VAGINAL

- Imprescindible para el diagnóstico de candidiasis recurrente.
- Innecesario en posteriores episodios (¡rara vez cepas distintas!).
- Confirmatorio.
- Identifica especies y posibles resistencias.



Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué debemos hacer?

1. No instauraremos tratamiento hasta conocer el agente causal.
2. Clotrimazol 500 mg óvulo vaginal, dosis única.
3. Fluconazol 150 mg/24 h, v.o., 2 dosis + clotrimazol crema/12 h, una semana.
4. Fluconazol 150 mg/72 h, v.o., 3 dosis + clotrimazol crema/12 h, 2 semanas + clotrimazol 500 mg óvulo vaginal/semana, 2 semanas.

Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué debemos hacer?

1. No instauraremos tratamiento hasta conocer el agente causal.
2. **Clotrimazol 500 mg óvulo vaginal, dosis única.**
3. Fluconazol 150 mg/24 h, v.o., 2 dosis + clotrimazol crema/12 h, una semana.
4. Fluconazol 150 mg/72 h, v.o., 3 dosis + clotrimazol crema/12 h, 2 semanas + clotrimazol 500 mg óvulo vaginal/semana, 2 semanas.

TRATAMIENTO DE LA CANDIDIASIS

EPISODIOS AISLADOS

No existen diferencias entre vía oral y tópica.

- Fluconazol 150 mg v.o., dosis única.
- Imidazoles tópicos (clotrimazol, sertaconazol, fenticonazol, flutrimazol...) en monodosis.

Si factores de riesgo:

- Fluconazol 150 mg/72 h, 2-3 dosis, v.o.
- Imidazoles tópicos: tratamientos de 1-2 semanas.

CANDIDIASIS RECURRENTE

TRATAMIENTO INICIAL ERRADICADOR + TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CONTRA LOS RESERVORIOS

1. *TRATAMIENTO INICIAL: 1-2 SEMANAS*

Pautas orales:

- a) Fluconazol 150 mg/72 h, 3 dosis.
- b) Itraconazol 200 mg/24 h, 10 días.

Pautas tópicas:

- a) Clotrimazol 100 mg/día, 12 días, o 500 mg/semana, 2 semanas.
- b) Fenticonazol 200 mg/día, 10 días, o 600 mg/día, 3 días.



¡TRATAR SIEMPRE LA ZONA VULVAR!

TRIPLE TERAPIA: VAGINAL + VULVAR + ORAL

2. TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO: 6-12 MESES.

Pautas orales:

- a) Fluconazol 150 mg/semana.
- b) Itraconazol 200 mg/mes (tras regla).



Pautas tópicas:

- a) Clotrimazol 500 mg/semana o al mes (tras regla).
- b) Fenticonazol 600 mg/semana.



FLUCONAZOL

- Monodosis: concentraciones terapéuticas en secreciones vaginales durante al menos 72 horas.
- Puede usarse durante largos períodos de tiempo.
- Seguro.
- No necesario monitorizar (itraconazol y ketoconazol requieren control función hepática).
- Si alergia probada: usar tratamientos tópicos.

CEPAS NO ALBICANS

C. glabrata: > 50 % resistencias a fluconazol.

- Itraconazol oral.
- Ácido bórico 600 mg/24 h, v.v., 2 semanas.
- Flucitosina crema intravaginal 5 g/día, 2 semanas.

C. krusei: resistente a fluconazol y flucitosina. Tratar con ácido bórico u otros imidazoles.



DATOS A RECORDAR

- No se alteran los lactobacilos vaginales. No probada efectiva la terapia con probióticos.
- No considerada ETS, pero sí se puede transmitir sexualmente. No necesario tratar al varón.
- Citología con Candida en mujer asintomática ¡no precisa tratamiento!

CASO CLÍNICO 2

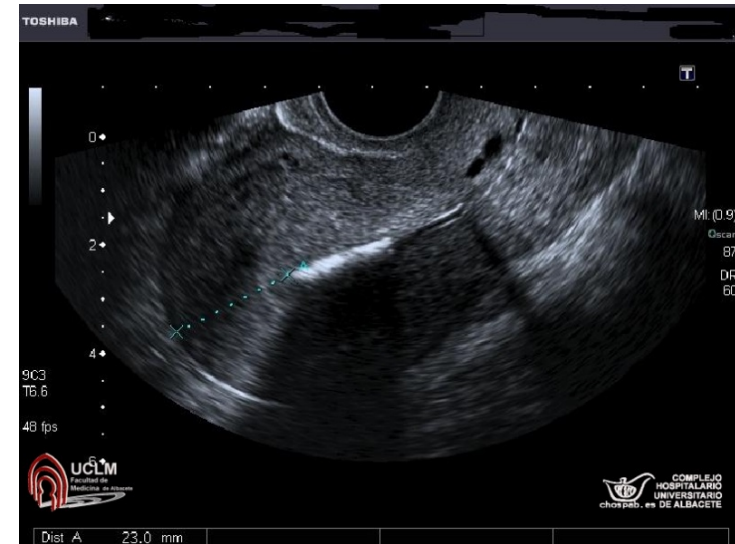
Mujer 24 años. Acude a consulta por dolor en hipogastrio desde hace 6 días y leucorrea purulenta. Sensación distérmica no termometrada.

- A. personales: sin interés, NAMC.
- A. quirúrgicos: legrado.
- A. gineco-obstétricos: G2 A1 P1. Anticoncepción: DIU. Reglas regulares. FUR: hace 9 días.

- Exploración:

- 38'2°C, 112/74, 78 lpm.
- Genitales externos normales.
- Vagina con leucorrea purulenta escasa, cérvix bien epitelizado, doloroso a la movilización.
- Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda, sobre todo en FID e hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal ni patología palpable.

