

Urgencias Ginecológicas de la Adolescente

Dra. Amparo Candela Hidalgo
Servicio de Ginecología y Obstetricia
HGUA



CONTENIDO

- ✓ SANGRADO UTERINO ANORMAL (SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE)
- ✓ TRASTORNOS MAMARIOS
- ✓ DISMENORREA
- ✓ URGENCIAS OVARICAS
- ✓ EMBARAZO Y COMPLICACIONES
- ✓ INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL
- ✓ VULVOVAGINITIS
- ✓ ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA



MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES EN LA ADOLESCENCIA

ADOLESCENCIA TEMPRANA (12-14 AÑOS)

- **Alteraciones menstruales**
- Flujo vaginal
- Vulvovaginitis
- Alteraciones en el desarrollo puberal

ADOLESCENCIA MEDIA (14-16 AÑOS) Y TARDÍA

- **Infecciones de transmisión sexual (ITS)**
- **Embarazos**
- Anticoncepción (explícita o encubierta)



Gynecologic causes of acute pelvic pain in the adolescent female*

Life- or organ-threatening
Ectopic pregnancy
Acute abruption
Uterine rupture
Ovarian torsion
Common
Dysmenorrhea
Mittelschmerz
Pelvic inflammatory disease
Ruptured ovarian cyst
Other
Pregnancy
Spontaneous abortion
Developmental anomalies of the müllerian duct
Endometriosis
Ovarian tumor
Vaginal foreign body
Chemical irritant
Sexual assault (sexual abuse)
Somaticization

SANGRADO UTERINO ANORMAL

- **ALTERACIONES DE LA REGULARIDAD**
 - Sangrado uterino irregular (ciclos largos y ciclos cortos)
 - Ausencia de sangrado menstrual (amenorrea)
- **ALTERACIONES DE LA CANTIDAD**
 - Sangrado menstrual abundante
 - Sangrado menstrual escaso
- **ALTERACIONES DE LA DURACION**
 - Sangrado menstrual prolongado
 - Sangrado menstrual acortado
- **SANGRADO IRREGULAR NO MENSTRUAL**
- **SANGRADO FUERA DE LA EDAD REPRODUCTIVA**



FIGO

INTERNATIONAL FEDERATION
OF
GYNECOLOGY & OBSTETRICS

SANGRADO UTERINO ANORMAL

Dimensiones de la menstruación y del ciclo menstrual	Término descriptivo	Límites normales (percentil 5°-95°)
Frecuencia del período (días)	Frecuente	<24
	Normal	24-38
	Infrecuente	>38
Regularidad de la menstruación (variación ciclo a ciclo a lo largo de 12 meses, en días)	Ausente	—
	Regular	Variación de ± 2 a 20 días
	Irregular	Variación mayor de 20 días
Duración del sangrado (días)	Prolongado	>8
	Normal	4-8
	Acortado	<4
Volumen de la pérdida menstrual mensual (ml)	Fuerte	>80
	Normal	5-80
	Ligero	<5



SANGRADO UTERINO ANORMAL

- Edad media menarquia en nuestro país 12.6 años. Inmadurez eje hipotálamo-hipófisis-gonadal

- **CLÍNICA:**

- ✓ Sangrado leve ➔ Hb > 11g/dl y Hto > 35%
- ✓ S. moderado ➔ Hb > 9-11g/dl y Hto 25-35%
- ✓ S. severo ➔ Hb < 9 g/dl y Hto < 25%

- **DIAGNÓSTICO (Exclusión)**

- ✓ Anamnesis
- ✓ Examen físico (signos vitales y diátesis hemorrágica) y ginecológico



SANGRADO UTERINO ANORMAL

- **MANEJO:**

- ✓ Hemograma, TSH y T4, test gestación y estudio coagulación, Clamidia, Gonococo, RPR (RS).
- ✓ Masa pélvica o sospecha de EE: ecografía
- ✓ SOP, obesidad, hiperandrogenismo: T total y libre, DHEAS, androstenediona y SHBG
- ✓ **Leve:** observación y hierro. AINES y ácido tranexámico.
- ✓ **Moderada:** ACOS (30 E), Acetato de medroxiprogesterona (10 mg/d).
- ✓ **Severa:** ACOs (35 E), estrógenos conjugados



SANGRADO UTERINO ANORMAL

ETIOLOGÍAS DEL SANGRADO UTERINO DISFUNCIONAL:

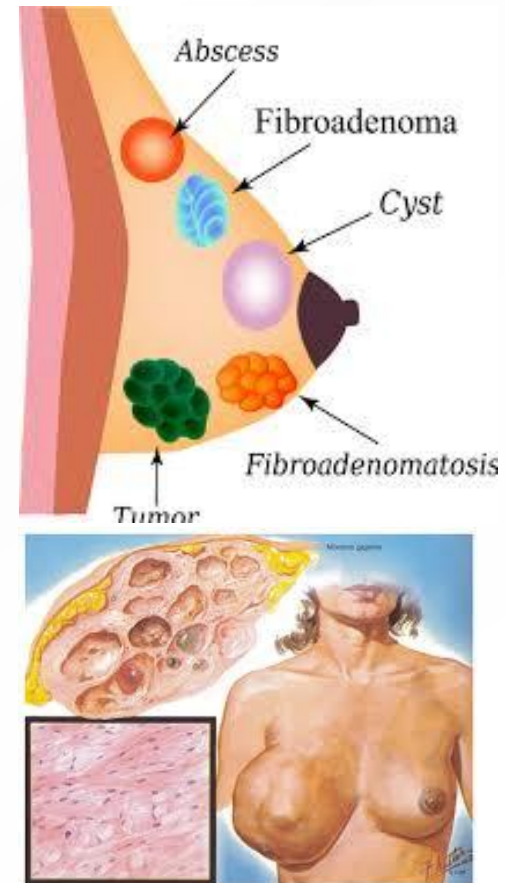
- **Trastornos de la coagulación:** Deficiencias de factores ITP Disfunción plaquetaria enfermedad de von Willebrand
- **Enfermedad crónica** Enfermedad renal crónica Enfermedad inflamatoria intestinal Enfermedad del hígado
- **Complicaciones del embarazo.** Embarazo ectópico Sangrado de implantación Embarazo molar Aborto espontáneo S / P terminación del embarazo
- **Desordenes endocrinos** Trastornos suprarrenales Adenoma pituitario Síndrome de ovario poliquístico Enfermedad de tiroides
- **Medicamentos y dispositivos** Aspirina Quimioterapia Depo-medroxiprogesterona Anticoncepción implantable DIU Anticonceptivos orales, de anillo y de parche. Prednisona Warfarina
- **Otros ginecológicos** Primer coito Asalto sexual Trauma vaginal
- **Infecciones de transmisión sexual.** Salpingitis aguda Cervicitis Endometritis .



