

**APOYO
FARMACOLÓGICO EN
LAS CONSULTAS DE
SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA
VADEMECUM PROFESIONAL**

**AUTORA: CONCEPCIÓN MARTÍN POLO
MATRONA A.S.S.I.R TARRAGONA**



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos sinceramente, las sugerencias, comentarios y críticas de compañeros de trabajo.

Varios laboratorios farmacéuticos han respondido amablemente a nuestra solicitud de información sobre sus productos, lo que ha resultado de gran ayuda.

Y sobre todo gracias a todos los profesionales sanitarios que trabajan en el A.S.S.I.R de Tarragona por su apoyo constante y su valiosa ayuda, especialmente: Dr. Fargas, coordinador médico, Dr. Otón y Dr. Vaquer.

A todos nuestro más sincero agradecimiento.

Introducción Objetivos Metodología Resultados Conclusión	pág. 2-4
Alteraciones del flujo menstrual:	pág. 5-15
1. Hemorragia uterina anormal 2. Amenorrea	
Trastornos del flujo vaginal:	pág. 16-23
Introducción 1. Vulvovaginitis infecciosas Trichomona vaginalis Candidiasis vaginal Vaginosis bacteriana 2. Vulvovaginitis no infecciosas	
Dolor	pág. 24-30
Dismenorrea Dolor mamario	
Endocervicitis	pág. 31-35
Infección por Clamydia trachomatis Infección por Neisseria gonorrhoeae Herpes genital	
Infecciones por virus papiloma humano	pág. 35-38
Vacunación virus papiloma humano	
Interrupción voluntaria del embarazo farmacológica	pág. 39-42
Vademécum profesional	pág. 43-56
Referencias bibliográficas	pág. 57-58

INTRODUCCIÓN

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”.

La ginecología y la obstetricia se ocupan del cuidado global de la salud reproductiva femenina. En los centros de Salud Sexual y Reproductiva los profesionales sanitarios (ginecólogos, matronas y enfermeras) se dedican a la prevención y el tratamiento de los principales problemas de salud de la mujer como la asistencia del embarazo planificado o no, enfermedades de transmisión sexual, cáncer génito-mamario, riesgos asociados al climaterio, interrupción voluntaria del embarazo, asesoramiento anticonceptivo, etc., Son los primeros profesionales sanitarios a los que asisten las adolescentes, acompañan a la mujer durante casi toda su vida y en ocasiones a varias generaciones de la misma mujer.

Las actividades preventivas son una de las principales funciones a desarrollar por los profesionales sanitarios de atención primaria.

Como ocurre en el resto del ejercicio de la medicina las herramientas principales para el diagnóstico ginecológico son la historia clínica y el examen físico.

OBJETIVOS

- El objetivo principal es identificar los motivos de consulta más frecuentes que realizan usuarias y pacientes relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva.
- Elaborar un Vademécum de Salud Sexual y Reproductiva de los principios activos más utilizados en dichas consultas.

METODOLOGÍA

Para identificar los principales motivos de consulta hemos realizado una revisión bibliográfica sobre este tema, observando que no existen estudios recientes sobre cuáles son los principales motivos de consulta.

Destacamos un único estudio de investigación participativa y de intervención con 270 adolescentes de entre 11 y 19 años atendidas en la consulta de Ginecología Infanto-Juvenil del municipio Playa (Ciudad de la Habana, Cuba) realizado del 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2001.[1]

En dicho estudio se concluye que los principales motivos de consulta fueron: solicitud de anticoncepción, leucorrea y cervicitis y solicitud de regulación menstrual o de aborto.

Así pues, para realizar este trabajo hemos analizado otras fuentes de información como noticias de prensa, información en internet y hemos tenido en cuenta la opinión de distintos profesionales de los Centros de Salud Sexual y Reproductiva. Unificando toda la información y teniendo en cuenta los datos epidemiológicos de cada problema o motivo de consulta, hemos dividido la vida de la mujer en tres etapas: adolescencia y mujer adulta, embarazo, postparto y lactancia y climaterio. Cada una de nosotras ha trabajado en una de estas etapas destacando los principales motivos de consulta y elaborando un vademécum práctico en forma de tabla, donde se nombran los principios activos más utilizados para cada problema de salud.

RESULTADOS

Se concluye que los principales motivos de consulta en adolescentes y mujer adulta son:

Trastornos del ciclo menstrual: amenorrea, hemorragia.

Alteraciones del flujo vaginal: leucorrea.

Dolor: dismenorrea, mastalgia.

Solicitud de contracepción de emergencia.

Demanda de interrupción voluntaria de embarazo.

Información sobre: sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, ciclo menstrual, vacunación virus papiloma humano, etc.,

CONCLUSIÓN

El trabajo que se realiza en estas consultas está relacionado prácticamente con la totalidad de los principales componentes de la salud reproductiva.

Las adolescentes y mujeres en edad fértil constituyen un grupo vulnerable de riesgo en lo que se refiere a salud sexual y reproductiva.

Al tener que acudir a estas consultas, el trabajo que puede realizarse con estas pacientes es muy importante ya que, solamente la accesibilidad a los servicios de salud puede influir de manera significativa sobre la salud sexual y reproductiva de sus usuarias.

Por tanto si realizamos una labor educativa y de participación en este contexto, donde sea posible identificar las necesidades de las pacientes conseguiremos mayores logros desde el punto de vista preventivo.

La comunicación y la educación en salud sexual y reproductiva deben transmitir mensajes claros y precisos.

Creemos que los profesionales sanitarios de atención primaria deben conocer los principales motivos de consulta y poseer una formación básica sobre los tratamientos farmacológicos utilizados.

Sería de gran utilidad registrar los motivos de consulta principales para disponer de datos estadísticos para orientar de una forma más efectiva nuestra actividad tanto preventiva como curativa y facilitar la realización de futuras investigaciones.

Nos parece una herramienta de trabajo fundamental disponer de una guía fármaco-terapéutica específica y práctica para los centros de Salud Sexual y Reproductiva.

ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL

1. HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

DEFINICIÓN: es aquella que difiere del patrón menstrual habitual. Según las características, reciben distintos nombres:

- Oligomenorrea: menstruación infrecuente, irregular, con ciclos de más de 45 días.
- Menorragia o hipermenorrea: menstruación excesiva y/o prolongada con intervalos regulares entre los ciclos.
- Metrorragia: sangrado procedente de la cavidad uterina sin relación con el ciclo menstrual.
- Menometrorragia: sangrado uterino prolongado con intervalos irregulares.
- Polimenorrea: menstruación a intervalos regulares de menos de 21 días.
- Hemorragia uterina disfuncional: hemorragia uterina anormal sin alteración anatómica subyacente.

ETIOLOGÍA. Causas de hemorragia uterina anormal:

Existen pocos estudios acerca de su prevalencia, se estima una incidencia de sangrado anormal de origen uterino sobre el 11-13%, va aumentando con la edad y puede alcanzar el 24% entre los 36-40 años [2].

Causas más frecuentes según edad:

<p>Premenarquia Cuerpos extraños, traumatismo, abuso sexual, tumor hormonalmente activo, pubertad precoz, tumor ovárico o vaginal, sarcoma botroides</p> <p>Edad fértil Anovulación, embarazo, infección (enfermedad inflamatoria pélvica, vulvovaginitis), pólipos, fibromas uterinos, fármacos (incluidos anticonceptivos orales), radiaciones, enfermedades sistémicas (incluyendo patología de tiroides, SOP, adenoma hipofisario y coagulopatías -en la adolescencia fundamentalmente la enfermedad de Von Willebrand-).</p> <p>Premenopáusicas Anovulación, embarazo, patología estructural uterina (pólipos, fibromas, hiperplasia endometrial), fármacos, radiaciones, alteraciones orgánicas, cáncer.</p>

<p>Menopáusica Atrofia vaginal/uterina, carcinoma de endometrio, patología estructural del útero, uso de antiagregantes o anticoagulantes, radioterapia</p> <p>Postmenopáusica Cáncer endometrial (10%), atrofia vaginal/uterina.</p>

Las metrorragias, a su vez, pueden ser de causa orgánica o disfuncional. Sus causas más frecuentes son [3,4]:

Hemorragia uterina de etiología orgánica local por:

- **Gestación y sus complicaciones:** hemorragia de implantación, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica, amenaza de aborto, aborto espontáneo, placenta previa, abrupcio placentae, hemorragia postparto.
- **Alteraciones orgánicas a nivel del aparato reproductor femenino:** traumatismo genital (incluye abuso sexual), cuerpo extraño (tampón, DIU, etc.), infecciones ginecológicas (vulvovaginitis, enfermedad inflamatoria pélvica), rotura de quiste ovárico (frecuentemente durante el ejercicio, acto sexual), torsión ovárica, endometriosis, atrofia vaginal/vaginitis atrófica, prolapso, miomas uterinos, pólipos endometriales o cervicales, cáncer ginecológico, sobre todo, cáncer endometrial (el 6% pueden cursar con sangrados abundantes regulares o irregulares). Es frecuente en mujeres mayores de 40 años. Sólo el 2% aparecen antes de los 40 años de edad. La nuliparidad, diabetes, obesidad, síndrome de ovario poliquístico (SOP), predisponen a esta patología.
- **Alteraciones sistémicas:** coagulopatías, renales, endocrinas (alteraciones tiroideas, Cushing, SOP, tumores hormonalmente activos, etc.), cardiopatías, estrés (psicógeno o inducido por ejercicio).
- **Fármacos:** anticonceptivos, anticoagulantes, quimioterápicos, esteroides, o metotrexato.

Hemorragia uterina disfuncional (HUD):

- **Ovulatoria:** 15% de las hemorragias disfuncionales. Frecuente en mujeres de entre 20 y 40 años. Son cíclicas, cursan con polimenorrea, spotting ovulatorio, spotting premenstrual, hipermenorrea o menorragia. Permanece presente el síndrome premenstrual.
- **Anovulatoria:** hemorragia disfuncional más frecuente. Frecuente en perimenopausia y pubertad. Suele deberse al estímulo continuo de estrógenos sin oposición de la progesterona. No cíclica, de intensidad y duración variable. No se acompaña de síndrome premenstrual. Sangrado generalmente abundante y tras un período de amenorrea de 6 a 8 semanas.

DIAGNÓSTICO:

Valoración diagnóstica se realiza según la edad:

- Niña (antes de la menarquia): la aparición de una hemorragia vaginal siempre se asocia con una alteración subyacente.
- Mujer adolescente. Los ciclos pueden ser irregulares desde la menarquia hasta 2-3 años después. Habitualmente se asocian con ciclos anovulatorios. En ausencia de otros síntomas no está indicada ninguna prueba diagnóstica.
- Mujer en edad fértil. Siempre hay que descartar que no sea una complicación de una gestación. Las causas más frecuentes son los miomas, el DIU y la enfermedad inflamatoria pélvica. Si la exploración física es normal, no está indicado realizar más estudios.
- Mujeres perimenopáusicas. En ocasiones es difícil determinar si se trata de las variaciones normales del ciclo o si por el contrario, hay que sospechar patología subyacente.
- Postmenopausia. Toda hemorragia que aparece después de la menopausia (1 año después de la última menstruación) exige el estudio del endometrio.

El diagnóstico de la metrorragia es clínico y, en general, se recomienda realizar los siguientes pasos [5]:

Anamnesis

En esta deberán reflejarse principalmente:

- antecedentes familiares
- antecedentes personales: edad, antecedentes médicos entre los cuales destacan: hepatopatías, insuficiencia renal, endocrinopatías y coagulopatías.
- recoger las características de la pérdida hemática: frecuencia, duración e intensidad (útil para registrar estos datos en un calendario menstrual), así como realizar historia obstétrica y ginecológica: menarquía, fórmula menstrual, historia sexual (esto último puede orientarnos sobre el riesgo de ETS) y métodos anticonceptivos.

Finalmente, ante cualquier tipo de sangrado anormal, es muy importante hacer el diagnóstico diferencial de metrorragia, menorragia severa aguda, enfermedades del tracto urinario y sangrado de origen digestivo (por ejemplo: hemorroides).

Exploración física general y ginecológica

- **Exploración general:** signos y síntomas de enfermedades sistémicas.
- **Exploración ginecológica:** exploración vulvo-vaginal y tacto vaginal.

Pruebas complementarias

Estas se realizarán en función de la anamnesis y la exploración física:

En general, se recomienda realizar una analítica básica: con hemograma completo, ferritina para descartar anemia ferropénica, función tiroidea y estudio de coagulación. La mayoría de autores recomiendan realizar un test de embarazo en todas las mujeres en edad fértil, independientemente del método anticonceptivo que utilicen y reconozcan o no tener relaciones sexuales.

Ante la sospecha de hemorragia uterina disfuncional (causa más frecuente de metrorragia tanto en pacientes menores de 20 años, como en premenopáusicas) tras el examen físico y la anamnesis puede ser necesario completar el estudio analítico con solicitud del perfil hormonal:

- TSH: para descartar patologías endocrinas como el hipotiroidismo [4].
- Cortisol: descartando patologías que cursen con hipercortisolismo como Síndrome de Cushing.
- PRL: para descartar existencia de tumor hipofisario que cause ovulaciones irregulares o ausencia de ésta. Es conveniente extraerla el tercer día del ciclo [4].
- FSH y LH: son más fiables el tercer día del ciclo menstrual, si el día tercero coincidiera con el fin de semana, se deberían extraer el cuarto o quinto día. Se alteran si existe hemorragia uterina disfuncional [4].
- Estradiol: para comprobar si existe o no alteración del eje-hipotálamo-hipófisis-ovárico, también extraído el tercer día del ciclo [4].
- Progesterona: para comprobar si hay ovulación o no.
- Si los niveles de FSH, LH, estradiol y progesterona están dentro de la normalidad se descartaría la hemorragia disfuncional y estaría indicado buscar etiología orgánica, explorando el útero.
- Si hubiera signos de hiperandrogenismo (hirsutismo, acné, clitoromegalia, alopecia) sería conveniente solicitar la testosterona libre y total, así como la dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S).

Sobre la base de la información recogida y el resultado de las pruebas anteriores, las exploraciones complementarias posteriores deben adaptarse a las necesidades de cada caso:

- Cultivo vaginal y endocervical si sospecha de ETS [4].
- Citología cervical: se realizará si la paciente no ha seguido los controles habituales del cribado de cáncer de cérvix, descartando displasia cervical [4].
- Ecografía transvaginal: es la prueba diagnóstica de imagen de elección en el manejo inicial para valorar la patología uterina en las mujeres en edad fértil con metrorragia, así como en las pacientes premenopáusicas que puedan presentar lesiones intrauterinas localizadas, siendo una prueba diagnóstica esencial en las mujeres con sangrado postmenopáusico. En mujeres

premenopaúsicas, el espesor endometrial varía entre 4-8 mm en la fase proliferativa y entre 8-14 mm en la fase secretora, debiendo ser programada entre los días 4-6 del ciclo menstrual (cuando el espesor del endometrio es más delgado).

- Biopsia endometrial: está indicada en mujeres mayores de 35 años con hemorragia anovulatoria, también en mujeres menores de 35 años con factores de riesgo (por ejemplo: obesidad mórbida, SOP), así como las mujeres que estén a tratamiento con tamoxifeno y presenten flujo vaginal sanguinolento, manchados, o spotting para realizar la valoración endometrial que descarte cáncer.

TRATAMIENTO:

Hemorragia uterina disfuncional anovulatoria:

- gestágenos (**progesterona** natural micronizada 200-300 mg/día, o
- acetato **medroxiprogesterona**, o
- acetato **norestisterona o dihidrogesterona** 10 mg/día) los días 15-24 del ciclo, durante al menos 3 ciclos.

En las adolescentes con ciclos anovulatorios, es frecuente encontrarlos con oligomenorreas seguidas de metrorragias, siendo útil en estos casos el tratamiento con gestágenos durante 10 días cuando lleven 35 o más días sin menstruación, y una vez restaurada la menstruación, se tratará como una HUD: Hemorragia uterina disfuncional ovulatoria.

Metromenorragias:

- AINES indicados: **ibuprofeno** a dosis de 1.600 mg/día, **naproxeno** a 1.000mg/día durante los primeros 5 días de la regla, el **ácido mefenámico** es otra opción.
- Antifibrinolíticos (**ácido tranexámico** a dosis de 500-1.000 mg/6-8horas durante el sangrado ha demostrado ser más eficaz que los AINES [6].

En la práctica es frecuente que se administren asociados si la mujer tiene dismenorrea.

- **Acetato de ulipristal** dosis de 5mg/día: tratamiento preoperatorio de síntomas moderados a graves de los miomas uterinos en mujeres adultas en edad reproductiva [7].

Modulador sintético de los receptores de la progesterona, de reciente introducción. Ha demostrado eficacia en la reducción preoperatoria del tamaño y de la tasa de sangrado de los miomas uterinos, al privar a los mismos de la estimulación de crecimiento que promueve la progesterona.