- Ecografía transvaginal:
aparato genital interno normal.
DIU de cobre normoinserto.
Mínima cantidad de líquido
libre en Douglas.



- Analítica: hemograma,
bioquímica y PCR normales.
Beta-hCG negativa.



¿Cuál sería la primera sospecha diagnóstica?

1. Torsión ovárica.
2. Enfermedad inflamatoria pélvica.
3. Gestación ectópica.
4. Folículo hemorrágico roto.

¿Cuál sería la primera sospecha diagnóstica?

1. Torsión ovárica.
- 2. Enfermedad inflamatoria pélvica.**
3. Gestación ectópica.
4. Folículo hemorrágico roto.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP)

- Infección aguda tracto genital superior:
 - Útero: endometritis.
 - Trompas: salpingitis.
 - Ovarios: ooforitis.
 - Abscesos tuboováricos.
- Puede afectar a otras estructuras:
 - Peritoneo: peritonitis.
 - Cápsula hepática: perihepatitis.
- *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, flora vaginal.
POLIMICROBIANA.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE EIP

| MAYORES | MENORES |
|-------------------------------------|--|
| Dolor abdominal bajo. ✓ | Fiebre mayor de 38'3°C. |
| Dolor a la movilización cervical. ✓ | Leucorrea mucopurulenta. |
| Dolor a nivel anexial. ✓ | Aumento de la VSG o de la PCR. |
| | Gram o cultivos positivos para <i>N. gonorrhoeae</i> o <i>C. trachomatis</i> . |
| | Hallazgos histológicos de salpingitis o endometritis. |
| | Hallazgos quirúrgicos de salpingitis. |

Criterios mayores: deben estar presentes. ✓ DIAGNÓSTICO
Criterios menores: si presentes, apoyan el diagnóstico

Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué es lo más indicado?

1. Ingreso hospitalario, analgesia i.v., toma de cultivos y postponer antibioterapia hasta resultado de los mismos.
2. Retirada del DIU, ingreso hospitalario, analgesia i.v., toma de cultivos e inicio de antibioterapia i.v.
3. Retirada del DIU, toma de cultivos e inicio de antibioterapia v.o. ambulatoria.
4. Toma de cultivos e inicio de antibioterapia v.o. ambulatoria con control clínico a las 48-72 horas.

Sospecha de EIP = INICIAR TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO CUANTO ANTES

- No perjudica a otras posibles causas de dolor abdominal bajo.
- El retraso en el tratamiento aumenta la probabilidad de secuelas.

Portadoras de **DIU**: no retirar al diagnóstico.



¿Cuál sería la pauta antibiótica más adecuada?

1. Amoxicilina-clavulánico 1 g/8 h, i.v., 10 días.
2. Ceftriaxona 250 mg i.m. + amoxicilina-clavulánico 1 g/8 h, i.v., 7 días.
3. Ceftriaxona 250 mg i.m. + doxiciclina 100 mg/12 h, v.o., 14 días.
4. Ceftriaxona 250 mg i.m. + doxiciclina 100 mg/12 h, v.o., 14 días + metronidazol 500 mg/12 h, v.o., 14 días.

¿Cuál sería la pauta antibiótica más adecuada?

1. Amoxicilina-clavulánico 1 g/8 h, i.v., 10 días.
2. Ceftriaxona 250 mg i.m. + amoxicilina-clavulánico 1 g/8 h, i.v., 7 días.
- 3. Ceftriaxona 250 mg i.m. + doxiciclina 100 mg/12 h, v.o., 14 días.**
4. Ceftriaxona 250 mg i.m. + doxiciclina 100 mg/12 h, v.o., 14 días + metronidazol 500 mg/12 h, v.o., 14 días.

PAUTAS ANTIBIÓTICAS EN LA EIP

PAUTAS ORALES

Ceftriaxona 250 mg i.m. + doxiciclina 100 mg/12 h, v.o., 14 días.

Cefoxitina 2 g i.m. + probenecid 1 g v.o., ambos en dosis única + doxiciclina 100 mg/12 h, v.o., 14 días.

Cefotaxima 1 g i.m. + doxiciclina 100 mg/12 h, v.o., 14 días.

PAUTAS INTRAVENOSAS

Cefoxitina 2 g/6 h, i.v. + doxiciclina 100 mg/12 h, v.o., 14 días.

Clindamicina 900 mg/8 h, i.v. + gentamicina 2 mg/kg/8 h, i.v. iniciales y posteriormente 1'5 mg/kg/8 h, i.v.

¿Metronidazol? Lo añadiremos al tratamiento si...

- Abscesos pélvicos.
- *T. vaginalis* o vaginosis bacteriana.
- Antecedentes de instrumentación uterina 2-3 semanas antes.

500 mg/12 h, v.o., 14 días.

CRITERIOS DE INGRESO EN UNA EIP

- Gestación.
- No respuesta o mala adherencia al tratamiento oral.
- Mal estado clínico de la paciente a pesar del tratamiento oral.
- Abscesos.



The image shows the exterior of the Hospital Universitario Infanta Elena. The building is a modern, multi-story structure with a light-colored facade and several windows. A large sign at the top of the building reads "Hospital Universitario Infanta Elena" in blue letters, with a logo to the left consisting of a blue cross and a red 'M'. A large, bold, black text overlay "¡GRACIAS!" is centered on the image. In the foreground, there is a paved area and a few cars parked. The sky is clear and blue.

 Hospital Universitario Infanta Elena

¡GRACIAS!

Servicio de Ginecología y Obstetricia

918 948 410. Extensiones 2229, 2472, 2473.

ginecologia.hie@idcsalud.es