TRASTORNOS MAMARIOS

- **TUMORACION MAMARIA**

- Benigno
- Fibroadenoma, quistes simples, hemangiomas, necrosis grasa
- Tumor Phyllodes, adenocarcinoma, **metástasis de otros tumores** (rabdomiosarcoma, linfoma, neuroblastoma, melanoma).



TRASTORNOS MAMARIOS

- **MASTITIS Y ABSCESO MAMARIO**

- Staphylococcus aureus.
- Abscesos: **Lactancia**. No lactancia: ectasia-metaplasia epitelio ductal, manipulación piel, traumatismo.

- **GINECOMASTIA:**

- 50% adolescentes varones (Tanner II-III). Resolución 1-2 años.



TRASTORNOS MAMARIOS

- DIAGNÓSTICO Y MANEJO -

- **Tumoración mamaria:**

- Sospecha quiste: reexplorar tras finalizar menstruación. Persistencia ➡ Ecografía

- **Mastitis y absceso mamario:**

- Cefalexina 25-50 mg/kg al día dosis fraccionadas c/6 h 7-10 días.
- Si MRSA ➡ añadir Clindamicina 20 mg/kg/día repartidos c/6 h o Trimetoprim-Sulfametoxazol 8 mg/kg/día. Compresas calientes 4-6 veces/d. Control 24 h: ↑ tamaño o fluctúa: drenaje qx.

- **Ginecomastia:**

- Hallazgos sugestivos de ginecomastia puberal: no estudios
- Persistencia > 2 años: perfil hepático, renal, T, Estradiol, LH, hCG y remitir a Endocrinología.

DISMENORREA

- PRESENTACIÓN CLÍNICA -

- **DISMENORREA PRIMARIA**

- 6-12 meses tras Mq. Historia familiar.
- Dolor cólico suprapúbico horas antes o después de iniciar el sangrado, irradiado a espalda o muslos
- 50% asociado a náuseas, vómitos, diarrea, cefalea.

- **DISMENORREA SECUNDARIA**

- Años después de Mq (1ª menstruaciones → anomalía congénita con obstrucción del t. genital)
- AP de enfermedad pélvica inflamatoria, leucorrea, cirugía pélvica abdominal, endometriosis...



DISMENORREA

- PRESENTACIÓN CLÍNICA -



DIAGNOSTICO

- Anomalías congénitas
- Embarazo ectópico
- Endometriosis
- Himen imperforado
- Gestación intraútero
- Tumor/quiste ovario
- Salpingitis

CARACTERISTICAS DIFERENCIALES

- Dolor hipogástrico cíclico en Mq o paciente amenorreica
- b-HCG, masa anexial unilateral.
- Inicio de dolor antes del sangrado y persiste, sensib. útero-ovárica
- Masa vaginal abultada, > Tanner III sin menstruación
- b-HCG +, útero ↑ tamaño
- Masa palpable por examen bimanual o recto-abdominal
- Fiebre, sensibilidad a la movilización cx, leucorrea, sensibilidad-↑ tamaño anexial

DISMENORREA

- MANEJO TERAPÉUTICO -

- **DISMENORREA PRIMARIA**

- Ibuprofeno 400-600 mg c/6 h
- Naproxeno: dosis inicio 550mg, después 275/12 h
- Ácido mefenámico: dosis inicio 500 mg, después 250/ 6h
- Otros ttos: dieta equilibrada, baja en sal, reducción estrés, ejercicio, calor local.
- ACOs

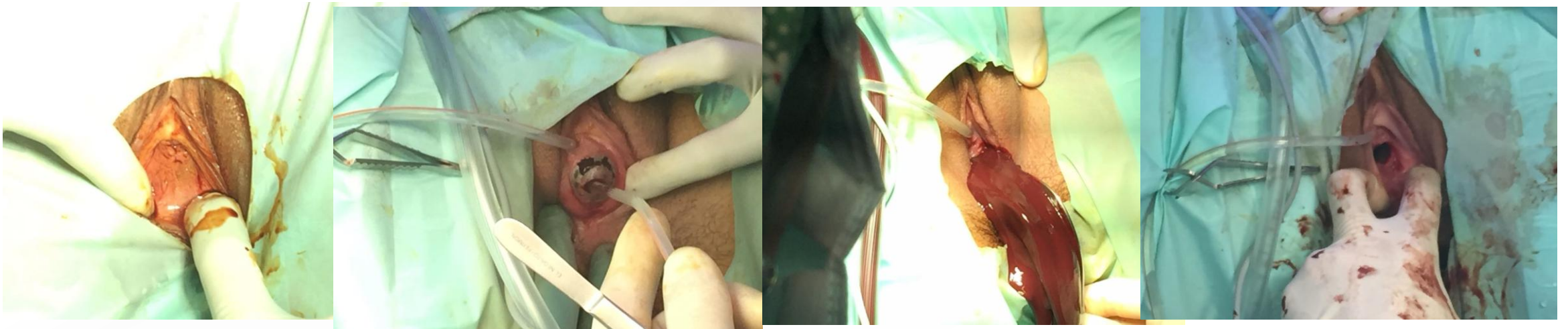


DISMENORREA

- MANEJO TERAPÉUTICO -

- **DISMENORREA SECUNDARIA**

- Anomalía genital (hematocolpos)→intervención quirúrgica
- Salpingitis→Tto ATB. Endometriosis→ Tto hormonal



URGENCIAS DE ETIOLOGÍA OVÁRICA

- **MASA OVÁRICA:** causa común de dolor pélvico en la adolescente.
 - Benignos. Mayoría asintomáticos.
 - Quistes funcionales: quiste folicular, cuerpo lúteo
 - Neoplasias ováricas muy infrecuente. 1% neoplasia maligna en chicas <17 años.
- Torsión ovárica: ↑ riesgo por tamaño quiste (>5 cm). Urgencia quirúrgica.