Endometriosis:

- EL **danazol** es un esteroide sintético derivado de la 17-alfa ethiniltestosterona, opción de tratamiento para tratar la hemorragia uterina disfuncional, reduce la pérdida menstrual abundante, suprimiendo la ovulación y reduciendo la producción ovárica de 17-beta-estradiol, conduce a un estado transitorio de hipoestrogenismo e hiperandrogenismo produciendo atrofia endometrial y amenorrea en algunas mujeres, sería útil por ejemplo, en los casos de endometriosis. Sin embargo, debido a sus efectos adversos como son el aumento de peso, la piel grasa y el acné, se confinarían este fármaco a un uso eventual o sólo a corto plazo.
- Los **análogos de GnRH**, los cuales son de administración intramuscular, subcutánea o mediante absorción intranasal, reducen la pérdida menstrual asociada a la hemorragia uterina disfuncional, suprimiendo de manera reversible la secreción de gonadotropinas, produciendo hipoestrogenismo. Serían útiles en caso de endometriosis, miomas uterinos, como pretratamiento antes de una resección histeroscópica e histerectomía. Su uso se limita a corto plazo, normalmente durante 6 meses, por el precio y sus efectos adversos (producen desmineralización ósea asociada a la supresión estrogénica).

2. AMENORREA

DEFINICIÓN: ausencia de menstruación.

Clasificación:

- Amenorrea primaria: mujer de más de 16 años con caracteres sexuales secundarios o mayores de 14 sin éstos que nunca han tenido la menstruación.
- Amenorrea secundaria: cese de la menstruación durante al menos 3 meses.

ETIOLOGÍA: las causas de amenorrea primaria suelen ser diferentes de las de secundaria, aunque no siempre es así; por este motivo se prefiere la clasificación desde el punto de vista fisiopatológico.

Causas de amenorrea:

1. Fisiológica: Gestación.*

2. Hiperprolactinemia:

- Prolactina <100 ng/ml (100 µg/l).
 - Lactancia.
 - Estimulación del pezón.
 - Alteraciones del metabolismo (fallo hepático, fallo renal).
 - Producción ectópica (carcinoma broncogénico, gonadoblastoma, quiste dermoide ovárico, carcinoma renal, teratoma).
 - Hipotiroidismo.
 - Fármacos (anticonceptivos orales, antipsicóticos, antidepresivos, antihipertensivos, bloqueadores de los receptores de histamina H2, opiáceos, cocaína).
- Prolactina >100 ng/ml.
 - Síndrome de la silla turca vacía.
 - Adenoma hipofisario.

3. Alteraciones del tracto genital:

- Atresia de vagina.
- Himen imperforado.

- Vagina con septo transverso.
- Estenosis cervical.
- Síndrome de Asherman* (poslegrado).

4. Anovulación crónica con presencia de estrógenos:

(hipogonadismo normogonadotrópico)

- Congénito (agenesia de los conductos de Müller, síndrome de la insensibilidad androgénica).
- Anovulación por hiperandrogenismo: *síndrome del ovario poliquístico (PCO), acromegalia, tumores secretores de andrógenos (ováricos o adrenales), trastornos suprarrenales: hiperplasia adrenal congénita, síndrome de Cushing.
- Disfunción tiroidea (hiper e hipotiroidismo).

5. Anovulación crónica con ausencia de estrógenos:

- A. Hipogonadismos hipergonadotrópicos: fallo ovárico.
 - Menopausia*.
 - Fallo ovárico precoz * (autoinmune, quimioterapia, radiación pélvica, idiopático, sarampión, galactosemia).
 - Disgenesias gonadales (síndrome de Turner y otros).
 - Síndrome del ovario resistente.
- B. Hipogonadismo hipogonadotrópico.
 - Funcionales*: estrés, anorexia nerviosa, depresión grave, ejercicio, pérdida importante de peso.
 - Tumor del sistema central.
 - Amenorrea pospíldora.
 - Radiación craneal.
 - Enfermedades crónicas: insuficiencia hepática, enfermedad renal crónica, DM, enfermedad inflamatoria intestinal, inmunodeficiencia.

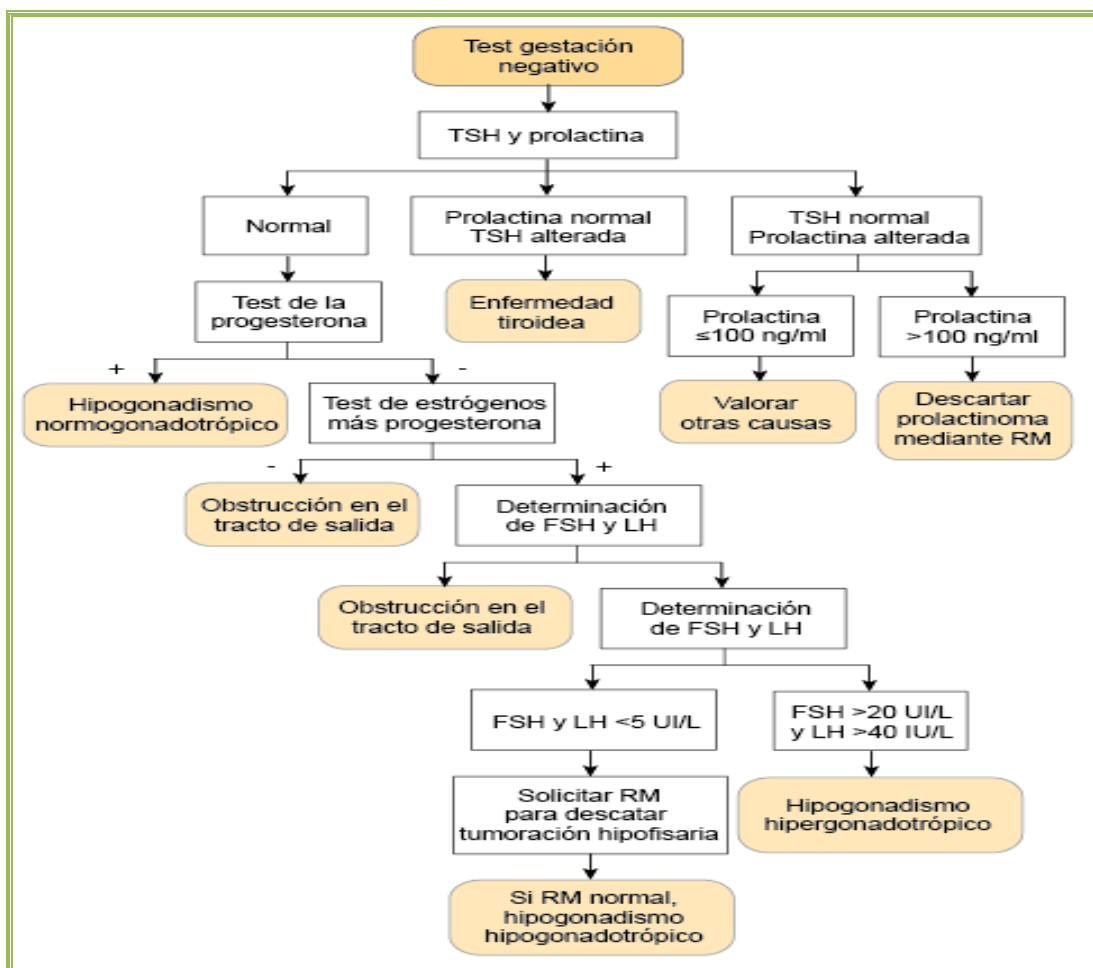
6. Obstrucción en el tracto utero-vaginal:

- Síndrome de Asherman.
- Estenosis cervical.
- Himen imperforado.
- Vagina con septo transverso.

(*) Causas más frecuentes en atención primaria.

Abordaje de la paciente con amenorrea [8]:

- La primera sospecha diagnóstica debe ser embarazo.
- Si se trata de una mujer entre 45-50 años con síntomas perimenopaúsicos no es necesario continuar el estudio (menopausia y terapia hormonal).
- Si se acompaña de galactorrea, hay descartar las causas del síndrome galactorrea-amenorrea.
- En el resto de las situaciones se puede realizar el abordaje según el algoritmo 1. (+) Positivo (-) Negativo



Algoritmo 1.

TRATAMIENTO:

Inducción de la ovulación y gestación:

- **Clomifeno:** 50/100mg/día durante los días 5-9 del ciclo
- **FSH (alfa-folitropina):** 75-300UI subcutánea por día: máximo 10 días.
- **Análogos GnRH:**

Leuprorelina: Vía subcutánea 1mg/24h iniciar durante fase lútea (protocolo largo) o al comienzo fase folicular (protocolo corto).

Nafarelina: Vía intranasal: 800 mcg día hasta que ocurra maduración folicular, iniciar días 2 a 4 del ciclo menstrual.

Triptorelina: Vía intramuscular: 3,75mg mensual el 2º día del ciclo o 0.1mg/24h subcutánea diario.

Amenorrea secundaria por déficit de progesterona:

- **Progesterona natural micronizada:** ½ aplicación gel 8% c/48h los días 15-25 ciclo.
- **Medroxiprogesterona:** 2,5-10mg/24h 5-10 días los días 16-21 del ciclo.

Amenorrea –galactorrea: fármacos dopaminérgicos que inhiben la secreción de prolactina:

- **Cabergolina:** de primera elección 0.5mg/semana 2 tomas.
- **Bromocriptina:** 1.25mg/día de elección si deseo genésico.
- **Lisurida:** 0.1-0.6mg/día en 2-3 dosis.

TRASTORNOS DEL FLUJO VAGINAL

INTRODUCCIÓN

El interés de las infecciones ginecológicas bajas, aparte de su elevada frecuencia, radica en las posibles complicaciones y secuelas a largo plazo (embarazos extrauterinos, esterilidad, dolores pélvicos crónicos, malformaciones congénitas y morbimortalidad perinatal). Lo anterior justifica el diagnóstico y tratamiento precoz de estas infecciones.

Subrayamos la necesidad de tomar muestras para cultivo, previamente a cualquier tratamiento, que por inocuo que sea puede acabar produciendo importantes resistencias.

Las infecciones ginecológicas bajas se clasifican según la localización primaria de los síntomas y/o de los signos clínicos observados, distinguiéndose teóricamente: vulvitis, vaginitis y endocervicitis. Sin embargo, en la práctica, el proceso inflamatorio no suele limitarse a una sola localización y, en la mayoría de las pacientes, se manifiesta preferentemente como una vulvovaginitis y no como una vaginitis aislada. Por otro lado, hay que reseñar que muchas endocervicitis cursan de forma asintomática y esto implica una mayor dificultad diagnóstica. Su origen puede ser tanto endógeno, por proliferación de microorganismos de la propia flora cervicovaginal, como exógeno, incluyendo algunas enfermedades de transmisión sexual (ETS). Con el término ETS se engloba una serie de procesos producidos por agentes infecciosos en los cuales, como su nombre indica, la transmisión sexual desempeña un importante papel, aunque en algunos de ellos el acto sexual no sea el mecanismo de transmisión más importante.

En la actualidad, se considera que por lo menos 25 gérmenes son capaces de producir una ETS, desarrollando más de 50 síndromes diferentes. Desde las clásicas enfermedades venéreas (chancro blando, gonorrea, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo y sífilis) hasta las ETS de reciente inclusión, como las producidas por *Chlamydia trachomatis* y virus como el de la inmunodeficiencia humana

(VIH), virus del papiloma humano (VPH), virus de la hepatitis B (VHB) y citomegalovirus (CMV).

En los países desarrollados, a las infecciones agudas, preponderantes hace 20 años, han sucedido infecciones de evolución subaguda, solapada, como la infección por *Chlamydia trachomatis* o por el VPH que, por la ausencia de una sintomatología clara, son causa de frecuentes y graves complicaciones como esterilidad y displasia cervical. Es difícil estimar la incidencia real de las ETS a escala mundial, debido a la disparidad que existe en la obtención de datos epidemiológicos, pero parece existir una pandemia con 350 millones de personas afectadas cada año, según datos de la OMS.

Asumiendo que las ETS son enfermedades sociales que pueden afectar a cualquier persona, se identifica una serie de grupos poblacionales (adolescencia, prostitución, toxicomanías, etc.) que, por su comportamiento sexual, son más susceptibles de adquirir una de estas infecciones y pueden difundirla al resto de la población. Suelen tratarse de portadores sanos de difícil detección y tratamiento. La prevención y tratamiento de las ETS es una tarea difícil y complicada. Además, el hecho de que en muchos casos la infección inicial sea asintomática o simplemente esté asociada a síntomas locales molestos pero no preocupantes, junto con los aspectos íntimos de la enfermedad, hace que con frecuencia la persona afectada no busque la atención médica oportuna.

Por tanto, la prevención y el control de las ETS se basa en los siguientes conceptos: educación de la población de riesgo, con la adecuada educación sexual en sectores poblacionales de alta incidencia de estas enfermedades (p. ej., adolescentes), evitando prácticas de riesgo y utilizando métodos de barrera (el más eficaz, el preservativo); detección de portadores sanos y de enfermos con síntomas leves; diagnóstico y tratamiento eficaz de las personas infectadas; evaluación, tratamiento y consejo de las parejas sexuales de la persona afectada, e inmunización pasiva (vacunación) de personas de riesgo.

VULVOVAGINITIS

Con el término vulvovaginitis designamos cualquier proceso inflamatorio de la vagina y la vulva que, fundamentalmente, se manifiesta por leucorrea, prurito, escozor y/o dispareunia. Se calcula que estos procesos suponen más de un tercio de las consultas ginecológicas y su frecuencia parece estar aumentando, a la vez que se identifican

nuevos gérmenes responsables y aparecen nuevas resistencias a los tratamientos clásicos:

La mayor parte de los autores cita la vaginosis bacteriana como la primera causa de vaginitis pero, en la práctica diaria, es la candidiasis la que obliga a acudir con más frecuencia a la consulta. Podemos dividir las en dos grandes grupos que pasamos a comentar:

1. Vulvovaginitis infecciosas

Los principales agentes responsables son: *Trichomona vaginalis*, *Candida albicans* y *Gardnerella vaginalis*.

Trichomona vaginalis

Supone el 15-20% de las vulvovaginitis. Se trata de un protozoo, cuya vía principal de contagio son las relaciones sexuales siendo casi siempre asintomático en el varón. Clásicamente, produce leucorreas abundantes, malolientes y espumosas, amarillo-verdosas, con escozor vaginal, prurito vulvovaginal, disuria y dispareunia. Es característico el cérvix "en fresa". La realidad es que más de un 30% de las pacientes afectadas permanecen asintomáticas. La menstruación exacerba o induce la clínica.

DIAGNÓSTICO:

- Examen "en fresco" de las secreciones vaginales o con una mezcla de azul de cresol al 1% en suero fisiológico, de esta manera se reconocen las dos formas del parásito (flagelado: móvil; no flagelado: inmóvil).
- Se puede completar el diagnóstico con un cultivo en medio específico de Diamond.

TRATAMIENTO específico de las vaginitis por *T. vaginalis* se realiza con derivados del núcleo nitroimidazol:

- **Metronidazol** (2 g por vía oral en monodosis, o 500 mg/8 h durante 7 días por vía oral)[9]
- **Tinidazol** (2 g por vía oral en monodosis).Contraindicado en embarazo y lactancia.

Ante un primer episodio de tricomoniasis es suficiente una toma única de 2 g por vía oral de metronidazol o tinidazol.

RECIDIVAS:

- verificar la ausencia de contaminación por la pareja no tratada,
- reiniciar el tratamiento con uno de los otros dos tricomonidas y añadir un tratamiento local (un óvulo/día de metronidazol o de uno de sus derivados) durante un período de 10-15 días.



En todas las pacientes es fundamental tratar también a sus parejas sexuales, evitar relaciones sexuales sin protección durante la terapia y avisar del posible efecto antabús con la ingesta simultánea de alcohol.

Candidiasis vaginal

Supone el 20-25% de las vulvovaginitis. Distintas especies de levaduras pertenecientes al género *Candida* pueden producir candidiasis vaginales: *C. albicans* se encuentra en más del 80% de las infecciones. Otras levadura *Torulopsis glabrata*, frecuente en las candidiasis vaginales, se relaciona en la actualidad con el género *glabrata* (*C. glabrata*). Clínicamente, se caracteriza por producir una vulvovaginitis con leucorrea blanca, cuajada, prurito vulvovaginal, escozor y dispareunia; un tercio de las mujeres infectadas no presenta ni escozor ni prurito, y más del 50% no tienen leucorrea. Los síntomas son más intensos los días previos a la menstruación. Por otra parte, la frecuente asociación de las candidiasis con otras infecciones vaginales hace que los signos clínicos sean a veces equívocos.

Su origen puede ser endógeno (modificación del ecosistema bacteriano normal intestinal o vaginal, después de tratamientos antibióticos o tricomonidas, disminución de las defensas inmunitarias del huésped, trastornos de la glucorregulación, diabetes mellitus, obesidad, embarazo, estrés, contracepción hormonal, etc.) o exógeno (por contaminación sexual o de contacto con ropa o aguas contaminadas).

DIAGNÓSTICO:

- cultivo en medio específico (Saboreaud);
- el examen microscópico directo de las secreciones vaginales posee una buena especificidad pero una baja sensibilidad.

TRATAMIENTO:

PRIMOINFECCIÓN: Ante un primer episodio de candidiasis vaginal, el tratamiento de elección:

- **Clotrimazol** 500mg/vaginal/monodosis, en casos de afectación leve [9].
- Clotrimazol 200mg/vaginal/durante 3 noches, si la sintomatología es grave.
- **Fluconazol** 150mg/vía oral/monodosis e itraconazol 400mg/vía oral /monodosis, tienen una eficacia similar al tratamiento tópico.



Es necesario tratar a la pareja sexual, aunque ésta sea asintomática. Estos tratamientos locales rápidos (óvulos y cremas) suelen dar buenos resultados a corto plazo, pero tienen una tasa importante de recaídas tardías.

Algunos de los fármacos activos frente a *Candida*, así como sus formas de presentación:

- itraconazol 100 mg (grageas, pautas cortas)
- fluconazol 150 mg (monodosis)
- ketoconazol (comprimidos, crema y óvulos)
- nistatina (grageas, suspensión, óvulos y crema)
- clotrimazol (crema, polvo, óvulos y crema)
- miconazol (crema, gel oral, polvo, aerosol, gel y oral), fenticonazol (óvulos y crema)
- nitrato de oxiconazol (óvulos y crema),
- sertaconazol (crema, gel, polvo y solución) y flutrimazol (crema, gel y solución).

RECIDIVAS:

Se define como cuatro o más episodios de vaginitis candidiásica al año. No existe tratamiento definido.

- Realizar tratamientos combinando la vía oral y la local, prolongándolos a 12-15 días, y habrá que insistir en tratar a la pareja sexual.
- La terapia supresiva recomienda ketoconazol 100mg/vía oral/día durante 3-6 meses o 1 año o fluconazol 150mg/vía oral/semanal tras la menstruación con una efectividad moderada.
- Recomendar el uso del preservativo en las relaciones sexuales, durante la terapia.

Vaginosis bacteriana

Para la mayor parte de los autores, es la causante del 40-50% de las vulvovaginitis. Es una alteración de la flora vaginal normal, con una reducción de la concentración de lactobacilos facultativos y, consecuentemente del pH vaginal junto al aumento de otros microorganismos, especialmente lactobacilos (*Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma*, *Bacteroides*, *Mobiluncus*, *Peptostreptococcus*, etc.). Se produce un aumento de la secreción vaginal, sin signos de inflamación clínica y ausencia notoria de leucocitos. Por ello, se habla de vaginosis y no de vaginitis. El flujo vaginal abundante suele tener un olor fétido, un aspecto cremoso y un color grisáceo. El pH de la vagina está alcalinizado (por encima de 4,5) y la paciente puede presentar escozor. Muchas mujeres permanecen asintomáticas:

DIAGNÓSTICO:

Se basa en un cuadro clínico compatible y en el estudio de las condiciones del flujo vaginal. Característicamente, presentará un pH elevado, un característico olor a aminas (pescado) que puede ponerse de manifiesto añadiendo hidróxido potásico al 10%. En el examen "en fresco" se aprecia la desaparición de la flora láctea normal, la ausencia de leucocitos y la presencia de las llamadas células clave o células rebozadas. El cultivo vaginal es un medio diagnóstico poco preciso, al tratarse de un síndrome en el que están implicados múltiples microorganismos.

Aunque se ha observado que el proceso suele resolverse espontáneamente en varios meses, incluido en mujeres que no reciben tratamiento, las pacientes con clínica de vaginosis bacteriana deben ser tratadas. Los compañeros sexuales masculinos, generalmente son portadores de *G. vaginalis* en la uretra; sin embargo, el uso de preservativos y el tratamiento de la pareja no ha resultado útil y no se recomienda, salvo en casos de recidivas, por la inexistencia de pruebas convincentes de que la vaginosis bacteriana pueda ser una ETS, aunque por esta vía puedan transmitirse gérmenes.

TRATAMIENTO

El **metronidazol** es el fármaco de elección con tasas de curación del 80-90%. El esquema de tratamiento más utilizado [9]:

- 500 mg/12 h/7 días, por vía oral, o con óvulos vaginales,
- 500 mg/día, 7 días con óvulos vaginales.

Su inactividad frente a los lactobacilos facultativos contribuye a recolonizar la vagina por estos microorganismos.

La ampicilina a dosis de 500 mg/6 h/5-7 días, por vía oral, también es eficaz, pero tiene unas tasas de curación inferiores al metronidazol.

La **clindamicina** por vía oral en dosis de 300 mg/12 h/7 días, tiene unas tasas de curación muy elevadas, pero hay que estar advertidos de la posibilidad de aparición de colitis pseudomembranosa. Su administración por vía vaginal soluciona este problema manteniendo buenas tasas de curación, pero su inconveniente es la aparición de una candidiasis vaginal iatrogénica.



Embarazada: tratar siempre para evitar complicaciones (Rotura prematura de membranas, amenaza de parto pre-término, RN de bajo peso, endometritis postparto, aborto tardío...) con clindamicina o metronidazol vía vaginal 10 días.



Cloruro de decualinio 10mg Fluomizin® nuevo lanzamiento para el tratamiento no antibiótico de las vaginosis bacterianas, efecto antiséptico y antimicrobiano, alternativa segura durante el embarazo. Indicado en el tratamiento de candidiasis y trichomonas [10].

2. Vulvovaginitis no infecciosas

Se calcula que un tercio de las vulvovaginitis tiene una etiología no infecciosa, aunque para otros autores representa sólo el 10% de ellas. Entre sus causas principales cabe destacar:

Iatrógenas. Por irritación física (lavado demasiado frecuente), química (uso de productos ácidos), reacción a un cuerpo extraño (tampones, esponjas, diafragmas). Estas vaginitis suelen desaparecer al suprimir la causa que las produce.

Alérgicas. Se han implicado productos muy diversos: espermicidas, plasma seminal, productos de higiene íntima, ropa interior, etc.

Atróficas o seniles. Aparecen por un epitelio vaginal adelgazado por el hipoestronismo de estas mujeres. Aparece sequedad vaginal, hemorragias, disuria externa, prurito y/o dispareunia. Las leucorreas son poco abundantes y el pH vaginal es alto. Se solucionan con una terapia de reposición hormonal, local o sistémica. En este apartado no debemos olvidar que el prurito vulvar no infeccioso, sobre todo en mujeres posmenopáusicas, siempre debe ser estudiado para descartar otras enfermedades que, en ocasiones, además de las molestias que ocasionan a la paciente pueden requerir tratamientos específicos y/o un estrecho seguimiento para detectar lo antes posible procesos más graves (carcinoma vulvar).

DISMENORREA

Dolor pélvico crónico de origen ginecológico (y más concretamente, uterino), que se presenta durante el periodo menstrual afectando a millones de mujeres en todo el mundo durante el periodo reproductivo. El dolor puede ser en ocasiones tan incapacitante que interfiere negativamente de forma leve, moderada o severa en la actividad cotidiana de la mujer.

Clasificación:

La clasificación más importante de la dismenorrea es la que tiene en cuenta su origen, de acuerdo con el cual distinguimos dos grandes grupos:

- **Primaria o funcional:** aquella que cursa con dolor cíclico asociado a los ciclos ovulatorios, sin que exista una causa orgánica, visible, objetiva que, a simple vista, pueda explicar el trastorno ginecológico, sino que éste es debido a, como veremos más adelante, causas fundamentalmente hormonales.
- **Secundaria o adquirida:** dolor cíclico asociado a la menstruación, justificado por la presencia de una patología visible o diagnosticable como, por ejemplo:

Endometriosis (causa principal, con frecuencia diagnosticada equivocadamente como dismenorrea primaria).

Sin embargo, nosotros nos ocuparemos aquí de los aspectos relacionados con la dismenorrea primaria o funcional, que es donde creemos podemos intervenir de forma más decisiva, ya que en el caso de la dismenorrea secundaria los síntomas dependerán del tipo de trastorno subyacente y el tratamiento deberá ir encaminado principalmente a eliminar esa anomalía anatómica causante de la dismenorrea y, con ella, el dolor menstrual secundario.

Epidemiología:

Se trata, probablemente, del más común de todos los trastornos ginecológicos. Es un motivo de consulta ginecológico frecuente que afecta hasta un 50 % de las mujeres, de las cuales el 10-15 % aproximadamente presenta cuadros severos de dolor y el 5 % dolor de tal intensidad que les genera una notoria incapacidad para las actividades

de la vida diaria, siendo por ello la dismenorrea, según distintos estudios, la causa más importante de ausentismo académico y/o laboral en la mujer.

La máxima incidencia referida para la dismenorrea se da entre los 16 y los 25 años de edad, disminuye a partir de los 25 años y en muy raros casos se inicia después de los 30 años. Puede aseverarse que la dismenorrea primaria, es en principio un problema de mujeres jóvenes.

Sin embargo, a pesar de su gran frecuencia y de que ha sido objeto de numerosas exposiciones y estudios durante más de 100 años, sigue siendo un problema ginecológico poco conocido. Todavía no se conocen bien las causas, la fisiopatología y todas las medidas terapéuticas aplicables ante esta patología, aunque en los últimos años se han logrado importantes avances en relación, sobre todo, con su etiología (se ha afianzado la teoría de las prostaglandinas) y de su tratamiento, incluyendo en este las medidas fisioterapéuticas.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de la dismenorrea primaria se hace por exclusión, al descartarse todas las patologías orgánicas de orden ginecológico. Para el diagnóstico específico, el ginecólogo tendrá en cuenta, además de los datos de la historia clínica, los resultados de ciertas pruebas como son:

Exploración física. Por ejemplo, la cuidadosa inspección del cérvix puede poner de manifiesto una estenosis cervical o un pólipo endocervical como la causa de la dismenorrea.

Exploración ecográfica de los genitales internos. Por ejemplo, para la detección de quistes ováricos.

Laparoscopia. Por ejemplo, la sospecha diagnóstica de endometriosis, causa más frecuente de dismenorrea secundaria, obliga a realizar una laparoscopia exploradora. No pocas adolescentes, con el diagnóstico de dismenorrea primaria, son portadoras de endometriosis, no diagnosticada con la exploración ni con la ecografía.

Hemos de tener en cuenta que si no se efectúa un diagnóstico diferencial apropiado, además de no poder orientar adecuadamente el tratamiento de la mujer que padece

dismenorrea, se puede caer en el error de no detectar precozmente una lesión orgánica importante, ya sea endometriósica, inflamatoria o bien tumoral, que puede crear problemas graves, no sólo hacia una infertilidad o esterilidad futura de la enferma, sino también hacia problemas más vitales, dependiendo del tipo de lesión primaria.

TRATAMIENTO

Hoy día el tratamiento de la dismenorrea primaria está fundamentalmente dirigido a inhibir, mediante tratamiento farmacológico, la síntesis de prostaglandinas a nivel endometrial.

Tratamiento farmacológico

- los AINE, como inhibidores de la prostaglandina-sintetasa, y
- los anticonceptivos orales combinados, como inductores de ciclos anovulatorios.

Los inhibidores de las prostaglandinas que se han demostrado más eficaces son los derivados del ácido propiónico (**ibuprofeno**, **naproxeno**, **ketoprofeno**) y los derivados del fenamato (**ácido mefenámico**); el ibuprofeno es el que se muestra más favorable en cuanto a riesgo-beneficio [11].

Al provocar una disminución significativa de (la biosíntesis de estas sustancias) las prostaglandinas en el flujo menstrual, hasta niveles más bajos incluso que los existentes en mujeres sin dismenorrea, concomitantemente producen el alivio de los síntomas relacionados con la dismenorrea primaria.

Cuando los AINE son iniciados desde el día previo al inicio de la menstruación (la síntesis de prostaglandinas empieza horas antes al inicio de la menstruación) y administrados por dos o tres días del ciclo, ofrecen una respuesta satisfactoria entre el 75 y 99 % de los casos. Constituyen hoy día el tratamiento de elección para el manejo de la dismenorrea primaria.

Tienen el inconveniente de que no se pueden aplicar a todas las mujeres, puesto que en no pocos casos producen reacciones adversas como irritación del estómago y más aún úlcera (aunque se suelen combinar con protectores gástricos). Los AINE se contraindican en pacientes con antecedentes de úlceras gastrointestinales o en casos de hipersensibilidad. Los AINE tiene ventajas sobre los anticonceptivos orales

combinados, ya que sólo necesitan ser administrados por dos o tres días al mes y al disminuir la hipercontractilidad miometrial, mejoran otras manifestaciones que frecuentemente acompañan a la dismenorrea como: vértigos, náuseas y vómitos.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) alivian los períodos dolorosos aunque causan efectos adversos, pero no está muy claro si algún AINE es mejor que los otros.

La mitad de las mujeres sufren dolor o dolores menstruales tipo cólico durante los períodos (dismenorrea). Se cree que la dismenorrea se produce porque el útero produce demasiada prostaglandina (una hormona). Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) reducen la producción de prostaglandinas.



Entre las terapias alternativas que se han propuesto, la acupuntura y el ejercicio regular podrían tener un efecto beneficioso. Hay algunos estudios que han obtenido algún resultado favorable con tiamina[12], digitopuntura, estimulación eléctrica nerviosa transcutánea, etc., sin embargo, no están lo suficientemente estudiados.

DOLOR MAMARIO

Mastalgia define el dolor mamario en general, mientras que mastodinia se refiere al dolor mamario funcional y cíclico. Un 85% de las consultas por dolor mamario, tras una correcta anamnesis, exploración y diagnóstico, no necesitan tratamiento.

Clasificación:

El dolor mamario es un síntoma tanto de procesos funcionales como orgánicos y, en ocasiones, puede tener una base psicósomática (Tabla 1):

Origen mamario:

- Mastalgia premenstrual (cíclica)
- Mastalgia en procesos mamarios benignos (no cíclica).
- Mastalgia en el cáncer mamario.

Origen extramamario:

- Mastalgia de origen parietal.
- Mastalgia de origen metamérico.
- Mastalgia de origen indeterminado.

Mastalgia cíclica, tensión premenstrual o mastodinia

Dolor mamario de aparición premenstrual, alivio sintomático al comenzar la menstruación y repetición cíclica. Puede ir acompañado del síndrome premenstrual. En algunos casos, los síntomas son moderados y aparecen 3-5 días antes de la menstruación; con la edad pueden ser más intensos y abarcar gran parte del ciclo.

Es la causa más frecuente de dolor mamario (40-50% de mujeres en edad fértil).

Es bilateral y más frecuente en mujeres jóvenes. A veces el dolor se exagera en la ovulación (picos de secreción estrogénica). El deporte o no usar sujetador pueden desencadenar o aumentar la mastodinia. La ingesta exagerada de metilxantinas (té, café, chocolate...) favorece el desarrollo de alteraciones fibroquísticas o las exagera cuando ya existen y, más en concreto, el dolor. Los déficits vitamínicos (A, B, E) son posibles favorecedores de mastodinia.

La mastodinia refleja las variaciones hormonales cíclicas sobre los tejidos mamarios (congestión vascular, aumento de la permeabilidad y edema) que afectan de forma difusa a la glándula unos niveles ↑estrogenos (hiperestronismo real) o ↓ progesterona (hiperestronismo relativo), pueden ser los desencadenantes de este cuadro.

CLÍNICA:

Cuadro de intensidad variable, desde leves molestias o tensión mamaria, a un dolor intenso que puede hacerse continuo y no desaparecer a lo largo de todo el ciclo. Generalmente por encima de los 30-40 años el dolor pierde intensidad y ritmo para transformarse en molestias durante el ciclo completo, se puede localizar en una u otra glándula (sobre todo en cuadrante súpero-externo), incluso en axila y brazo.

DIAGNÓSTICO:

Exploración física: glándula tensa, fibrosa, sensible a la presión, especialmente en fase premenstrual.

Ecografía: no existe indicación clara para la realización de técnicas de diagnóstico por imagen.

Mamografía: es poco rentable, se realizará en caso de que la edad de la mujer o los hallazgos de la exploración lo aconsejen.

Determinaciones hormonales: se utilizan poco, debido a que excepcionalmente se detectan desequilibrios hormonales.

TRATAMIENTO:

Con frecuencia tras una explicación a la paciente sobre la naturaleza del proceso (no es una enfermedad sino algo “fisiológico”), no requieren tratamiento. Solo indicado en casos de mastodinia intensa o si existen alteraciones hormonales.

- Las recomendaciones higiénico-dietéticas y farmacológicas son muchas y muy variadas, con defensores y detractores al respecto.
- Usar sujetadores sin elementos traumáticos (aros).
- Recomendar dietas hiposódicas, pobres en grasas, tiramina o metilxantinas.

- Controvertidos los suplementos dietéticos con ácido gamma- linoléico o vitaminas (retinol, tocoferol, calciferol, tiamina o piridoxina).

Los preparados más utilizados:

- Progesterona de uso tópico al 10%, aplicando 5g/día (en cada mama), de forma cíclica o continua.
- Extracto de semilla de *Gossypium herbaceum* Mastodin® emulsión aplicar una pequeña cantidad en cada mama.

ENDOCERVICITIS

La afección del epitelio endocervical es un proceso generalmente asintomático, pero con importantes complicaciones y secuelas a largo plazo. De hecho, es la vía de inicio más frecuente de las infecciones ginecológicas altas y de sus importantes implicaciones en la vida reproductiva de la mujer.

Las endocervicitis, a pesar de que pueden producir leucorreas abundantes, suelen ser asintomáticas y ésta es una de las causas de la frecuente transmisión de los gérmenes implicados entre las parejas sexuales.

En la actualidad, *Chlamydia trachomatis*, gonococo y virus del herpes simple (VHS) son los tres agentes etiológicos reconocidos en las endocervicitis.

Infecciones por *Chlamydia trachomatis*

Se trata de una bacteria intracelular obligatoria que precisa de la célula huésped para multiplicarse. Esto explica la benignidad de los síntomas clínicos iniciales (uretritis o cervicitis subagudas) y la frecuencia de sus complicaciones (esterilidad de causa tubárica, prostatitis y epididimitis). Se conocen 15 serotipos diferentes de esta bacteria, 11 de los cuales se transmiten por vía sexual, 8 (del D al K) son los causantes de las infecciones sexuales habituales, mientras que L1, L2 y L3 producen el linfogranuloma venéreo. Debido a este ciclo biológico intracelular, su transmisión es fundamentalmente sexual. También existe la posibilidad de la transmisión vertical, sobre todo en el canal del parto, produciendo conjuntivitis, faringitis y neumonía atípica en el recién nacido.