URGENCIAS DE ETIOLOGÍA OVÁRICA

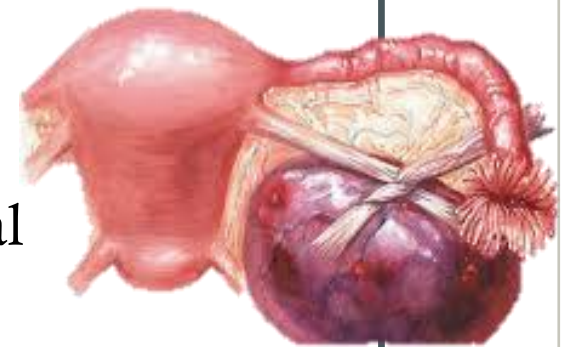
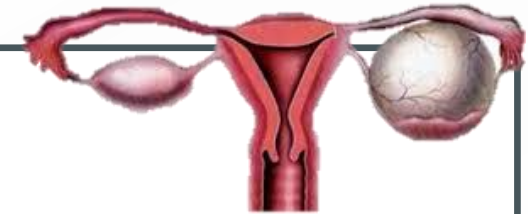
- PRESENTACIÓN CLÍNICA -

- **QUISTE OVÁRICO**

- Palpación de masa por los padres o pediatra
- Dolor leve a severo (similar a apendicitis o peritonitis), intermitente (torsión parcial)
- Quiste activo hormonalmente: desarrollo prematuro mama o sangrado.
- Náuseas, vómitos, efecto masa sobre vejiga o intestino
- Rotura quiste: irritación peritoneal por sangre o líquido.

- **TORSIÓN OVÁRICA**

- Aparición súbita de dolor pélvico moderado a severo unilateral
- Náuseas, vómitos, fiebre, signos de peritonitis



URGENCIAS DE ETIOLOGÍA OVÁRICA

- DIAGNÓSTICO Y MANEJO TERAPÉUTICO -

- **QUISTE OVÁRICO**

- Anamnesis detallada, historia sexual, síntomas urinarios o intestinales reciente aparición
- Exploración abdominal, pélvica (si RS).
- Laboratorio: Test gestación, Gonococo, Clamidia, RPR, HIV, hemograma
- Ecografía ginecológica
- < 6 cm: observación y ACOs. > 6 cm y sintomático: quistectomía. Asintomático: observ.

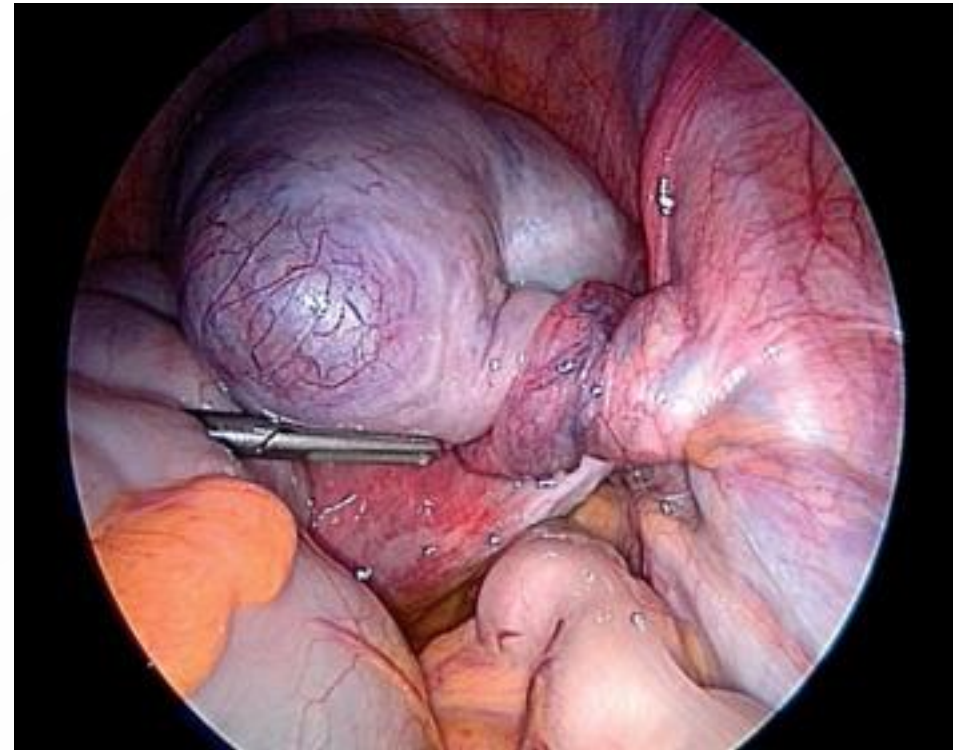
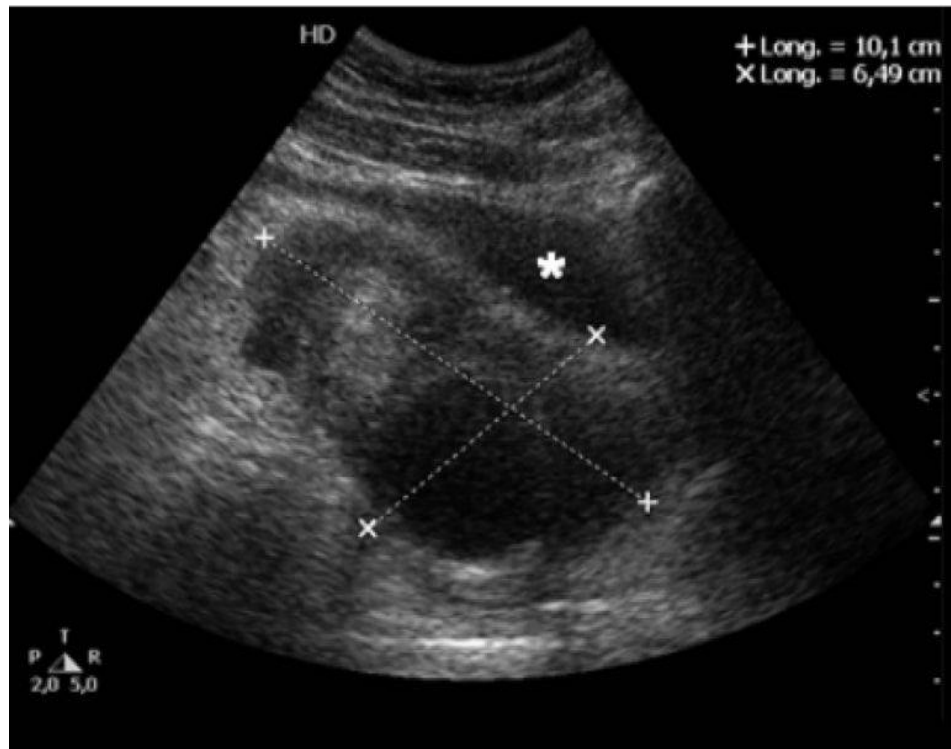
- **TORSIÓN OVÁRICA**

- Historia reciente quiste ovárico
- Ecografía Doppler ginecológica: compromiso vascular
- Urgencia quirúrgica: quistectomía, salpingo-ooforectomía, pexia ovario.



URGENCIAS DE ETIOLOGÍA OVÁRICA

- DIAGNÓSTICO Y MANEJO TERAPÉUTICO -



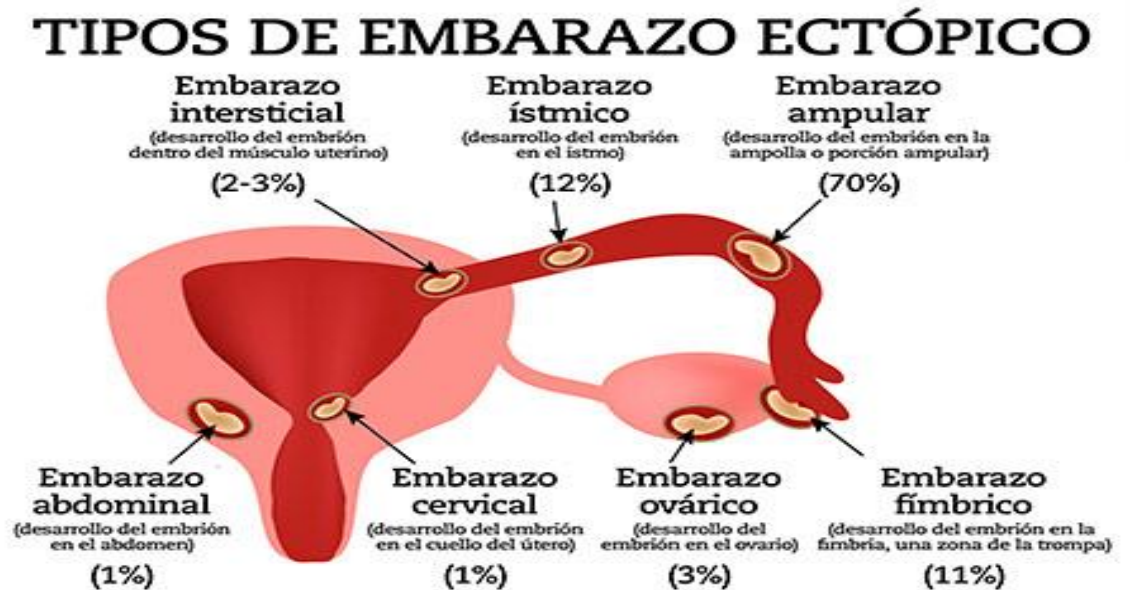
URGENCIAS DE ETIOLOGÍA OVÁRICA

- DIAGNÓSTICO Y MANEJO TERAPÉUTICO -



EMBARAZO Y COMPLICACIONES

- 57/1000 embarazos en mujeres 15-19 años al año.
 - Aborto espontáneo 8-31%.
 - Embarazo ectópico 2%.



EMBARAZO Y COMPLICACIONES

- Entrevista confidencial
- Ausencia de menstruación o “diferente”
- Mamas: oscurecimiento areola, ↑ tamaño pezón, tubérculos de Montgomery
- Exploración pélvica:
 - 5 semanas: normal
 - 6-8 semanas: tinte azulado en cérvix y mucosa vaginal (signo de Chadwick)
 - 8-12 semanas: latido cardiaco fetal (Doppler)
 - 12 semanas: palpación uterina a nivel de sínfisis púbica



EMBARAZO Y COMPLICACIONES

-PRESENTACIÓN CLÍNICA-

- **AMENAZA DE ABORTO**

- Sangrado vaginal +/-dolor. Cx cerrado.

- **ABORTO INMINENTE**

- Sangrado y dolor más severo. Cx permeable.

- **ABORTO INEVITABLE**

- Productos de la concepción através de cx.

- **ABORTO INCOMPLETO**

- Dolor abdominal severo, Sangrado abundante. Restos placentarios intraútero.

- **ABORTO COMPLETO**

- Útero vacío. Asintomática.

- **ABORTO TARDIO**

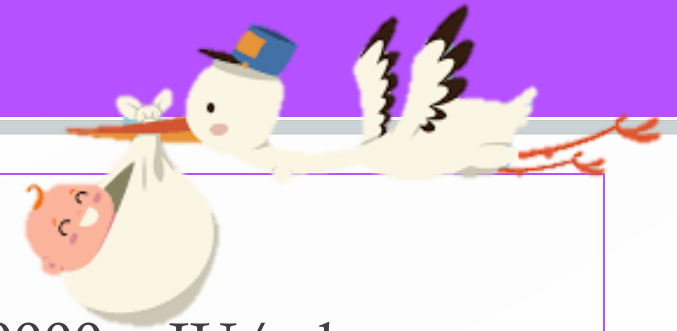
- Muerte fetal intraútero < 20 semanas

- **EMBARAZO ECTOPICO**

- 50% no FR.
- Retraso menstrual, sintomatología gestación temprana, dolor abdominal y sangrado vaginal.

EMBARAZO Y COMPLICACIONES

-DIAGNOSTICO-



- Test gestación orina: 99% E y S. 25 mIU/ml b-HCG
- Gestación normal b-HCG x2 (1.5-2.3 días) hasta valores > 10000 mIU/ml
- Gestación ectópica: determinaciones seriadas, <66% ↑ valor en 48 h.
- Progesterona: gestación normal >25 ng/ml, gestación ectópica <5 ng/ml.
- Gestación intraútero: b-HCG > 1000-1500 mUI/ml
- DD: gestación normal + dolor abdominal o pélvico (quiste, torsión, rotura CL, apendicectomía, colecistectomía, CRU)
- HCG, hemograma, cruzar y reservar sangre, monitorización ctes, HCG y Hb.