Las infecciones ginecológicas bajas por *Chlamydia trachomatis* no suelen producir una sintomatología espectacular, debido a la afinidad casi exclusiva de esta bacteria por las células cervicales. Por tanto, no causan vulvovaginitis. Los cuadros clínicos se limitan a leucorreas inespecíficas aisladas. Su verdadera importancia estriba en su extensión a los genitales internos en forma de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Se trata de una afección frecuente en la mujer sexualmente activa, que agrupa varias entidades clínicas correspondientes a la evolución de un proceso genital, que comienza por una cervicitis seguida de una endometritis y después, de una salpingitis. En ausencia de un diagnóstico y de un tratamiento precoz, la evolución prosigue hacia

secuelas tubéricas inflamatorias que provocan embarazos ectópicos, esterilidad e incluso dolores pélvicos crónicos.

DIAGNÓSTICO:

- Examen directo con tinción de Giemsa o inmunofluorescencia (se aprecian inclusiones intracelulares),
- Cultivo celular (difícil de realizar; un cultivo negativo no descarta formalmente la infección),
- Detección de antígeno: técnicas directas de enzimoimmunoanálisis (ELISA) (sensibilidad y especificidad inferiores a las del cultivo y variables según la técnica y laboratorio utilizado)
- Biología molecular: las técnicas de amplificación génica (reacción en cadena de la polimerasa [PCR], reacción en cadena de la ligasa [LCR]), que tienden a ser actualmente los procedimientos de referencia, precisan una mínima muestra y su sensibilidad y especificidad son muy elevadas.

TRATAMIENTO:

Chlamydia trachomatis es sensible a dos familias de antibióticos: tetraciclinas y macrólidos [9].

- **Azitromicina** (cápsulas de 250 mg; comprimidos de 150 mg; sobres de 150, 200, 500 y 1.000 mg), ha modificado los hábitos terapéuticos debido a su alta eficacia y cómoda posología en forma de dosis única (1.000 mg) [9]. Este fármaco se adapta perfectamente al ideal de tratamiento de una ETS, con un cumplimiento máximo en las parejas sexuales, asintomáticas la mayoría de las veces.
- **Doxiciclina** En caso de utilizar tetraciclinas, es el fármaco de elección, a dosis de 100 mg/12 h, durante 7-10 días.

Infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*

La gonococia es una de las clásicas enfermedades venéreas, siendo en la actualidad excepcional en los países desarrollados, aunque sigue siendo frecuente en los países en vías de desarrollo. La mayoría de las infecciones gonocócicas en las mujeres es asintomática, y no produce síntomas reconocibles hasta que suceden las

complicaciones (EIP) que, por contraposición a la causada por *Chlamydia trachomatis*, parecen ser más sintomáticas, agudas y destructivas. Cuando producen síntomas, se observa una vulvovaginitis de intensidad variable con leucorrea purulenta; también pueden producir una uretritis, menos frecuente que en el varón, con síndrome miccional y secreción purulenta por la uretra. Ocasionalmente, su paso a la sangre cursará con manifestaciones a distancia en forma de artritis, hepatitis, meningitis y endocarditis.

DIAGNÓSTICO

- Detección de la bacteria en medios de cultivos específicos (Thayer-Martin)⁵, que además permite realizar un antibiograma.
- Tinción de Gram que demuestre diplococos gramnegativos intraleucocitarios, en una muestra de secreción uretral, también es diagnóstica.

TRATAMIENTO:

Para las infecciones no complicadas (genitales o extragenitales) [9] son cortos:

- **Ofloxacina** (400 mg vía oral en monodosis)
- **Pefloxacina** (800 mg vía oral en monodosis)
- **Ceftriaxona** (500 mg i.m. en monodosis)
- **Espectromicina** (2 mg i.m. en monodosis, en alergias o resistencias a la penicilina) con tratamiento sistemático de las parejas sexuales.

Desde hace aproximadamente 15 años, se observa un aumento de la resistencia de esta bacteria a determinados antibióticos (cepas productoras de betalactamasas) y a las quinolonas, sobre todo en Asia, aunque todavía son poco frecuentes en los países occidentales. Todo ello aconseja la práctica sistemática de antibiogramas y evitar los tratamientos empíricos.

Herpes genital

Se debe fundamentalmente al virus del herpes simple, tipo 2 (VHS2) es la causa del 70 al 90% de las infecciones herpéticas genitales, pero a veces también al tipo 1

(VHS1). Se trata de virus de ADN pertenecientes a la familia herpes virus. La transmisión del herpes genital es fundamentalmente sexual, siendo posible la contaminación extragenital, pero rara. El índice de transmisión varón-mujer es mayor que el índice de transmisión mujer-varón y además un contacto previo con el VHS1 protege contra la contaminación con VHS2 (reduce en más del 50% el riesgo de contaminación). La historia natural de la infección herpética pasa por una primoinfección, con manifestaciones clínicas variadas que van desde las formas totalmente asintomáticas hasta formas graves, con lesiones profusas e hiperálgicas. La primoinfección sintomática comienza con lesiones maculopapulosas que se acompañan de ardor y prurito local. Secundariamente, aparecen vesículas o pústulas que se erosionan de forma rápida, dando lugar a lesiones muy dolorosas, a veces confluentes. Las adenopatías satélites (inguinales la mayoría de las veces) son habituales. En algunas ocasiones, el estado general está alterado: fiebre, astenia, malestar general, etc.

Las recurrencias, más frecuentes en pacientes infectados por VHS2, pueden ser sintomáticas o asintomáticas, aunque las formas con clínica son menos importantes que las observadas durante la primoinfección. La erupción está generalmente precedida por pródromos bien identificados por los pacientes. Después, aparecen algunas vesículas, que rápidamente se transforman en erosiones poco dolorosas y que curan de manera espontánea. La frecuencia de las recurrencias es muy variable entre individuos e incluso en el mismo individuo.

DIAGNÓSTICO

- Suele ser clínico, ya que presenta unos síntomas muy característicos.
- Cultivo en medio celular.
- Cuando no es posible realizar un cultivo, se puede utilizar técnicas citológicas (son características las células sincitiales, degeneración en balón del núcleo e inclusiones nucleares eosinofílicas) o de demostración de antígenos que presentan menor sensibilidad y especificidad que el cultivo.
- Las técnicas de amplificación génica, como la PCR, son muy prometedoras puesto que requieren menos material infeccioso y condiciones más simples para el transporte de las muestras.
- Serología, varias técnicas permiten detectar la presencia de anticuerpos anti-VHS en el suero. Sin embargo, ninguna de ellas permite realizar un diagnóstico

de certeza, ya que existen reacciones cruzadas entre los distintos tipos de VHS.

TRATAMIENTO de esta infección, no curativo, es:

- **Aciclovir** 1g/12horas por vía oral durante 7-10 días [9].
- **Valaciclovir** 1g/vía oral/12 horas por vía oral durante 3 días o 1g/24 horas durante 5 días.
- **Famciclovir** 500mg/12 horas o 1 g/24 horas si >10 episodios año.

Tiene como objetivo reducir la duración y la gravedad de las primoinfecciones y la duración de las recurrencias. En los casos muy recurrentes, puede estar indicado un tratamiento continuo supresor con aciclovir.

INFECCIONES POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

El VPH es un virus de ADN de máxima importancia en la actualidad por el espectacular incremento en la incidencia de las infecciones que produce y por su papel en la génesis del carcinoma epidermoide de cuello uterino. La infección genital por VPH es una de las ETS más frecuentes, con un pico de prevalencia máximo entre los 20 y los 25 años de edad, que coincide con el de las atipias citológicas causadas por los VPH (coilocitos). La transmisión es fundamentalmente de tipo sexual, aunque se han descrito contagios no sexuales (agua y vapor de agua contaminados, vapores de láser, material o guantes contaminados, etc.), debido a la gran resistencia de estos virus al calor y al frío. Por vía sexual, el índice de infectividad es alto, con un 65-68% de individuos contagiados después de un contacto sexual.

Clínicamente las principales manifestaciones de este virus son:

En la vulva. Normalmente, en forma subclínica como papilas vestibulares, fusionadas o epitelio acetoblancas. En general, son asintomáticas, aunque a veces pueden producir dolor vulvar y dispareunia. La forma clínica más conocida, aunque no la más frecuente, es el condiloma acuminado que también puede ser asintomático.

En la vagina. Predominan las formas subclínicas como las papilas vaginales o los hallazgos colposcópicos, en forma de áreas de mosaico, base o leucoplasias. Los

condilomas acuminados afectan al tercio inferior y/o superior de la vagina, respetando generalmente el tercio medio.

En el cérvix. Los condilomas son poco frecuentes, predominando las lesiones sólo identificables con colposcopia y definidas como zona de transformación atípica.

DIAGNÓSTICO:

Sólo en raras ocasiones es clínico (condilomas acuminados), basándose generalmente en la identificación histológica o citológica (es característica la presencia en las células superficiales y de la capa granular de coilocitos, células con degeneración vacuolar perinuclear) de las alteraciones producidas por el virus en el epitelio genital afectado. Las técnicas directas de enzimoimmunoanálisis y de amplificación génica para la detección del virus todavía tienen escasas aplicaciones prácticas.

TRATAMIENTO:

Los diferentes métodos disponibles son:

- Métodos químicos: **podofilotoxina, imiquimod** (autoadministrados) [9], **5 fluorouracilo, ácido tricloroacético** (administrados por un profesional sanitario) . Generalmente se utilizan para los condilomas acuminados.
- Métodos inmunológicos. Se encuentran en investigación diferentes vacunas y en la clínica se han usado, con dispares resultados, algunos inmunomoduladores, como el interferón (intramuscular, subcutáneo o intralesional).
- Métodos quirúrgicos. Pretenden eliminar la zona de epitelio afectada y con potencial oncogénico (cirugía convencional, electrocirugía, crioterapia, láser).

VACUNACION FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

La vacunación frente al VPH está incluida en el calendario vacunal de todas las comunidades autónomas desde el año 2007, si bien con diferencias tanto en el tipo de vacuna (bivalente, frente VPH 16-18 o tetravalente, frente a VPH (16-18-6-11), como la edad a la que se administra.

Aunque el cáncer de cérvix es el segundo cáncer más frecuente en la mujer, en España, como en la mayoría de los países desarrollados tiene una incidencia relativamente baja, 3,4-12,2 casos/10⁵ mujeres/año con una tasa de mortalidad de 2,7/10⁵ mujeres año. Es la infección de transmisión sexual más frecuente, el VPH es causa de todos los cánceres de cuello uterino. Los tipos 16 y 18 son los responsables de aproximadamente el 70% de los cánceres de cérvix, vagina y ano y entre el 30-40% de los cánceres de vulva, pene y orofaringe, los tipos 6 y 11 son los agentes causales de las verrugas genitales y de las papilomatosis respiratorias recurrentes. Por el contrario, el VPH es una muy importante de morbilidad y mortalidad y su adquisición está asociada a la actividad sexual.

Se estima que el VPH 16 y el VPH 18 son responsables de:

- el 70% de los cánceres cervicales
- el 75-80% de cánceres anales; del 80% de los adenocarcinomas in situ (AIS),
- el 45-70% de las neoplasias cervicales intraepiteliales de alto grado (CIN 2 y CIN 3)
- el 25% de las neoplasias cervicales intraepiteliales de bajo grado (CIN 1)
- el 70% de las neoplasias vulvares intraepiteliales (VIN 2 y VIN 3) y neoplasias vaginales intraepiteliales (VaIN 2 y VaIN 3) de alto grado relacionadas con el VPH y
- el 80% de neoplasias anales intraepiteliales (AIN 2/3) de alto grado relacionadas con el VPH.
- El CIN 3 y el AIS han sido aceptados como precursores inmediatos de cáncer cervical invasor. Otros tipos oncogénicos pueden también causar cáncer de cérvix. El VPH 45, 31 y 33 son los más comunes y se identifican en el 12,1% de los carcinomas cervicales escamosos y en el 8,5% de los adenocarcinomas.
- VPH 6 y 11 son responsables de aproximadamente el 90% de las verrugas genitales y del 10% de las CIN1.

Ante esto, la mejor estrategia es la información y educación y cuando nos referimos a conductas relacionadas con la actividad sexual el papel del personal sanitario es esencial.

Es importante informar de que, por la composición de la vacuna, se van a poder prevenir el 70% de los cánceres. Por ello, es importante insistir en los factores de riesgo.

El virus VPH se transmite por contacto piel con piel, aunque se use preservativo, se puede adquirir la infección en la piel no cubierta por el mismo.

El principal factor de riesgo es el mayor número de compañeros sexuales

La infección es mayor en las menores de 25 años debido a conductas sexuales más arriesgadas (no uso del preservativo, más compañeros sexuales) y razones biológicas (inmadurez cervical, déficit del flujo cervical protector y ectopia cervical aumentada).

No sólo no existe contraindicación para su administración sino que la vacuna es eficaz para todas las mujeres aunque aún no hayan tenido la menarquia.

Características de la vacuna

Las vacunas frente a VPH son vacunas de subunidades hechas de la proteína principal de la cápside viral del VPH. Partículas similares a virus imitan la estructura del virus nativo, pero no contienen ningún ADN viral por lo que no tienen ni capacidad infectiva, ni replicativa ni oncogénica. En este momento existen dos diferentes productos disponibles en nuestro país de vacuna de VPH:

- **Cervarix®**: vacuna bivalente que contiene VPL de los genotipos de alto riesgo de VPH (16 y 18).
- **Gardasil®**: vacuna tetravalente, contiene VPL de cuatro tipos de VPH (6, 11 de bajo riesgo y 16, 18 de alto riesgo)[13].

Ambas vacunas no contienen tiomersal. No contienen organismos vivos y no pueden causar la enfermedad frente a la que protegen.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) FARMACOLÓGICA HASTA LOS 63 DÍAS DE EMBARAZO.

El embarazo puede producirse de forma imprevista y por varios motivos. Lo más frecuente es que no se utiliza un método anticonceptivo o que se utiliza incorrectamente, o bien que falla el método.

Ningún método anticonceptivo es eficaz al 100%, ya que incluso en un escenario en el que todos se utilizaran correctamente se producirían 6.000.000 de embarazos accidentales.

La falta de información, las dificultades para acceder a una anticoncepción adecuada, las dificultades para establecer relaciones igualitarias y las situaciones de violencia machista, son factores que también favorecen el embarazo imprevisto y no deseado.

También se puede dar la circunstancia en que el embarazo haya sido deseado, e incluso planificado, pero que aparezca algún motivo que lo convierta en no deseable.

Actualmente, el IVE está legalmente regulada y se permite a prácticamente todos los países de la Unión Europea. Sin embargo, los requisitos varían entre países.

En España, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva de la interrupción voluntaria del embarazo, ofrece un nuevo escenario en la atención del IVE, que puede ser a petición de la mujer durante las primeras 14 semanas de gestación, o por causas médicas en diferentes semanas de gestación. La Ley estipula un periodo de reflexión de 3 días una vez se recibe la información sobre los derechos y las prestaciones públicas que apoyan la maternidad. El IVE debe llevarse a cabo en centros autorizados para la práctica del aborto (tanto hospitalarios como extrahospitalarios), y es una prestación incluida en la cartera de servicios del sistema nacional de salud.

En Cataluña, en el año 2001, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social elaboró un Protocolo de consenso de uso de mifepristona y misoprostol para el aborto farmacológico en el primer trimestre del embarazo.

En el año 2011, la Agencia de Calidad y Evaluación en Salud elaboró una revisión sistemática de la literatura sobre eficacia y seguridad del IVE farmacológica con mifepristona hasta los 49 días de gestación [14].

El último informe de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (Aqua), del 2014 [15], avala el hecho de seguir utilizando dosis y vías de administración distintas de las descritas en las fichas técnicas de los medicamentos autorizados:

- Mifepristona, 200mg por vía oral: antiprostageno que detiene la progresión del embarazo.
- Misoprostol, 800mg por vía bucal: análogo sintético de prostaglandina para favorecer la expulsión, al estimular las contracciones uterinas.

De acuerdo con la Instrucción 5/2010 del Servicio Catalán de la Salud se establece el protocolo para la IVE farmacológica hasta los 63 días de embarazo en el ámbito de la atención primaria de la red de uso público.

El IVE con mifepristona y misoprostol es eficaz y segura, La tasa de eficacia hasta los 63 días de embarazo (9 semanas), con la pauta combinada, es muy elevada: se estima entre el 94 y el 98% [16].

Se observó un abanico entre el 89,7% y el 95,2% de aborto completo, un 4,8% de aborto incompleto y un 1-1,5% de embarazo viable. La sintomatología que se suele presentar es controlable y las complicaciones son escasas.

Se puede concluir que el aborto farmacológico es seguro, de fácil uso y de buena tolerancia en la mayoría de las mujeres, independientemente de la edad.

Durante el año 2012, el número de IVE llevadas a cabo en Cataluña (mujeres residentes y no residentes) fue de 21.956 el perfil de las pacientes que se sometieron a una IVE es el de mujeres sin hijos ni IVE anteriores, con una media de edad de 28.7 años. La media de tiempo de gestación en el momento e interrumpir el embarazo fue de 8,1 semanas y el motivo más frecuente fue la petición de la mujer (86,8 % de los casos) [17].