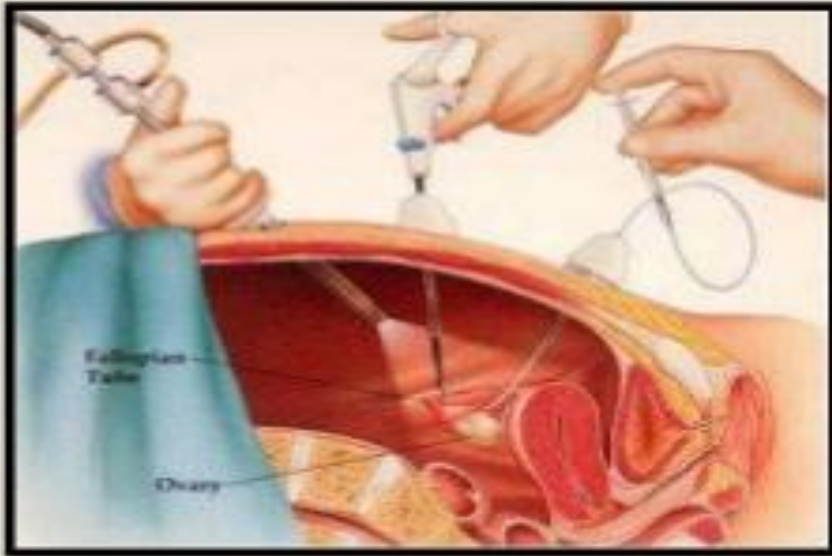
EMBARAZO Y COMPLICACIONES

-MANEJO TERAPÉUTICO-

- ↓P rotura embarazo ectópico: ecografía y b-HCG <1000 mUI/ml: alta y control 48h
- b-HCG>1000 y ecografía no dx: ingreso y observación
- Manejo conservador (Metotrexato): EE<4cm y estabilidad hemodinámica. 95% efectivo con HCG<5000mUI/ml.
- Amenaza aborto: control 48 h o empeoramiento sintomático.
- Ingreso si: aborto inminente, inevitable o incompleto.
- Si Rh negativo: Rho GAM intramuescular (50 mcg 1T, 300 mcg>1T).
- Si gestación intrauterino: remitir a la adolescente y su pareja a Centro de Planificación y a trabajador social.

EMBARAZO Y COMPLICACIONES

-MANEJO TERAPÉUTICO-



Laparoscopia



Laparotomía

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-GENERALIDADES-

- 25% adolescentes ITS. Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) infección común con serias secuelas y morbilidad importante.
- EPI infección polimicrobiana. *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamidia trachomatis* (cervicitis, uretritis, epididimitis y proctitis)
- *Treponema pallidum* (Sífilis): enf sistémica con graves secuelas a largo plazo
- *VHS*: responsable de la mayoría de úlceras genitales, tratable pero incurable.
- *VPH*: cáncer cervical, verrugas genitales en adolescentes. Vacunas VPH2,4 y 9.
- *Trichomonas*: protozoo que causa leucorrea e inflamación



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-PRESENTACIÓN CLÍNICA-

- CERVICITIS
- URETRITIS
- ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA
- HERPES GENITAL
- VERRUGAS GENITALES O ANOGENITALES
- TRICHOMONIASIS
- SÍFILIS
- CHACROIDE
- LIFOGRANULOMA VENEREO
- PEDICULOSIS PÚBLICA



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA-

Minimum criteria (one or more must be present)

Cervical motion tenderness

Uterine tenderness

Adnexal tenderness (unilateral or bilateral)

Additional criteria (increases specificity of diagnosis)

Temperature (oral) >101 °F (38.3 °C)

Abnormal cervical or vaginal mucopurulent discharge

Abundant WBCs on saline microscopy of vaginal secretions

Elevated ESR

Elevated CRP

Laboratory documentation of cervical infection with *N. gonorrhoea* or *C. trachomatis*

Note: Consider the patient's risk profile for acquiring STDs when deciding to initiate empiric treatment for PID. Adapted from Centers for Disease Control. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 (updated July 27, 2016). *MMWR Recomm Rep.* 2015;64(RR-03):1–137.

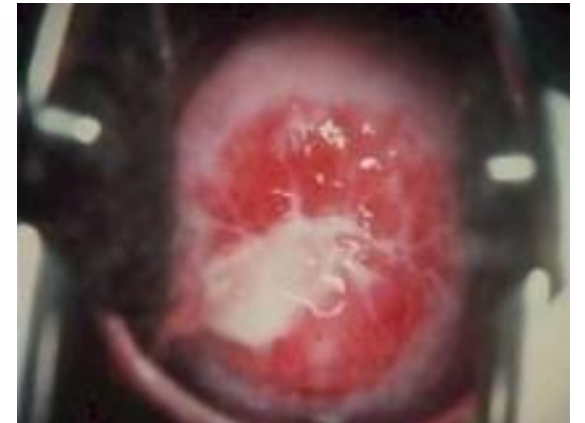
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-CERVICITIS-

- *Clamidia y Gonococo. Ureaplasma, Mycoplasma, Bacteroides, E coli*
- Secreción purulenta (Gonorrea)-asintomática
- Cx eritematoso y friable. No sensibilidad a la movilicación cervical.
- Dx: exudado cervical
- Tto ATB ambulatorio. Control 7 días tras finalizar. Tratar a la pareja e insistir en uso de preservativo.



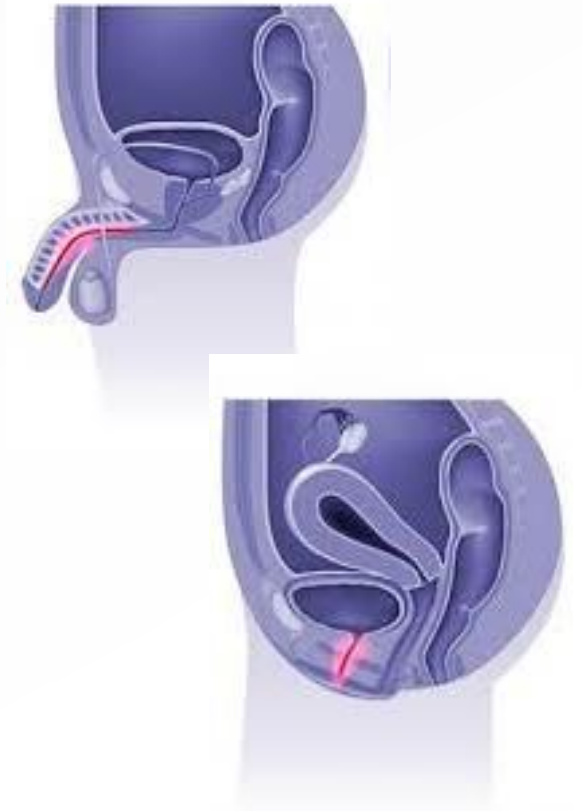
Cervicitis



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-URETRITIS-

- Manifestación más común en varones de EPI, también en mujeres.
- Varón asintomático. Disuria y secreción uretral (*Gonococo*).
- Mujeres: *Chlamidia* → sd uretral agudo (disuria, urgencia, dolor suprapúbico y piuria sin hematuria o bacteriuria).
- Dx: *N. gonorrhoea* o *C. trachomatis* en orina o exudado uretral (varón).
- Tto varón y su pareja.

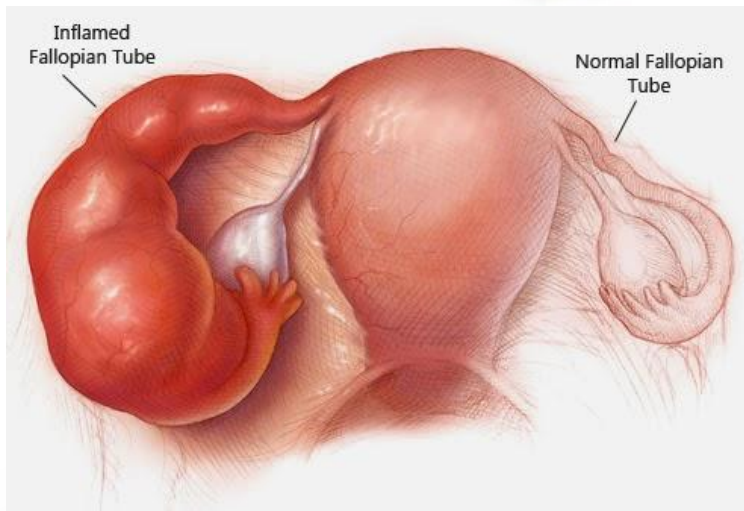


INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA-

- Infección ascendente al tracto genital superior.
- Endometritis, salpingitis, ooforitis, absceso tubo-ovárico y peritonitis
- *Polimicrobiana, N. gonorrhoea y C. trachomatis. Micoplasma, Ureaplasma. Peptostreptococcus, Gardnerella, E coli.*
- Amplio espectro sintomatología: dolor inespecífico-peritonitis.
- Otros síntomas: leucorrea, dispareunia, sangrado vaginal irregular, náuseas, vómitos.
- Exploración pélvica: al menos dolor a la movilización cervical, sensibilidad anexial o uterina.
- Leucocitosis y ↑ PCR

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA-



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA-

- Dx clínico. Excluir gestación ectópica.
- Historia múltiples parejas sexuales, AP de EPI o no uso preservativo.
- Morbilidad asociada: esterilidad, R gestación ectópica y dolor pélvico crónico.
- Exploración abdominal: embarazo, cicatrices,
- Exploración ginecológica y toma de muestras para laboratorio. Exp. bimanual.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA-

- **MANEJO TERAPÉUTICO:**

- Iniciar ATB tras toma de muestras
- Muestra cervical u orina GC/Chlamidia. Preparación en fresco Trichomonas, vaginosis bacteriana y levaduras.
- HIV, RPR. B-HCG en orina. Hemograma, PCR.
- Síndrome Fitz-Hugh-Curtis: dolor hipocondrio derecho (GOT y GPT normales).
- Ecografía ginecológica
- Si tto ambulatorio: control en 48-72 h



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-HERPES GENITAL-

- Principal causa de úlceras genitales.
- VHS 1 y 2 en brotes herpéticos, pero VHS 2 en recurrencias.
- Periodo incubación de primoinfección 2-12 días.
- Vesículas, úlceras dolorosas. Disuria y quemazón. Adenopatías inguinales dolorosas. Cefalea, fiebre, mialgias, MEG (2/3).
- DD: EVB, enf Behcet, Crohn, úlcera Lipschütz
- PCR de muestra de la lesión: gold standard



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-VERRUGAS GENITALES-

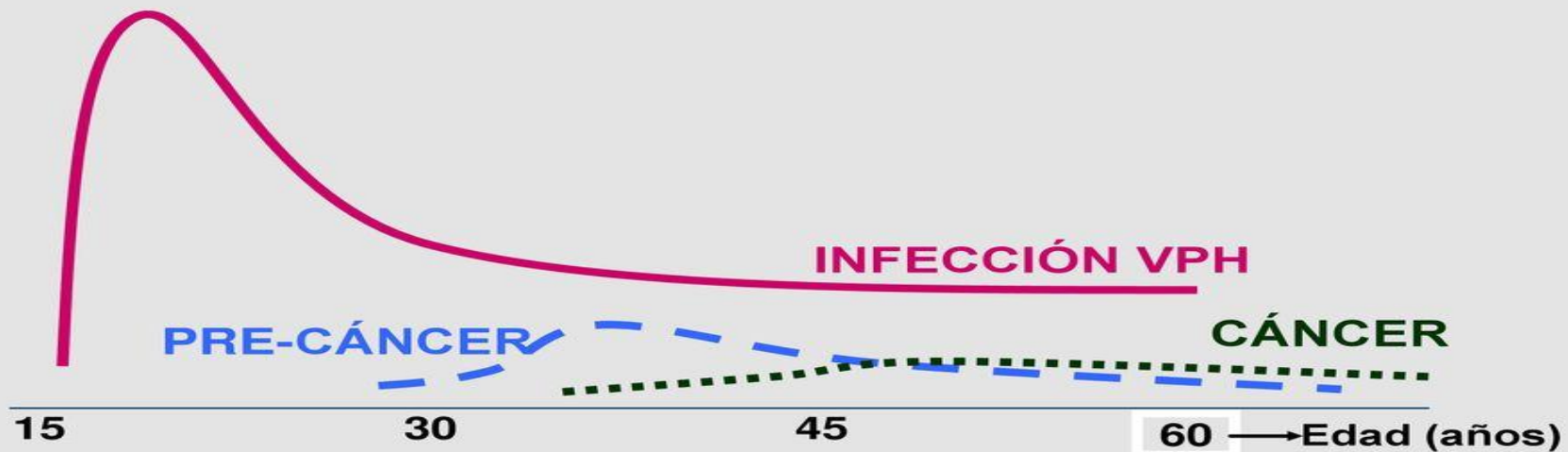
- Condiloma acuminado o verrugas anogenitales. HPV 6 y 11. Raro autoinoculación.
- Localización en **introito y pene**, cx, vagina, uretra, perianal, ano y escroto
- Dx inspección. No recomendado test HPV.
- Asintomaticas. Pueden causar poción, quemazón, dolor o sangrado.
- Vacuna HPV 2, 4 y 9.
- Biopsia: Pacientes inmunodeprimidos, duda diagnóstica y no respuesta a tto.