PAUTA TERAPÉUTICA PARA LA IVE HASTA LOS 63 DÍAS DE EMBARAZO:

- **Mifepristona**, 200mg por vía oral y al cabo de 24 a 48 horas(que es el intervalo más eficaz)
- **Misoprostol**, 800mg por vía bucal. Existe la posibilidad de administrarlo por otras vías, como vaginal, la sublingual o la oral.
- **Paracetamol**, 600mg/codeína 30mg+ibuprofeno oral 600mg 30 minutos antes de la toma de misoprostol y al cabo de 6-8 horas si el dolor persiste.

Interacciones con otros fármacos:

Mifepristona: no hay estudios específicos de interacción, pero según el tipo de metabolismo del fármaco, se puede considerar que.

- Si se asocia a ketoconazol, itraconazol, eritromicina o zumo de pomelo, pueden aumentar los niveles séricos.
- Si se asocia a la hierba de San Juan, rifampicina, dexametasona o algunos anticonvulsivos como fenitoína, el fenobarbital y la carbamazepina, pueden disminuir los niveles séricos.

Misoprotol:

- Se puede inhibir por el efecto del acenocumarol (Sintrom®)
- Asociado a antiácidos como el magnesio, puede favorecer las diarreas y aumentar su intensidad.

MANEJO CLÍNICO:

Primera visita:

- Confirmar embarazo y determinar edad gestacional.
Si incertidumbre realizar test de embarazo en consulta o ecografía.
- Confirmar grupo sanguíneo y factor Rh, si desconocido solicitar analítica de urgencia. Prescripción gammaglobulina anti-D en mujeres con Rh negativo.
- Información a la paciente de los diferentes métodos de IVE farmacológica y quirúrgica. Y marco normativo de la Ley de 3 de marzo de 2010.

- Si elige el IVE farmacológica, hay que explicarle detalladamente en que consiste este método: tipo de fármacos, pautas y vías de administración, mecanismo de acción, efectos adversos y posibles complicaciones, controles posteriores, insistir en la importancia del cumplimiento del tratamiento y de la asistencia a las visitas programadas.

Segunda visita, 72 horas después de la primera:

- Administrar la mifepristona: una dosis de 200mg, por vía oral.
- Prescripción y entrega de misoprostol, con la explicación específica para la autoadministración entre las 36 y las 48 horas posteriores a la ingesta de la mifepristona.
- Prescripción y entrega de la pauta analgésica profiláctica del dolor con información específica que se ha de tomar 30 minutos antes de iniciar la pauta del misoprostol
- Informar de los posibles efectos secundarios y signos y síntomas de alarma.
- Recoger el consentimiento informado
- Garantizar que la mujer cumple los criterios para la IVE farmacológica hasta los 63 días.
- Controlar los resultados: analítica, ecografía u otras.
- Administrar gammaglobulina anti-D en mujeres Rh negativo.
- Informar de cómo se producirá el aborto: entre 4 -6 horas posteriores a la ingesta el misoprostol, aunque en algunos casos este período se puede prolongar hasta 15 días.
- Informar la posibilidad de iniciar una pauta de contracepción hormonal combinada después de la toma de misoprostol.

Tercera visita, 15 días después de la segunda:

- Confirmar la finalización del embarazo.
- Ofrecer consejo contraceptivo.



PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN	LABORATORIO FARMACÉUTICO	FINANCIACIÓN S.N.S
Clomifeno	VÍA ORAL: 50mg/24h a partir 5º día del ciclo.	OMIFIN Comp 50mg(env10)	EFFIK	\$NO
FSH alfa-folitropina	VÍA SUBCUTÁNEA: 75-150 UI-FSH/día cada 7-14 días.	BEMFOLA -Plum prec150 UI/0.25ml (env1/10) -Plum rec 75UI/0.125 ml (env1/10)	FINOX BIOTECH AG	
Leuprorelina	VÍA SUBCUTÁNEA: 1mg/24h Fase lútea o fase folicular	ELIGARD Jer prec 7,5 mg (polv+disolv) (env1)vis	ASTELLAS PHARMA	SI
		GINECRIN DEPOT Vial 3.75mg+amp2ml (env1)vis	ABBVIE FARM SLU	SI
		PROCRIN Vial multidosis 1mg/0.2ml2.8ml (env1) vis	ABBVIE FARMA SLU	SI
Nafarelina	VÍA INTRANASAL: 800mcgdía (200mcg en cada fosa nasal 2veces día)	SYNAREL Inhal nasal 200mcg/puls (env 60 dosis) vis	SEID	SI
Tiptorelina	VÍA SUBCUTÁNEA O IM: -3.75 i.m c/4sem -0.1mg/24h subcutánea a partir 2º día ciclo	DECAPEPTYL Vial 0.1mg+amp 1ml(env7+7)	IPSEN PHARMA	SI
		GONAPEPTYL DEPOT Jer prec 3.75mg+disolv1ml(env7)	FERRING	SI
Progesterona natural micronizada	VÍA VAGINAL: 1/2aplic gel 8%48h15-25ciclo	CRINONE Gel vag monodosis 90mg(env6)	MERCK	SI

Medroxi-progesterona	VÍA ORAL: 2.5-10mg/24h 5-10días 16º21º ciclo, repetir 3 ciclos	PROGEVERA Comp10mg/5mg (env30/24)	PFIZER	SI
Cabergolina	VÍA ORAL: -0.25mg 2 veces semana	-DOSTINEX comp 0.5mg (env 2/8) -SOLIGEN comp 1mg/2mg (env20) -CABERGOLINA E.F.G comp0.5mg (env2/8) comp1mg/2mg (env20)	PFIZER PFIZER TEVA	SI SI SI
Bromo-criptina	VÍA ORAL: -1.25mg 2-3veces día	PARLODEL 2.5 comp 2.5mg(env30) PARLODEL 5 Cáps 5mg(env50)	MEDA	SI
Lisurida	VÍA ORAL: -0.1mg/día	DOPERGIN Comp 0.2mg(env30)	BAYER	SI



CANDIDIASIS VAGINAL

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN	LABORATORIO FARMACÉUTICO	FINANCIACIÓN S.N.S
Clotrimazol	VÍA TÓPICA VAGINAL: -1comp. vag100mg/24h x6 días	GINE CANESMED E.F.G	BAYER	SI
	-1comp.vag 200mg/24hx6-12 días. -1comp.vag 500 dosis única al acostarse -crema vaginal 2% tubo de 20g:5g/24h x 3 días al acostarse -crema vaginal 10%5g dosis única al acostarse(*)	GINE CANESTEN\$	BAYER	\$NO
Fenticonazol	VÍA TÓPICA VAGINAL: Óvulos	LAURIMIC Óvulos	EFFIK	SI
	-600mg dosis única -200mg/24 h al acostarse x3 días.	200mg(env.3) 600mg(env.1) LOXEMIN Óvulos	CASEN RECORDATORI	SI
Ketoconazol	VÍA TÓPICA VAGINAL: Óvulos	KETOISDIN ÓVULOS	ISDIN	SI
	400mg/24h x 3-5 días	400mg(env.5) PAFUNGOL ÓVULOS	ESTEVE	SI
Miconazol	VÍA TÓPICA VAGINAL: Crema al 2% tubo de 40g 1aplic. 5g/24h noche x14 días	DAKTARIN TÓPICO -crem 2%(tub 40g)	ESTEVE	SI

Sertaconazol	VÍA VAGINAL: -comp.vaginal 500mg dosis única. -crema vag.:2% 5g/24hx7d	GINE ZALAIN -crem 2%(tub 60g) -gel 2% (tub 100mg) DERMOFIX -mismas presentaciones	FERRER INTERN	SI
Fluconazol	VÍA ORAL: Comprimidos 150mg dosis única	DIFLUCAN FLUCONAZOL E.F.G	VINCI FARMA CINFA MYLAN	SI SI
Cloruro de Decualinio	VÍA VAGINAL: 1 comp /24h 6días	FLUOMIZIN 10 mg Comp vag (env 6)	GEDEON RICHTER	SI



CHLAMYDIA TRACHOMATIS

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN	LABORATORIO FARMACEÚTICO	FINANCIACIÓN S.N.S
Azitromicina	VIA ORAL: 1g dosis única	AZITROMICINA E.F.G Comp recub 500mg(env 3)	CINFA KERN PHARMA NORMON TEVA...	SI
		ZITROMAX Comp recub 500mg (env3) Caps 250mg(env6)	PFIZER	SI
Doxicilina	VÍA ORAL: 100mg/12hx min 7días	DOSIL Cápsulas 100mg(env14)	SESDERMA	SI
		DOXICILINA NORMON Grageas 100mg(env 14,21,42)	IBERMEDGEN	SI
		DOXICLAT Comp recub 100mg(env14,42)	PIERRE FABRE	SI
		VIBRACINA Cáps100mg(env14)	INVICTA FARMA	SI



CONDILOMAS ACUMINADOS

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLÓGIA	PRESENTACIÓN	LABORATORIO FARMACÉUTICO	FINANCIACIÓN S.N.S
Podofilotoxina	VÍA TÓPICA: Sobre crema: -aplicar en lesión 3 veces x semana al acostarse	ALDARA -sobre crema 5%250mg env(12/24)	MEDA	SI
		IMUNOCARE -sobre crema 5%250mg(env12/24)	CANTABRIA	SI
		ZYCLARA -sobre crema 37,5mg/250mg (env28)	MEDA	SI
Imiquimod	VÍA TÓPICA: -crema 0.15% aplicar en lesión 2 veces día x 3 días. -solución 0.5% aplicar 2 veces día x 3 días repetir pasados 7d.	WARTEC -crema 0.15%(tubo 5g) -solución tópica 0.5%(frasco3ml)	STIEFEL	SI



CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN	LABORATORIO FARMACÉUTICO	FINANCIACIÓN S.N.S
Levonorgestrel	ORAL: Comprimido Dosis única de 1,5 mg primeras 72h	NORLEVO DIFAMERD	DIFAMERD	SI
		NORLEVO	CHIESI ESPAÑA	SI
		POSTINOR	GEDEON RITCHER	SI
		LEVONORGES- TREL E.F.G	MYLAN E.F.G TEVA E.F.G	SI
Ulipristal, acetato	ORAL: Comprimido Dosis única de 30mg 1 ^a 120 h	ELLAONE \$	HRA PHARMA	\$ NO



DISMENORREA

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	PRESENTACION	LABORATORIO FARMACÉUTICO	FINANCIACIÓN S.N.S
Ibuprofeno	VÍA ORAL: Sobres comprimidos PAUTA: -400-600mg/6-8h. -1.600mg/día retard toma única	IBUPROFENO EFG -sobr granul 600mg(env40)	TEVA	SI
		-comp recurb 600mg(env40) -sobr granul 600mg(env30) 400mg(env 20 y 40)	CINFA	SI
		-comp recub 400mg(env30) 600mg(env40)	NORMON	SI
		ALGIASDIN comp recurb 600mg(env 30)	ISDIN	SI
		ESPIDIFEN -Sobr 400mg(env 40) ESPIDIFEN E.F.G -sobr granul 600mg(env 20 y 40)	ZAMBON	SI
		ESPIDIDOL \$ -Comp recurb 400mg(env 12)		\$ NO
		NEOBRUFEN Sobr eferv 600mg(env 20) NEOBRUFEN RETARD \$	ABBOT	SI \$ NO
Naproxeno	VÍA ORAL: comprimidos 550mg /6-8h.	ANTALGIN -comp recurb 550mg(env 10/40) NAPROSYN .comp 500mg(env 40)	ROCHE FARMA	SI
Mefenámico ácido	VÍA ORAL: cápsulas 250mg. 500mg/8h	COSLAN -caps 250mg(env20)	PARKE DAVIS	SI



GARDENELLA VAGINALIS

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN	LABORATORIO FARMACEÚTICO	FINANCIACIÓN S.N.S
Metrodinazol	TÓPICO VAGINAL: -1 aplic. vag. de 5g/24h al acostarse x5días.	ZIDOVAL Gel vag 0.75%(tubo 40g.)	MEDA	SI
	VÍA VAGINAL: -1comp vag/12 h x 5días.	FLAGYL VAGINAL Comp vag 500m(env 10)	SANOFI-AVENTIS	SI
Clindamicina	TÓPICO VAGINAL: -crema vaginal 2%(5g/aplic) 1 aplic/24h al acostarse x 7días. -1óvulo vaginal al acostarse x3días	DALACIN VAGINAL -crem vag 2%(tub 40g+ 7 aplicad) -óvulos 100mg s/aplic (env3)	PFIZER	SI
Cloruro de decualinio	VIA VAGINAL: 1comp vaginal x 6 días	FLUOMIZIN 10mg 6 Comp. vaginales	GEDEON RICHTER	SI



HERPES GENITAL

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN	LABORATORIO FARMACEÚTICO	FINANCIACIÓN S.N.S
Aciclovir	VÍA ORAL: -1.000 /1.200 mg en 3-5 dosis x 7-10 días *Recurrencia: -1.000/ 1.200mg en 3 dosis x 3-5 días. *Terapia supresora: -800-1.200mg 2 dosis x 1 año.	ACICLOVIR E.F.G -comp dispers 200/800mg (env 25/35) -comp200/800mg (env25/35)	-ARISTO PHARMA -KERN PHARMA -PENSA MYLAN NORMON STADA	SI SI
		ZOVIRAX -comp dispers 200/800mg (env 25/35)	STIEFEL	SI
Valaciclovir	VÍA ORAL: -1g/12hx7-10 días *Recurrencias: -500mg/12h 3-5días. *Terapia supresora: -500mg/24h3 días o 1g/24h si más de 10 episodios año	VALACICLOVIR E.F.G -comp reurb 500mg(env 10/42) -comp reurb 1g(env 21)	COMBIX KERN PAHRMA STADA	SI SI
		VALTREX -comp reurb 1g(env 21) -comp reurb 500mg (env 10/42)	GLAXOSMITHKLINE	SI
Famciclovir	VÍA ORAL: -250mg c/ 8hx5días. *Recurrencia: -125mg/12h x5 días. *Terapia supresora: -500mg/ 8hx10 días	FAMCICLOVIR E.F.G -comp reurb 125mg(env10) 250mg(env 21)	NORMON	SI
		-comp reurb 125/250/500mg (env10/21/21)	PENSA STADA TEVA	SI
		FAMVIR -comp reurb 125/200/500mg(env 10/21/21)	NOVARTIS FARM	SI



I.V.E FARMACOLÓGICA

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN	LABORATORIO FARMACEUTICO	FINANCIACIÓN S.N.S
Mifepristona	VIA ORAL: -2COMP DE 200MG TOMA ÚNICA	MIFEGYNE Comprimidos 200mg (env 3)	NORDIC PHARMA	USO HOSPITALARIO
Misoprostol*	VIA ORAL: -4COMP DE 200MG VIA VAGINAL: -4COMP DE 200MG *24-48h. postingesta mifepristona	CYTOTEC Comprimidos 20mg (env 60) MISOFAR Comprimidos vaginales 200mg (env 4) MISIVE Comprimidos vaginales (env 4)	PFIZER BIAL-INDUSTRIA FARMACEÚTICA BIAL-INDUSTRIA FARMACEÚTICA	SI USO HOSPITALARIO USO HOSPITALARIO



MASTALGIA

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN	LABORATORIO FARMACÉUTICO	FINANCIACIÓN S.N.S
Progesterona tópica	VÍA TÓPICA DÉRMICA: 1 aplic de 5g/día sobre la piel	DARSTIN \$ Gel 8% tubo 80 g	SEID	\$NO
Extracto de Gossypium herbaceum	VÍA TÓPICA DÉRMICA 1 aplic /día	MASTODIN \$ Emulsión 50g	VIÑAS	\$NO



METRORRAGIAS/MENORRAGIAS

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN	LABORATORIO FARMACÉUTICO	FINANCIACIÓN
Tranexámico ácido	ORAL: comprimidos 1g (2comp.) 3 veces/día x 4-5 días	AMCHAFIBRIN 500MG Comp 500mg (env 30)	ROTTAPHARM	SI
Acetato de ulipristal	ORAL: comprimidos 5mg/día x 3 meses	ESMYA Comp 5mg (env28)	GEDEON RITCHER	SI
Progesterona natural micronizada	ORAL: cápsulas 200-300mg/día días 17-26 del ciclo.	PROGEFFIK cápsulas *100mg(env,30) *200mg(env.15)\$ *300mg(env.60)	EFFIK	SI
	UTROGESTAN *Mismas presentaciones	SEID	SI
	VAGINAL: ½ de gel 8%=45mg/48h días15-25 ciclo	CRINONE Gel vaginal Monodosis 90mg (6env.)	MERCK	SI
Medroxi-progesterona	ORAL; Comprimidos 2,5-10mg/24h días 16-21 del ciclo Repetir 2 ciclos	PROGEVERA 5mg (env.30) 10mg(env.24)	PFIZER	SI
Norestinona	ORAL: Comprimidos -5mg/8h x 10 días -Prevención: 5mg/12h días 19-26 ciclo	PRIMOLUT NOR Comprimidos 10mg (env.30) 5mg (en. 20)	BAYER	SI
Danazol	ORAL: Cápsulas 200-400mg/día 2 tomas x12 semanas	DANATROL Cáps. 100mg, 200mg y 50mg(env.60)	SANOFI-AVENTIS	SI