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -VERRUGAS GENITALES-



HISTORIA NATURAL PATOLOGÍA ONCOLÓGICA VPH



*Adaptado de Schiffman et al. NEJM. 2005

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-SIFILIS-

- Chancro: signo principal sífilis primaria tras 2-12 sem tras exposición.
- Úlcera no dolorosa, de base limpia, bordes indurados y sobreelevados y escasa secreción amarillenta en vulva, uretra, vagina, cx, labios o boca.
- Adenopatias inguinales no dolorosas 60-80% pacientes.
- Sin tto, resolución en 3-7 semanas y aparición de signos de sífilis secundaria en 4-10 semanas desde la aparición de la lesión.
- Tto ambulatorio y de la pareja. Reacción Jarisch-Herxheimer 24h.



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-CHANCROIDE-

- *Haemophilus Ducrey*.
- Úlceras genitales dolorosas. Única o múltiples lesiones, borde irregular.
- Adenopatías inguinales dolorosas.
- Baja frecuencia.
- Dx por exclusión (VHS, sífilis)
- Respuesta al tto en 7 días. Tratar contactos sexuales 10 días antes sintomatología.



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-LINFOGRANULOMA VENÉREO-

- Rara. Varones.
- Adenopatía inguinal o femoral dolorosa (“bubones”).
- Tres serotipos de *C. trachomatis* (L1, L2, L3).
- Se asocia con úlceras genitales, pero son transitorias y las pacientes consultas por secuelas tardías: adenopatía inguinal grande y estenosis rectal.
- Dx clínico y cultivo de lesiones.



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-PEDICULOSIS PÚBLICA-

- Prurito en región púbica o hallazgo de piojos o liendres en el vello púbico.
- Dx: inspección
 - Piojos: pequeñas partículas móviles (1-4 mm)
 - Liendres: firmemente adheridas al vello púbico. Lámpara de Wood.



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-TRATAMIENTO ETS-

Chlamydia trachomatis: Urethritis, cervicitis, and proctitis (for epididymitis and pelvic inflammatory disease, see below)

Preferred regimens

Azithromycin 1 g PO as one dose *or* doxycycline¹ 100 mg PO bid × 7 days

Alternative Regimens (all for 7-day course)

Erythromycin 500 mg PO qid *or* ofloxacin² 300 mg PO bid *or* levofloxacin² 500 mg PO daily

Neisseria gonorrhoea: Urethritis, cervicitis, pharyngitis, and proctitis (for epididymitis and pelvic inflammatory disease, see below)

Preferred regimens

Ceftriaxone 250 mg IM *or* cefixime 400 mg PO *plus* azithromycin 1 g PO × 1

Alternative regimens

Gemfloxacin 320 mg PO × 1 *or* gentamicin 240 mg IM × 1 *plus* azithromycin 2 g PO × 1³

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-TRATAMIENTO ETS-

Pelvic inflammatory disease: inpatient

Preferred regimens

Cefoxitin 2 g IV q 6h or cefotetan 2 g IV q 6h *plus* doxycycline⁷ 100 mg PO or IV q 12h, until improved

Clindamycin 900 mg IV q 8h *plus* gentamicin 2 mg/kg IV once, *followed by* gentamicin 1.5 mg/kg IV q 8h, until improved

Alternative regimen

Ampicillin/sulbactam 3 g IV q 6h *plus* doxycycline⁷ 100 mg PO or IV q 12h, until improved

Once the patient is improved on any of these regimens: give doxycycline⁷ 100 mg PO bid to complete a 14-day course.

If the patient does not improve in first 48–72 hours: add metronidazole 500 mg PO bid to the above regimens

Pelvic inflammatory disease: outpatient

Preferred regimen

Ceftriaxone 250 mg IM once, *plus* doxycycline⁷ 100 mg PO bid × 14 days *with or without* metronidazole 500 mg PO bid × 14 days

Alternative regimens

Cefoxitin 2 g IM once *plus* probenecid 1 g PO once, *plus* doxycycline⁷ 100 mg PO bid × 14 days *with or without* metronidazole 500 mg PO bid × 14 days

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-TRATAMIENTO ETS-

Herpes simplex

First episode

Acyclovir 400 mg PO tid × 7–10 days or 200 mg PO 5 times/day × 7–10 days or valacyclovir 1 g PO bid × 7–10 days

or famciclovir 250 mg PO tid × 7–10 days

Recurrent

Acyclovir 400 mg PO tid × 5 days or 800 mg PO bid × 5 days or 800 mg PO tid × 2 days or valacyclovir 500 mg PO bid × 3 days

or 1 g PO daily × 5 days or famciclovir 125 mg PO bid × 5 days or 1 g PO bid × 1 day

Daily suppressive therapy

Acyclovir 400 mg PO bid or valacyclovir 500 mg to 1 g PO daily or famciclovir 250 mg PO bid

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-TRATAMIENTO ETS-

Genital warts (HPV)

External anogenital warts: patient-applied

Podofilox 0.5% solution or gel: apply to visible warts bid for 3 days, followed by 4 days of no therapy