NEISSERIA GONORRHOEAE

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN	LABORATORIO FARMACÉUTICO	FINANCIACIÓN S.N.S
Ofloxacino	VÍA ORAL: 400mg Dosis única	OFLOXACINO E.F.G Comp recurb 200mg(env7/14)	RANBAXY	SI
		OFLOVIR Comp recurb 200mg(env 7/14)	VIR	SI
Ceftriaxona	VÍA I.M: 250mg I.M Dosis única	CEFTRIAXONA E.F.G Vial IM 250mg(env 1) 500mg(env1)	NORMON	SI DH



TRICHOMONA VAGINALIS

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN	LABORATORIO FARMACÉUTICO	FINANCIACIÓN S.N.S
Metronidazol	VÍA ORAL: Comprimidos -500mg/12h x 7-10 día. -2g repartidos en 1-2 tomas. VAGINAL: Comprimido vaginal 1 comp. vag./24 h al acostarse 10x20 días Asociado a toma oral.	-FLAGYL ORAL Comp. 250 mg (env.21) -FLAGYL VAGINAL Comp. Vaginal 500mg(env.10)	SANOFI- AVENTIS	SI
		METRONIDAZOL NORMON E.F.G Comp. 250 mg (env.21)	NORMON	SI

Tinidazol	VÍA ORAL: Comprimidos -1.5-2g dosis única 4comp. o 2comp 2 tomas/día. -500mgc/12h x 7-10 días.	TRICOLAM Comp. recub. 500mg(env.12) 500mg(env.4)	FARMASIERRA	SI
Cloruro de decualinio	VAGINAL: Comprimidos Vaginales 1comp. vaginal /día x 6 días.	FLUOMIZIN 10MG 6 Comp vaginal	GEDEON RICHTER	SI



VACUNA VIRUS PAPILOMA HUMANO

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN	LABORATORIO FARMACÉUTICO	FINANCIACIÓN S.N.S
Vacuna tetravalente Tipos 6,11,16,18,	VÍA I.M. -Región deltoidea o anterolateral del muslo. -9-13a: 2 dosis de 0.5 ml 0-6meses ->14ª: 3dosis de 0.5 ml 0-2-6meses	GARDASIL \$ Jer prec (env 1+2 aguja)	SANOFI PAST MSD	\$NO
Vacuna bivalente Tipos 16,18	VÍA I.M: -Región deltoidea. -9-14a: 2 dosis de 0.5 ml 0-6meses. ->15ª: 3 dosis de 0.5 ml 0-1-6 meses.	CERVARIX \$ Jer prec aguja inyectable (env 1+1)	GLAXO- SMITHKLINE	\$NO

ABREVIATURAS EMPLEADAS

amp	ampolla	h	Hora	sobr	Sobres
aplic	aplicación	I.M	Intramuscular	top	Tópico
cáps	cápsulas	I.V	Intravenoso	vag	Vaginal
comp	comprimidos	inhal	Inhalación	Vis	Visado de Inspección
crem	crema	jer	Jeringa		
disolv	disolvente				
DH	diagnóstico hospitalario	mcg	Microgramo	\$	No financiado
eferv	efervescente	mg	Miligramo		
E.F.G	Especialidad Farmacéutica Genérica	ml	Mililitro		
emuls	emulsión	polv	Polvo		
env	envase	prec	Precargada		
g	gramo	precarg	Precargada		
grag	Grageas	recurb	Recubierto		
		S.N.S	Sistema Nacional de Salud		

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

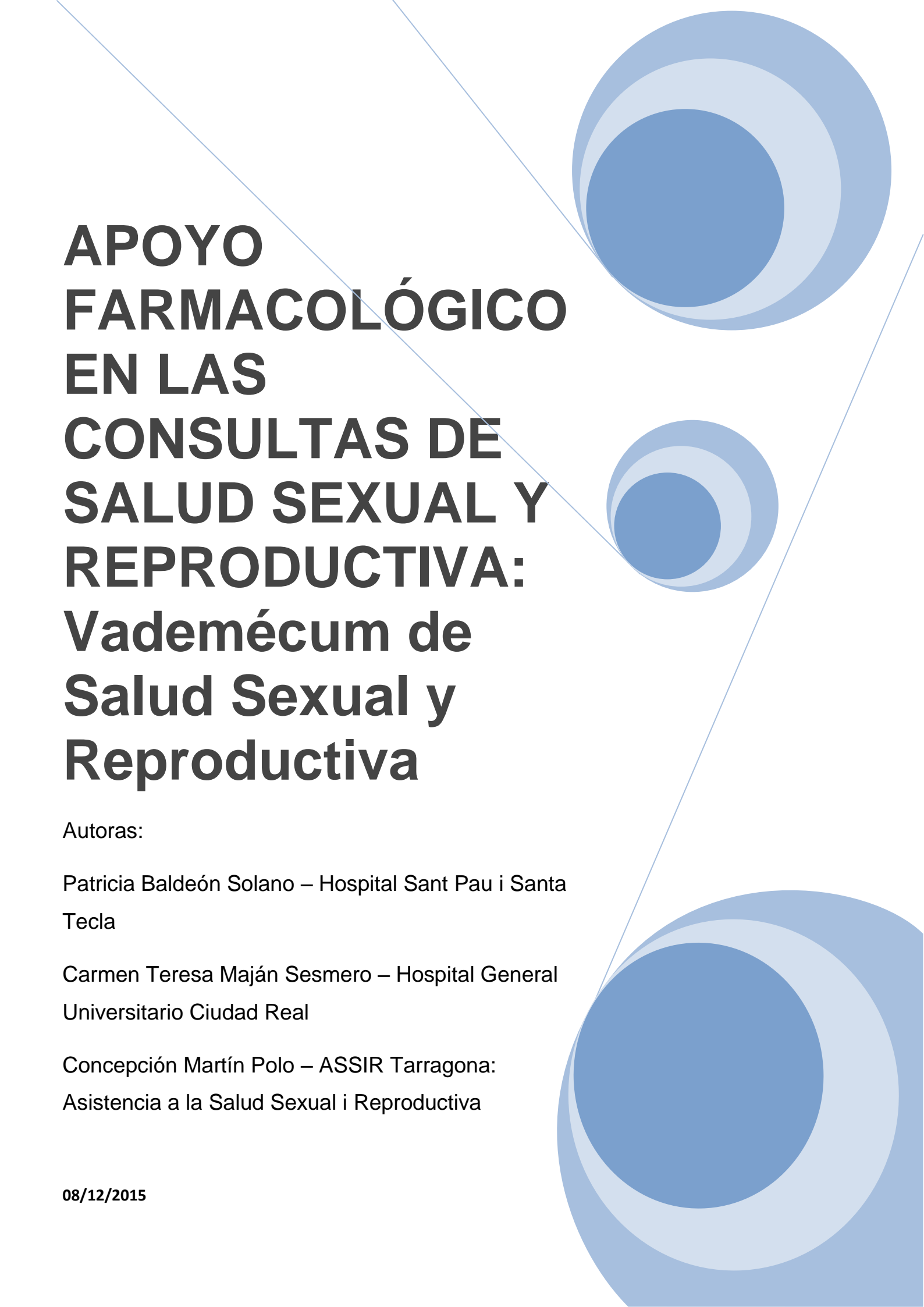
1. Lugones Botell.M., Prado González.J., & Calzada Occeguera, M.A (2000). Experiencias de la Consulta de Ginecología Infanto-Juvenil. Revista Cubana de Medicina Integral, 16(1)98-100.
2. Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, Cravello L, Golfier F, Gondry J et al.; CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français . Clinical Practice guidelines on menorrhagia: management of anormal uterine bleeding before menopause. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.2010;152(2): 133-7.d.o.i: 10.1016/j.ejogrb.2010.207.0.16 PubMed PMID: 20688424
3. Muxi C, Jorda B.Abordaje práctico de metrorragias.FMC.2009; 16 (8): 475-9
4. Tsai MC, Goldstein SR. Office diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2012; 55 (3):635-50.doi:10.1097/GRF.Ob013e31825cec PubMed PMID: 22828096
5. GalloFJ. Metrorragias.AMF.2008; 4(7):399-405.
6. Duckitt K, Collins S. Menorrhagia. Clin Evid (Online). 2012; 2012 pii0805. PubMed PMID: 22305976
7. Donnez J, Vazquez F, Tomaszewski J, Nouri K, Bouchard P, Fauser BC, et al. Long-term treatment of uterin fibroids with ulipristal acetate. Fertil Steril 2014; 101 (6):1565-73 e1-18.
8. Gomez Marcos M. Diagnóstico y tratamiento de la amenorrea en atención primaria. AMF.2007; 3(9): 531-7. Texto completo.
9. Guia práctica clínica sobre infecciones de transmissió sexual.GPC-ITS 2009. Barcelona. Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud, 2009. Disponible en <http://.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2094/guiamai2009.pdf>
10. Demina et al. Role of topical anti-microbial therapy in complex treatment of women with miscarriage. "Women Reproductive Health" (WHR), 2005; 4:1-5.
11. Zhang WY, Po ALW. Efficacy of minor analgesics in primary dismenorrea: a systematic review.BJ8G1998; 105(7): 780-789.
12. Wyatt KM, Dimmock PW, Jones PW, O'Brien PM. Efficacy of vitamin B₆ in the treatment of premenstrual syndrome : systematic review .BMJ 1999; 318:1375-1381.
13. Kjaer et al. Long-term effectiveness and safety of Gardasil in the Nordic countries.Presentado en Eurogin 2015. 4-7 febrero, Sevilla (España).

14. Sunyer B, Sola-Morales. Interrupción voluntaria del embarazo. Calidad en salud. Servicio catalán de salud. Departamento de salud. Generalidad de Cataluña; 2011.
15. Sunyer B, Catalán A, Mifepristona (Mifegyne®) en I interrupción farmacológica del embarazo intrauterino en uso secuencial con un análogo de prostaglandina hasta 63 días de amenorrea. Barcelona: Agencia de calidad y evaluación sanitarias de Cataluña. Departamento de salud. Generalidad de Cataluña; 2014. Disponible en:
http://www20gencat.cat/docs/salut/Minisite/AQuAS/publicacions/2014/PDF/mifepristona_interrupcio_embaras_aquas2014ca.pdf
16. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. First-trimester medical Abortion with mifepristone 200mg and misoprostol: a systematic review.
17. Instituto de Estadística de Cataluña [Internet] [consulta: mayo 2015].
Disponible en: <http://www.idescat.es>

ELABORACIÓN DEL VADEMECUM

Centro de Información online de Medicamentos de la Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (CIMA-AEMPS).

Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTécnicas.do?método=detalleForm>



APOYO FARMACOLÓGICO EN LAS CONSULTAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: Vademécum de Salud Sexual y Reproductiva

Autoras:

Patricia Baldeón Solano – Hospital Sant Pau i Santa Tecla

Carmen Teresa Maján Sesmero – Hospital General Universitario Ciudad Real

Concepción Martín Polo – ASSIR Tarragona:
Asistencia a la Salud Sexual i Reproductiva

08/12/2015

INTRODUCCIÓN

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva (S.S.R.) nació en 1994 en El Cairo durante la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” (CIPD). Su definición, según la WAS (World Association For Sexology), es la siguiente: “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos”.

Los componentes de la S.S.R. son:

- Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- Cuidados de salud para los y las recién nacidas/os.
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- Información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.
- Servicios de aborto seguro y tratamiento de sus posibles complicaciones.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable.
- Su ámbito de actuación tiene que hacer especial énfasis en la población juvenil.
- Así como garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Y procurar servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.

Dentro de todos los programas que abarca la S.S.R., aquellos que reciben un mayor número de consultas por parte de los pacientes, son los dirigidos a jóvenes, los de atención al embarazo, parto y puerperio y los de climaterio.

El presente trabajo tiene como finalidad servir de guía a los profesionales que trabajan en la S.S.R., para poder acceder rápidamente a los motivos de consulta más frecuentes en este ámbito y su correspondiente tratamiento.

OBJETIVO GENERAL

1. Proporcionar una guía de práctica clínica sobre los principales motivos de consulta en Salud Sexual y Reproductiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Encontrar de manera rápida y sencilla los tratamientos a las patologías más frecuentes en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva.
2. Conocer y manejar adecuadamente los diferentes principios activos utilizados, junto a la posología, nombre comercial, laboratorio farmacéutico y su financiación en el Sistema Nacional de Salud.

METODOLOGÍA

- Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Medline y Pubmed, con los términos “pregnancy”, “treatment”, “diseases” y “drugs”.
- Se consultaron las siguientes páginas web: Fisterra, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Centro de Información de Medicamentos de Cataluña, Colegio Oficial de Médicos de Madrid y Sociedad Norteamericana de Menopausia.
- Se revisaron revistas de Endocrinología y Nutrición, de Atención Primaria, la Menoguía de Salud Vaginal de la Asociación Española para el Estudio de Menopausia y el libro de Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus.
- En base a todo lo anteriormente dicho, se han elaborado unas tablas con todos los principios activos, ordenados según el diagnóstico de las patologías de las que se hablará a continuación.

RESULTADOS

EMBARAZO

ANEMIA Y OTROS ESTADOS CARENCIALES

En la mujer, se considera anemia una cifra de hemoglobina inferior a 12 g/dl. Durante el embarazo, se habla de anemia cuando los valores de hemoglobina son inferiores a 10, 5 – 11 g/dl, y de anemia con posible transferencia fetoplacentaria cuando están por debajo de 9 g/dl.

Según una clasificación fisiopatológica se habla de anemia dilucional, por disminución de la producción de eritrocitos y por pérdida o destrucción de hematíes.

Por otro lado existe una clasificación morfológica de la anemia:

- Microcítica: volumen corpuscular medio (VCM) de los hematíes inferior a 80 fl. Si la determinación de ferritina es baja, la causa de esta anemia será una deficiencia de hierro.
- Normocítica: VCM entre 80 – 100 fl. Si el recuento de reticulocitos es bajo y la ferritina sérica también lo es, se trata de una deficiencia de hierro.
- Macrocítica: VCM mayor de 100 fl. Si el recuento de reticulocitos es bajo deben determinarse los anticuerpos contra el factor intrínseco que, de estar presentes, se trataría de una anemia perniciosa megaloblástica.

Para la evaluación y diagnóstico de una anemia deben solicitarse: hemograma completo, índice de saturación de transferrina, determinación de B₁₂ y ácido fólico.

Como tratamiento de la anemia ferropénica el fármaco de elección es el sulfato ferroso vía oral (FeroGradumet®, Tardyferon®). Debe asociarse con ácido ascórbico para mejorar su absorción. Se continuará el tratamiento durante seis meses para reponer los depósitos de hierro. En aquellas gestantes resistentes al tratamiento oral por presentar un síndrome de malabsorción, se administrará hierro parenteral vía intravenosa (Venofer®). [1,2]

Para el tratamiento de la anemia megaloblástica se administrará ácido fólico (Zolico®, Acfol®) y vitamina B₁₂ intramuscular (Optovite®). [1,3,4] En casos de déficit de factor intrínseco será necesaria la administración de un inyectable intramuscular mensual de por vida. Un fármaco que une vitamina B₁₂, ácido fólico y además posee

yodo (muy importante para la función tiroidea de la madre y para el desarrollo cerebral del feto) es el Yodocefol®. [4]

PATOLOGÍA DIGESTIVA

1. Emesis gravídica

Presencia de náuseas y vómitos esporádicos, preferentemente matutinos, que molestan a la gestante, pero que no impiden su correcta alimentación.

Si las medidas generables aconsejables no funcionan (comidas frecuentes, poco cuantiosas, alimentos fríos y sólidos, evitar fritos y grasas, desayunar en la cama), se tratará con succinato de doxilamina (Cariban®). Si existe tendencia a vomitar alguna comida puede añadirse metoclopramida (Primperan®) antes de cada comida. [5,6]

2. Dispepsia y pirosis

Ardor epigástrico o subesternal después de las comidas. Suele deberse a una relajación del esfínter esofágico inferior como consecuencia de la acción progesterónica.

Además de las medidas higiénico dietéticas (comidas poco cuantiosas y frecuentes, evitar café, zumos de naranja o limón, chocolate, no tomar salicilatos, elevar la cabecera de la cama 15 cm o más), si no mejoraran los síntomas, el tratamiento se efectuará con antiácidos como hidróxido de aluminio o magnesio líquidos o en comprimidos (Maalox®) después de las comidas. También magaldrato (Bemolan®, Magion®) y almagato (Almax®). En caso de esofagitis se puede administrar ranitidina (Zantac®) y omeprazol (Omprazol Apotex®). [7,8]

3. Estreñimiento

Cuando se producen menos de tres deposiciones semanales se habla de estreñimiento. Éste suele agravarse durante la gravidez debido a la reducción generalizada del tono gastrointestinal y a la menor actividad física. Los preparados de hierro prescritos durante el embarazo pueden también empeorar un estreñimiento previo.

La primera conducta a tomar será modificar la dieta: tomar verduras, frutas, pan integral, cereales, aceite de oliva y realizar una abundante ingesta de agua. Así mismo se evitará el sedentarismo en lo posible.

Si persistiera el estreñimiento, pueden utilizarse laxantes: metilcelulosa (Muciplazma®), lactulosa (Duphalac®), lactitol (Emportal®) y supositorios de glicerina (Glycilax®). Si a pesar de esto, siguiera la situación, pueden recomendarse enemas (Enema Casen®) y microenemas (Micalax®). [9,10]

4. Hemorroides

Consisten en venas dilatadas situadas bajo la mucosa rectal (hemorroides internas) o la piel de los márgenes del ano (hemorroides externas). Las primeras son tributarias de la vena hemorroidal superior y las segundas lo son de la vena hemorroidal externa. Como ambos plexos venosos se comunican, es frecuente que las pacientes tengan ambos tipos. Pueden surgir por primera vez durante una gestación o ser anteriores a ésta, pero no dar sintomatología hasta este momento.

En primer lugar se tomarán medidas no farmacológicas como baños de asiento con agua fría y evitar el estreñimiento. Si no fuera suficiente, se pueden administrar tratamientos locales como pomadas con algún tipo de anestésico como la lidocaína (Emla®, Synalar Rectal®) pero con precaución y durante el menor tiempo posible. Puede ser beneficioso el uso de AINE, tipo diclofenaco (Voltarén®) como analgésico y antiinflamatorio durante el primer y segundo trimestre de embarazo. [7,11]

INFECCIONES

1. Resfriado común

Se trata de una infección viral de las vías respiratorias superiores. Su significado, especialmente en las proximidades del parto, no debe menospreciarse. Su falta de atención puede llevar a complicaciones más importantes, como neumonitis, atelectasias o bronquitis graves.

Su sintomatología característica es: fiebre, escalofríos, cefalea, mialgias, fatiga, tos, rinorrea y odinofagia.

Un 1% desarrolla una neumonía, especialmente en pacientes con enfermedad crónica o embarazadas.

La conducta a llevar a cabo sería: reposo, inhalaciones de vapor (sin productos yodados), aumento de la ingesta de líquidos, detección precoz de complicaciones bacterianas y no utilizar anestesia general si llegara el parto.

Como tratamiento se administran analgésicos y antipiréticos suaves como paracetamol (Efferalgan®), antibióticos profilácticos, si se sospecha una complicación bacteriana, como amoxicilina (Amoxicilina Teva®). Deben limitarse los inhibidores de la tos (dextrometorfano (Bisolvón®)) y los antihistamínicos (clorfenamina (Bisolgrip®). También pueden administrarse mucolíticos (acetilcisteína (Flumil®)). [6,7]

2. Bacteriuria asintomática

Se define como la colonización persistente del tracto urinario por una bacteriuria igual o superior a 10^5 UFC/ml en dos muestras distintas de orina en ausencia de sintomatología clínica. Ocurre en el 5-10% de las gestantes. Debe tratarse como prevención de una pielonefritis (incidencia del 20-30% si no se trata). Se relaciona con un aumento de parto pretérmino. Si el cultivo inicial de orina es negativo, no es necesario repetirlo a lo largo del embarazo, ya que no es habitual contraer una bacteriuria asintomática al final del mismo.

Las medidas generales a tomar son: incrementar la ingesta líquida hasta 2-3 litros diarios, micciones cada 3 horas, evitar la constipación y tratar las infecciones ginecológicas. El tratamiento farmacológico puede tratarse con las siguientes pautas:

- a) Monodosis: fosfomicina-trometamol (Monurol®) vía oral; aztreonam (Azactam®) intramuscular (si existe alergia a la penicilina).
- b) Tratamiento largo (7días): cefuroxima-axetilo (Zinnat®); amoxicilina-clavulánico (Augmentine®); fosfomicina-trometamol (Monurol®).

Cuando se conozca el germen, su sensibilidad y la respuesta clínica (tras 48-72 horas), se hará la adaptación terapéutica correspondiente.

El control post-tratamiento consistirá en un urocultivo mensual. [12]

3. Vaginosis bacteriana

Síndrome clínico caracterizado por la sustitución de la flora vaginal normal por concentraciones elevadas de anaerobios y Gardnerella vaginalis en mujeres en edad fértil. En el embarazo, se asocia a una mayor incidencia de parto prematuro, rotura prematura de membranas y coriamnionitis. También se asocia con endometritis postparto y enfermedad pélvica inflamatoria tras procedimientos invasivos.

Para el diagnóstico, se deben de cumplir al menos tres de los criterios de Amsel:

- a) Aumento del flujo vaginal, homogéneo y adherente a las paredes vaginales.

- b) Secreción vaginal con pH superior a 4,5.
- c) Olor a pescado. Para detectar las aminas productoras del olor, es posible agregar una gota de KOH al 10% y olerlo inmediatamente.
- d) Examen en fresco: presencia de células epiteliales recubiertas de cocobacilos (llamadas células rebozadas).

También puede realizarse un cultivo Gram que es el método más sensible. El método de Nugent valora la extensión vaginal de 0 a 10, en función de la cantidad relativa de diferentes morfotipos de bacterias. Establece una correlación entre el resultado de la valoración y el tipo de flora vaginal: la puntuación superior a 6 indica flora de vaginosis bacteriana; de 4 a 6, flora intermedia, y de 0 a 3, flora normal.

Se propone el cribado en el segundo trimestre en todas las embarazadas de alto riesgo y el tratamiento de las pacientes que lo precisen con el fin de disminuir la prematuridad. Como tratamiento se utiliza:

- a) Metronidazol (Metronidazol Normon®) vía oral. Utilizarlo sólo después de las 16 semanas de gestación. [13]

4. Candidiasis vaginal

Durante la gestación no sólo aumentan las secreciones vaginales fisiológicas, sino también las patológicas. La incidencia de procesos inflamatorios de origen microbiano de la vagina se duplica. Cualquier secreción vaginal excesiva, especialmente si va acompañada de síntomas inflamatorios (picor, escozor, mal olor, etc), debe investigarse etiológicamente.

Diagnóstico: en el caso de una candidiasis vaginal, la leucorrea suele producir quemazón y será tipo requesón. Colposcópicamente produce una colpitis en puntos blancos. La confirmación tiene que hacerse microscópicamente, con ayuda del examen en fresco doble (gota de hidróxido de potasio y de suero fisiológico). Se observarán hifas. También se hará un cultivo microbiológico.

Tratamiento: sólo se utilizarán terapias con azoles tópicos. Se recomienda 7 días de terapia. La vía oral y el ketoconazol están contraindicados en toda la gestación. Se administrará clotrimazol (GineCanestén®) vía vaginal. [13]

5. Vacunas

Durante el embarazo están contraindicadas todas las vacunas elaboradas a partir de virus vivos atenuados: sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, BCG, cólera oral y tifoidea oral. Se debe evitar el embarazo en los 3 meses siguientes a su administración.

En cambio, las vacunas antitetánica y antidiftérica, están indicadas en la gestante susceptible (Diftavax®). [14]

CEFALEA

El dolor de cabeza o cefalea es un motivo de consulta muy frecuente en mujeres en edad de reproducción. A veces, debido a los cambios hormonales presentes en la gestación, se agravan durante el curso de la misma. Es por ello, que debe considerarse la preeclampsia y no utilizar el tratamiento habitual hasta que no se haya tomado la tensión arterial y se haya realizado una exploración completa centrada en descartar focalidad neurológica, signos meníngeos y edema de papila. Dado el caso, pueden utilizarse pruebas como la tomografía axial computarizada cerebral o la resonancia magnética nuclear cerebral. La punción lumbar para el estudio del líquido cefalorraquídeo, podrá realizarse en los casos que sea necesario.

Una vez orientado el diagnóstico, se instaurará el tratamiento de la cefalea con las siguientes consideraciones:

- No se utilizarán ergotamínicos
- Si la intensidad de la cefalea lo permite, se evitará recurrir a analgésicos y se indicará descanso en una habitación oscura y silenciosa, llevar a cabo técnicas de relajación y masajes en la musculatura contracturada.

Tratamiento farmacológico:

- a) Analgésicos simples: paracetamol (Efferalgan®)
- b) AINES: sólo los dos primeros trimestres del embarazo; naproxeno (Naprosyn®) e ibuprofeno (Neobrufen®).
- c) Corticoides: prednisona (Dacortín®). [6,15,16]

ASMA

Es una enfermedad crónica de la vía aérea que cursa con hiperreactividad bronquial y obstrucción reversible al flujo aéreo, de forma espontánea o con tratamiento. La prevalencia en embarazadas es del 1 al 4%. El embarazo puede influir negativamente en el control de la paciente asmática. Una tercera parte de ellas sufrirán un empeoramiento. Si el asma es grave puede provocar: parto pretérmino con fetos con bajo peso al nacer, mortalidad perinatal y preeclampsia.

Durante el embarazo habrá que suprimir el tabaco, no administrar aspirina, prostaglandinas ni indometacina. El tratamiento habitual será:

- a) Budesonida inhalada (Pulmicort®).
- b) Salmeterol (Serevent®)
- c) Salbutamol (Ventolín®) ^[17]

HIPERTENSIÓN

La asociación entre hipertensión y gestación conlleva tres tipos de riesgos:

- a) Empeoramiento de la hipertensión, sin preeclampsia.
- b) Aparición de preeclampsia.
- c) Insuficiencia útero-placentaria, con grave riesgo para los intereses fetales.

Serán necesarias las siguientes pruebas: hemograma completo, coagulación, ionograma (Na, K, Ca), funcionalismo renal (urea, ácido úrico, creatinina y aclaramiento de la misma), sedimento de orina y urocultivo, orina de 24 horas (proteinuria, microalbuminuria, ionograma).

El tratamiento podrá ser ambulatorio, mientras la tensión arterial no supere los 160/105 mmHg y no sea sintomática o no aparezca una preeclampsia. Están contraindicados los IECA y ARA-II, ya que existen evidencias de su teratogenicidad. Los fármacos de elección serán la metildopa (Aldomet®) y labetalol (Trandate®). ^[18-20]

REACCIONES ALÉRGICAS

Se recomiendan corticoides tópicos de baja potencia como el acetato de hidrocortisona (Fucidine®). Como antihistamínico sedante puede administrarse dexclorfeniramina (Polaramine®). ^[21]

PUERPERIO Y LACTANCIA

ENDOMETRITIS PUERPERAL

Infección de la superficie intrauterina, cruenta y traumatizada, en los días siguientes al parto. Su incidencia varía entre un 1'3 a un 6% tras un parto vaginal. Es mayor si se trata de una cesárea. Se produce por vía ascendente tras la colonización microbiana vaginocervical. En la mayoría de los casos, la infección es polimicrobiana. Entre los microorganismos más frecuentemente aislados se encuentran: streptococcus del grupo B, escherichia coli, gardnerella vaginalis, enterococos, clostridium, estafilococo dorado, etc.

Son factores de riesgo: cesárea, duración prolongada del trabajo de parto, ruptura prematura de membranas, aumento en el número de exploraciones vaginales, utilización de monitorización fetal interna, vaginosis bacteriana, anemia materna, clase socioeconómica baja y trauma obstétrico en cuello o vagina.

La clínica cursa con fiebre de 38-39°C en picos, acompañada de escalofríos y taquicardia, útero subinvolucionado, blando y doloroso a la presión, distensión abdominal moderada y loquios achocolatados con olor pútrido característico. En el hemograma existe una marcada leucocitosis con desviación a la izquierda, acompañada de una elevación muy significativa de la velocidad de sedimentación globular (VSG) o de la proteína C.

El tratamiento de elección dependerá del microorganismo sospechado:

- a) Clindamicina (Clindamicina Kabi®) más gentamicina (Gentamicina Braun®)
- b) Ertapenem (Invanz®)

El tratamiento vía parenteral se mantendrá hasta que la paciente permanezca afebril 24 horas y el recuento leucocitario tienda a la normalidad. El tipo de antibiótico y la dosis se mantienen hasta disponer del resultado del cultivo y antibiograma, en función de los cuales se instaura el plan definitivo. [22]

INFECCIÓN DE LA HERIDA DE CESÁREA

Incluye todas las complicaciones infecciosas supurativas de cualquier herida quirúrgica. Debe explorarse cuidadosamente siempre que aparezca fiebre puerperal de causa no clara. Si existen pruebas de un absceso incisional, debe abrirse y drenarse.

Si es considerable debe recogerse secreción para un cultivo y un antibiograma. Hasta que lleguen los resultados de éste, pueden utilizarse los siguientes antibióticos:

- a) Cefuroxima (Cefuroxima Normon®)
- b) Doxiciclina (Doxiclat®)

Independientemente, deberá irrigarse la herida una o dos veces al día con una solución salina normal, agua oxigenada o solución de clorina, a presión, mediante una jeringa. Dejar unos drenajes (de gasa o goma). [22]

INGURGITACIÓN MAMARIA

Cuadro relativamente frecuente que aparece, en general, al segundo o tercer día de la lactancia. Se caracteriza por una súbita turgencia mamaria bilateral, acompañada de dolor y aparente red venosa superficial; en ocasiones, aparecen ganglios reactivos axilares dolorosos.

El tratamiento consistirá en medidas locales (calor antes de las tomas y frío entre las mismas), pomadas antiinflamatorias y analgesia: paracetamol (Efferalgan®). [22]

MASTITIS PUERPERAL

Infección del parénquima glandular, tejido celular o vasos linfáticos de la mama. Debido a la maceración del pezón durante la lactancia, las grietas, rágades o fisuras pueden ser puerta de entrada de gérmenes patógenos, que progresan por los conductos galactóforos hasta alcanzar los alvéolos, difundiéndose por los tejidos intersticiales. Estafilococos y estreptococos son los gérmenes habituales, y, en menor frecuencia, neumococos y colibacilos.

Hay que sospechar cuando la puérpera, tanto si lacta como si no, presenta generalmente a partir de la segunda semana postparto:

- a) Fiebre de 39-40°C, acompañada de escalofríos.
- b) Dolor en la mama, con una zona eritematosa, indurada y dolorosa.
- c) Linfangitis mamaria, con infiltración ganglionar o sin ella.

Las medidas terapéuticas a tomar serán:

- a) Medicación sintomática: antitérmicos (Efferalgan®), antiinflamatorios (Neobrufen®), analgésicos (Nolotil®).

- b) Calor o frío local.
- c) Antibioterapia: amoxicilina-clavulánico (Augmentine®) y eritromicina (Pantomicina®) en caso de alergia a la penicilina.

Si no existiera una mejora en 4 días, debe sospecharse un absceso y será necesario drenarlo. En caso de gran afectación general, debe pensarse en la posibilidad de una sepsis de origen mamario y se extraerán hemocultivos con antibiograma. [22]

DEPRESIÓN POSTPARTO

Trastorno psicopatológico que aparece en el 10% de las puérperas, cuyos factores de riesgo son: episodios depresivos previos, conflictos de pareja y trastornos psicopatológicos durante el embarazo (estrés y/o depresión). El diagnóstico se sospechará cuando se presente un episodio depresivo mayor de inicio en las primeras cuatro semanas tras el parto. Los síntomas son: tristeza, llanto, pérdida de ilusiones, sentimientos de vacío y culpa, apatía hacia el bebé y sus cuidados, nerviosismo, preocupación, miedo sin motivo, insomnio y pérdida del deseo sexual.

Dentro del tratamiento de esta patología nos encontramos con estrategias psicológicas para mejorar el afrontamiento (cambio de pensamientos distorsionados y conductas más adaptativas) y fármacos:

- a) Antidepresivos (deben mantenerse entre 4 y 6 meses):
 - 1) Serotoninérgicos: fluoxetina (Adofen®), paroxetina (Arapaxel®), citalopram (Seropram®), sertralina (Besitrán®).
 - 2) Mixtos (serotonina más noradrenalina): venlafaxina (Vandral Retard®).
- b) Ansiolíticos (durante las primeras semanas, hasta que el antidepresivo comience a ser eficaz):
 - 1) Alprazolam (Trankimazin®)
 - 2) Bromazepam (Lexatín®)
 - 3) Diazepam (Valium®) [22]

MENOPAUSIA

Se denomina así al último sangrado menstrual en la vida de la mujer, finalizando así su etapa fértil o reproductiva.

En el momento de la menopausia la mujer debe reajustar su vida, pasando de una situación en la que ha sido estimulada fisiológicamente por la producción de estrógenos y progesterona a una desprovista de estas hormonas que provocan notables alteraciones fisiológicas en la función del organismo. [23]

La OMS define a la menopausia natural, como el cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de los 12 meses consecutivos de amenorrea sin causas patológicas.

Actualmente la edad media se establece en 48.5 +- 3.8 años. [24]

Etapas de la Menopausia:

La OMS define tres fases en el periodo menopáusico:

1. Premenopausia: es el periodo reproductivo anterior a la menopausia.
2. Perimenopausia: es el tiempo anterior a la menopausia cuando comienzan los eventos endocrinológicos, biológicos y clínicos de aproximación a la menopausia y el primer año después de la menopausia.
3. Postmenopausia: es el periodo que se extiende desde la última menstruación en adelante, independientemente de si la menopausia fue inducida o espontánea. [25]

CLIMATERIO

Su nombre proviene del griego "CLIMATER" que significa escalera.

Es el periodo de transición antes y después de la menopausia condicionado por los cambios hormonales que en él se acontecen.

La función de los ovarios cesan de manera progresiva dando como resultado la aparición de una serie de síntomas debido a una deficiencia hormonal de estrógenos y progesterona, la cual puede ser variable de una mujer a otra y afectar en mayor o menor grado a su bienestar físico o psíquico.

Signos y síntomas:

1. Vasomotores: bochornos, sofocos, sudores, palpitaciones, vértigo.

Estos síntomas se pueden presentar en cualquier momento del día y de la noche, pueden ser leves, moderados o severos es muy variable entre una mujer y otra, pudiendo necesitar terapia hormonal si son severos. [26]

2. Irregularidades menstruales: dismenorreas.

3. Atrofia uro vaginal: sequedad vaginal, dispareunia, prurito, incontinencia urinaria.

La disminución de estrógenos en la menopausia es el principal contribuyente de la atrofia vaginal, estos síntomas vaginales empeoran con el tiempo, el tratamiento dependiendo del cuadro clínico pueden ser a base de lubricantes o terapia hormonal estrogénica en sus diversas presentaciones. [26]

Otros síntomas físicos y emocionales dependen además del hipoestrogenismo, de los factores biológicos, sociales y ambientales: depresión, trastornos afectivos, disminución de la libido, pérdida de memoria, osteoporosis.