May repeat for up to four cycles

Imiquimod 5% cream: apply to warts once daily at bedtime, 3 times a week for 8–16 weeks

Instruct patient to wash with soap and water 6–10 hours later

Sinecatechins 15% ointment: apply tid (0.5 cm strand to each wart) for no longer than 16 weeks; do not wash off after use

External anogenital warts: provider-administered

Podophyllin resin⁵ 10–25% in compound tincture of benzoin; apply to wart(s) once weekly and allow to air-dry

Trichloroacetic acid (TCA) or bichloroacetic acid (BCA) 80–90%. Apply to wart(s) once weekly and allow to air-dry

Cryotherapy with liquid nitrogen or cryoprobe; repeat every 1–2 weeks

Surgical removal or intralesional interferon or laser surgery

Intra-anal warts

Cryotherapy with liquid nitrogen or TCA or BCA 80–90% (as above) or surgical removal

Vaginal warts

Cryotherapy with liquid nitrogen (avoid cryoprobe for risk of vaginal perforation/fistula formation) or TCA or BCA 80–90% (as above) or surgical removal

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-TRATAMIENTO ETS-

Trichomoniasis

Preferred regimen

Metronidazole 2 g PO in one dose

Alternative regimens

Tinidazole 2 g PO in one dose or metronidazole 500 mg PO bid x 7 days

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-TRATAMIENTO ETS-

Syphilis

Primary, secondary, and early latent (<1 year)

Preferred regimen

Benzathine penicillin G 2.4 million units IM as a single dose

Alternative regimens

Doxycycline¹ 100 mg PO bid × 14 days or tetracycline 500 mg PO 4 times daily × 14 days

Late-latent (duration >1 year) and tertiary

Preferred regimen

Benzathine penicillin G 2.4 million units IM weekly × 3 weeks

Alternative regimen

Doxycycline¹ 100 mg PO bid × 4 weeks or tetracycline 500 mg PO qid × 4 weeks

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-TRATAMIENTO ETS-

Chancroid

Azithromycin 1 g PO once *or* ceftriaxone 250 mg IM once *or* ciprofloxacin² 500 mg PO bid × 3 days
or erythromycin 500 mg PO tid × 7 days

Lymphogranuloma venereum (LGV)

Preferred regimen

Doxycycline¹ 100 mg PO bid × 21 days

Alternative regimen

Erythromycin 500 mg PO 4 times daily × 21 days

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

-TRATAMIENTO ETS-

Pediculosis

Preferred regimen

Permethrin 1% cream (or pyrethrins with piperonyl butoxide): apply to pubic area and leave for 10 minutes, then wash out

Wash affected clothing and bedding.

Alternative regimens

Malathion 0.5% lotion applied for 8–12 hours and washed off *or* ivermectin 250 mcg/kg, repeat in 2 weeks

Note: if the infestation persists despite above treatment, use lindane⁶ shampoo (apply for 4 min)

VULVOVAGINITIS

-FORMAS DE PRESENTACIÓN-

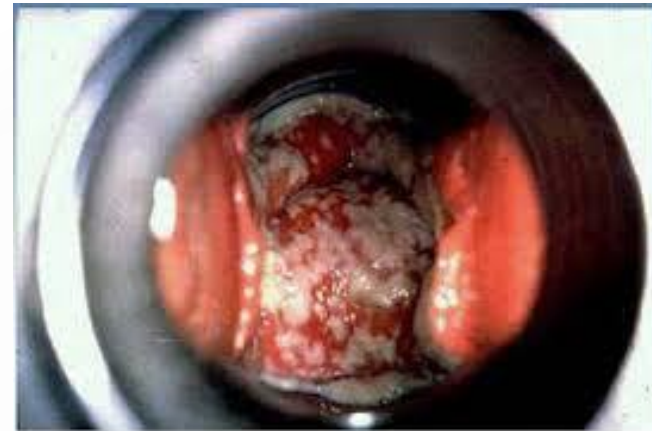
- *Gonococo y Clamidia*
- *Trichomonal vaginalis*
- *Candida albicans*
- Vaginosis bacteriana
- Cuerpo extraño
- Vaginitis de contacto
- Leucorrea fisiológica



VULVOVAGINITIS

-DIAGNÓSTICO-

- Exploración mamaria (estadios Tanner), abdomen, área inguinal, introito
- Examen vaginal: litotomía dorsal o prono. Si RS.
- Secreción sanguinolenta: sospechar cuerpo extraño. No RS: tacto rectal.
- Examen en fresco: levaduras, Tricomonas. KOH: vaginosis bacteriana.



VULVOVAGINITIS

-DIAGNOSTICO DIFERENCIAL-

	Discharge	Vaginal pH	Whiff test*	WBCs	Wet prep
Bacterial vaginosis	White, gray, green Malodorous	>4.5	Present	Rare	>20% clue cells
<i>Candida</i>	"Cottage cheese"	≤4.5	Absent	Rare to ↑	Pseudohyphae or budding yeast
Trichomoniasis	Odorless, white, gray, green	Often >4.5	Possible	Can be ↑	Motile, flagellated trichomonads

VULVOVAGINITIS

-TRATAMIENTO-

- VAGINOSIS BACTERIANA: Metronidazol 500 mg 7 días vo o 0.75 % gel 5 días o Clindamicina óvulos
- VAGNITIS DE CONTACTO: Hidroxicina 2 mg/kg/día. Corticoide tópico (hidrocortisona 1% o Triamcinolona 0.025%)2-3 días.
- LEUCORREA FISIOLÓGICA: no tto.
- TRICOMONAS: Metronidazol 2 g vo o Tinidazol 2 g vo
- GONORREA Y CLAMIDIA: Ceftriaxona 275 mg im. Azitromicina 1 g vo.
- CANDIDA ALBICANS:
 - Azol tópico (crema u óvulos): Clotrimazol, Miconazol o Terconazol 1 semana.
 - Fluconazol 150 mg dosi única. No tto pareja.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA



- Método más eficaz: colocación DIU 5 días siguientes.
- Bloqueo ovulación: Levonorgestrel 1.5 mg (98%) y Acetato Ulipristal 30 mg. 5º día.
- Efectos secundarios: cefalea, dolor pélvico, náuseas.
- Aparición de la regla tras UPA 32 días, LNG 27 días.
- Anticonceptivo progéstageno → ↓ eficacia de UPA.