A continuación, se exponen unas tablas con todos los principios activos junto a la posología, nombre comercial, laboratorio farmacéutico y su financiación en el Sistema Nacional de Salud. Se encuentran ordenados según el diagnóstico de las patologías anteriormente mencionadas. [27-31]



ANEMIA Y OTROS ESTADOS CARENCIALES

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Sulfato ferroso	1 comp/día (105mg) 1 comp/día (80mg)	FeroGradumet® Tardyferon®	Teofarma Srl Pierre Fabre Ibérica	SI
Hidróxido de hierro	Vía i.v. según peso y Hemoglobina	Venofer®	Vifor Pharma España	Uso hospitalario
Ácido fólico	1 comp/día (400mcg) 1 comp/8h (15mg)	Zolico® Acfol®	Italfarmaco S.A. Italfarmaco S.A.	SI
Vitamina B ₁₂	1000gammas/día 1000gammas/sem.	Optovite®	Laboratorios Normon, S.A.	SI
Yodo, ácido, fólico y Vit. B ₁₂	1 comp/día (200,400,2mcg)	Yodocefol®	Italfarmaco S.A.	SI



EMESIS GRAVÍDICA

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Succinato de doxilamina	1 comp/12h (20mg)	Cariban®	Laboratorios INIBSA, S.A.	NO
Metoclopramida	1 comp/8h (30mg)	Primperan®	Sanofi-Aventis, S.A.	SI



DISPEPSIA Y PIROSIS

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Hidróxido de Aluminio/Magnesio	4 comp/día (2,4g/ 1,2g)	Maalox®	Sanofi-Aventis, S.A.	NO
Magaldrato	3 sobres/día (2,4g)	Bemolan®	Takeda Farmaceútica España S.A.	NO
	3 comp/día (1,350g)	Magion®	Laboratorios ERN, S.A.	NO
Almagato	6 comp/día (3g)	Almax®	Almirall, S.A.	NO
Ranitidina	2 comp/día (300mg)	Zantac®	GlaxoSmithKline, S.A.	SI
Omeprazol	1 cáps/día (20mg)	Omeprazol Apotex®	Apotex Europe B.V.	SI



ESTREÑIMIENTO

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Metilcelulosa	3 comp/día (1,5g)	Muciplazma®	Laboratorios Serra Pamies, S.A.	SI
Lactulosa	15 ml/3 veces/día	Duphalac®	BGP Products Operations, S.L.	SI
Lactitol	20g/día	Emportal®	Angelini Farmaceútica S.A.	NO
Glicerina	1 suposit/día	Glycilax®	Laboratorios Cinfa, S.A.	SI
Hidrogenofosfato de sodio	1 enema/día (140ml)	Enema Casen®	Casen Recordati, S.L.	NO
Citrato de sodio	1 cánula/día (5ml)	Micralax®	Johnson & Johnson S.A.	SI



HEMORROIDES

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Lidocaína	1,5g/10cm ²	Emla®	AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A.	SI
	2 cm/día	Synalar Rectal®	Astellas Pharma S.A.	NO
Diclofenaco	1 comp/día (75mg)	Voltarén®	Novartis Farmacéutica, S.A.	SI



RESFRIADO COMÚN

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Paracetamol	1 comp/8h(3g)	Efferalgan®	Bristol-Myers Squibb, S.A.	SI
	1 sobre/8h (3g)	Dolocatil ®	Ferrer Internacional	SI
Amoxicilina	1 cáps/8h (1,5g)	Amoxicilina Teva®	Teva Pharma, S.L.U.	SI
Dextrometorfano	5-10ml/4 horas	Bisolvón®	Boehringer Ingelheim España, S.A.	NO
Clorfenamina	1 sobre/8h (6mg)	Bisogrip®	Boehringer Ingelheim España, S.A.	NO
Acetilcisteína	1 sobre/8h (600mg)	Flumil®	Zambon, S.A.U.	NO



BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Fosfomicina/Trometamol	1 sobre (3g) dosis única	Monurol®	Zambon, S.A.U.	SI
Aztreonam	1g/12h vía intram.	Azactam®	Bristol-Myers Squibb, S.A.	SI
Cefuroxima/Axetilo	1 comp/12h (500mg)	Zinnat®	GlaxoSmithKline, S.A.	SI
Amoxicilina/Clavulánico	1 comp/8h (1,5g)	Augmentine®	GlaxoSmithKline, S.A.	SI



VAGINOSIS BACTERIANA

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Metronidazol	1 comp/12h (500mg)	Metronidazol Normon®	Laboratorios Normon S.A.	SI



CANDIDIASIS VAGINAL

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Clotrimazol	1 comp. vag./noche (500mg)	GineCanesmed®	Bayer Hispania, S.L.	SI



VACUNAS

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Antitetánica + Antidiftérica	0,5ml (40UI-4UI), dosis única, vía i.m.	Diftavax®	Sanofi Pasteur MSD, S.A.	SI



CEFALEA

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Paracetamol	1 comp/8h(3g)	Efferalgan®	Bristol-Myers Squibb, S.A.	SI
	1 sobre/8h (3g)	Dolocatil ®	Ferrer Internacional	SI
Naproxeno	1 comp/12h(1g)	Naprosyn®	Roche Farma, S.A.	SI
Ibuprofeno	1 comp/8h (1,8g)	Neobrufen®	BGP Products Operations, S.L.	SI
Prednisona	1 comp/día (30mg)	Dacortín®	Merck, S.L.	SI



ASMA

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Budesonida	2 puffs/12h (400mcg)	Pulmicort®	AstraZeneca Farmaceútica Spain, S.A.	SI
Salmeterol	2 puffs/12h (50mcg)	Serevent®	GlaxoSmithKline, S.A.	SI
Salbutamol	2 puffs a demanda(200mcg)	Ventolín®	GlaxoSmithKline, S.A.	SI



HIPERTENSIÓN

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Metildopa	1 tableta/12h (500mg)	Aldomet®	BCNFARMA	SI
Labetalol	1 comp/12h (200mg)	Trandate®	Kern Pharma, S.L.	SI



REACCIONES ALÉRGICAS

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Acetato de hidrocortisona	3 veces/día	Fucidine®	LEO Pharma A/S	NO
Dexclorfeniramina	1 comp/8h (6mg)	Polaramine®	Merck Sharp & Dohme de España, S.A.	SI



ENDOMETRITIS PUERPERAL

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Clindamicina + Gentamicina	900mg/8h +240mg/día vía i.v.	Clindamicina Kabi® + Gentamicina Braun®	Fresenius Kabi España, S.A.U. + B. Braun Medical, S.A.	Uso hospitalario
Ertapenem	1g/día i.v.	Invanz®	Merck Sharp & Dohme de España, S.A.	Uso hospitalario



INFECCIÓN DE LA HERIDA DE CESÁREA

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLÓGIA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Cefuroxima	1 comp/12h (500mg)	Cefuroxima Normon®	Laboratorios Normon, S.A.	SI
Doxiciclina	1 comp/día (100mg)	Doxiclat®	Pierre Fabre Ibérica, S.A.	SI



INGURGITACIÓN MAMARIA

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLÓGIA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Paracetamol	1 comp/8h(3g)	Efferalgan®	Brystol-Myers Squibb, S.A.	SI
	1 sobre/8h (3g)	Dolocatil ®	Ferrer Internacional	SI



MASTITIS PUERPERAL

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Paracetamol	1 comp/8h(3g)	Efferalgan®	Bristol-Myers Squibb, S.A.	SI
	1 sobre/8h (3g)	Dolocatil ®	Ferrer Internacional	SI
Ibuprofeno	1 comp/8h (1,8g)	Neobrufen®	BGP Products Operations, S.L.	SI
Metamizol	1 cáps/8h (1,725g)	Nolotil®	Boehringer Ingelheim España, S.A.	SI
Amoxicilina/Clavulánico	1 comp/8h (1,5g)	Augmentine®	GlaxoSmithKline, S.A.	SI
Eritromicina	1 comp/8h (1,5g)	Pantomicina®	Noventure	SI



DEPRESIÓN POSTPARTO

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Fluoxetina	1 cáps/día (20mg)	Adofen®	BRAINPHARMA, S.L.	SI
Paroxetina	1 comp/día (20mg)	Arapaxel®	ARAFARMA GROUP, S.A.	SI
Citalopram	1 comp/día (20mg)	Seropram®	Lundbeck España, SA	SI
Sertralina	1 comp/día (50mg)	Besitrán®	Pfizer, S.L.	SI
Venlafaxina	1 cáps/día (75mg)	Vandral Retard®	Pfizer, S.L.	SI
Alprazolam	1 comp/día (2mg)	Trankimazin®	Pfizer, S.L.	SI
Bromazepam	1 cáps/8h (6mg)	Lexatín®	Roche Farma, S.A.	SI
Diazepam	1 comp/8h (10mg)	Valium®	Roche Farma, S.A.	SI



HIPERMENORREA

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Acido de tranexámico	IV lenta	Amchafibrim® Ampolla de 500mg	Rottapharm	SI
Levonorgestrel 52mg	Inserción en cavidad uterina	Mirena® DIU 20mcg/24H	Bayer Hispania	SI
Progesterona micronizada	Oral: 200-300mg/día	Progeffik® 100mg y 200mg	Effik S.A.	SI
	Vaginal: 200-600mg/día	Utrogestan® 100mg y 200mg	Seid S.A.	SI
Noretisterona acetato	Oral: 10mg/día de 4 a 6 meses	Primolut-nor® 10mg; 30 comprimidos	Bayer Hispania	SI
Estradiol valerato	Oral: 2 comp. de inicio	Progynova® 10mg; 20 comprimidos	Bayer Hispania	SI
Medroxiprogesterona	Oral: 10mg/día	Progevera® 10mg; 30 comprimidos	Pfizer, S.L.	SI
Medroxiprogesterona	Oral: 5mg/día	Progevera® 5mg; 30 comprimidos	Pfizer, S.L.	SI



TRASTORNOS VASOMOTORES

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Estradiol + Noretisterona	Oral: 1/24h	Activelle® 28 comprimidos	Isdin	SI
Estradiol + Drospirenona	Oral: 1/2mg diario	Angeliq® 1/2mg	Bayer Hispania	SI
Ciproterona acetato + Estradiol valerato	Oral: 1/24h	Climen® 2/1mg; 21 comprimidos	Bayer Hispania	SI

Dienogest + Estradiol valerato	Oral: 1/24h	Climodien® 2/2mg; 28 comprimidos	Bayer Hispania	SI
Estradiol hemihidrato + Noretisterona acetato	Oral: 1/24h	Duofemme® 1/1mg; 28 comprimidos	Isdin	SI
Estradiol hemihidrato	Oral: 1/24h	Estrofem® 1mg; 28 comprimidos	Isdin	SI
Estradiol hemihidrato + Noretisterona acetato	Oral: 1/24h	Eviana® 0,5mg/0,1mg; 28 comprimidos	Isdin	SI
Estrogenos conjugados	Oral: 1-2 /24h según criterio.	Equin® 0.65mg; 28 comprimidos	Aldo Union	SI
Estradiol valerato + Noretisterona	Oral: 1/24h	Merigest sequi® 1/1mg; 28 comprimidos	Novartis Farmaceútica	SI
Estradiol + Noretisterona	Oral: 1/24h	Merigest® 2/0.7mg	Novartis Farmaceútica	SI
Esatradiol + Norgestrel	Oral: 1/24h	Progyluton® 2/0,5mg; 21 comprimidos	Bayer Hispania	SI
Estradiol valerato + Medroxiprogest. acetato	Oral: 1/24h	Perifem® 2/10mg; 21 comprimidos	Orion Pharma S.L.	SI
Dienogest + Estradiol valerato	Oral: 1/24h	Mevaren® 2/2mg; 28 comprimidos	Juste	SI
Tibolona	Oral: 1/24h	Lirex® 2.5mg; 30 comprimidos	Silesia	SI
Estradiol + hemihidrato	Oral: 1/24h	Trisequens® 2/1mg; 28 comprimidos	Isdin	SI
Tibolona	Oral: 1/24h	Boltin® 2.5mg; 28 comprimidos	Merk & Dhome de España	SI
Tibolona	Oral: 1/24h	Tibolona teva® 2.5mg; 28 comprimidos	Teva Genéricos	SI
Tibolona	Oral: 1/24h	Tibocina® 2.5mg 28 comprimidos	Sandos Farmaceútica	SI
Tibolona	Oral: 1/24h	Tibolona aristo® 2.5mg; 28 comprimidos	Aristopharma Iberia S.L.	SI
Tibolona	Oral: 1/24h	Tilia 2.5 mg® 28 comprimidos	Aristo Pharma GMBH	SI
Estradiol Valerato	Oral: 1/24h	Meriestra® 1mg; 28 comprimidos	Novartis Farmaceútica S.A.	SI



ATROFIA VAGINAL

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Estriol	Crema vaginal: 1 aplicación por las noches	Ovestinón® 0,1%Tubo 15mg + aplicador	Merk & Dhome de España	SI
Estriol	Óvulo vaginal: 1 aplicación por las noches	Ovestinón® 0.5%.	Merk & Dhome de España	SI
Estradiol hemihidrato	Cada 3 meses durante 2 años, según criterio	Estring® 7,5mg c/24hrs. Anillo vaginal	Pfizer, S.L.	SI
Estriol	Aplicación vaginal por las noches.	Blissel® gel vaginal 50mcg/gr. Tubo 10mg	Italfarmaco S.A.	SI
Estriol	Aplicación vaginal por las noches	Blissel® gel vaginal 50mcg/gr. Tubo 30grs	Italfarmaco S.A.	SI
Estriol	Aplicación vaginal por las noches	Gelistrol® gel vaginal 50mcg/gr. Tubo 10gr	Italfarmaco S.A.	SI
Estradiol hemihidrato	1 comprimido en fondo de vagina	Vagifem® comprimido vaginal 10mcg. Envase de 18 unidades	Isdin	SI
Estradiol hemihidrato	1 comprimido en fondo de vagina	Vagifem® comprimido vaginal de 25mcg. Envase de 15 unidades.	Isdin	SI
Promestrieno	Tópico vaginal. Aplicar por las noches.	Colpotrofin® crema vaginal 1%. Tubo 30gr.	Teva Pharma B.V.	SI
Estradiol	Aplicar en zona limpia, codo, tronco, miembros, 3 semanas y 1 semana de descanso	Oestraclin® gel 0.06%. Tubo 80mg.	Seid S.A.	SI
Estradiol	Tópico dérmico. Gel; 2 pulsaciones al día	Demestril septem® 25	Rottapharm Madeus	SI

Fitoestrógenos vegetales como alternativa a los estrógenos convencionales

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Glycine max (l) extracto seco, soja extracto	Oral: 1 cápsula con las comidas durante 3 meses	Fitoladius® 80mg; 30 cápsulas	Merck S.L.	NO
Glycine max (l) extracto seco, soja extracto	Oral: 1 comprimido con las comidas durante 3 meses	Flavinia® 80mg; 30 comprimidos	Italfarmaco S.A.	NO
Isoflavona de soja	Oral: 1-2 cápsulas al día con las comidas durante 3 meses	Flavodrei® 40mg; Envase de 30 cápsulas	Chiesi España	NO
Isoflavona de soja	Oral: 1-2 cápsulas al día con las comidas durante 3 meses	Flavodrei® 40mg; Envase de 60 cápsulas	Chiesi España	NO
Isoflavona de soja	Oral: 1-2 cápsulas al día con las comidas durante 3 meses	Flavosul® 40mg; Envase de 36 cápsulas	Natysal	NO
Isoflavona de soja	Oral: 1-2 cápsulas al día con las comidas	Malena® 80mg; Envase de 30 cápsulas	Juste	NO
Isoflavona de soja	Oral: 1-2 cápsulas al día con las comidas. 3 meses	Malena® 80mg; Envase de 75 cápsulas	Juste	NO
Isoflavona de soja	Oral: 1-2 cápsulas al día con las comidas	Phytosoja® 175mg; Envase de 60 cápsulas	Arkopharm	NO
Isoflavona de soja	Oral: 1-2 cápsulas al día. 3 meses	Gineseda® Envase de 30 cápsulas	Cumlaude	NO

Tratamiento tópico para la atrofia vaginal leve

POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
1 aplicación / 12horas	Velastisa® intimo 30ml	Isdin	NO
1 aplicación monodosis 3 veces / semana	Velastisa® intimo monodosis	Isdin	NO
2 veces / día o diario si precisa	Ainara® gel; 30gr tubo/aplicador	Italfarmaco S.A.	NO
1-2 veces al día si precisa	Ginelaude® 6ml; 6 unidades	Cumlaude	NO
1-2 veces al día si precisa	Ginelaude® 30ml	Cumlaude	NO



REGENERADORES DE LA MUCOSA VAGINAL

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Estracto de centella asiática + Ácido hialurónico	1 aplicación 2 veces/semana en días alternos	Muvagyn Centella® Gel vaginal	Fleet casen	NO
Estracto de centella asiática + Miconazol + Metronidazol Noemicina	Vía vaginal 1-2 óvulos diarios durante 5-10 días	Blastoestimulina Óvulos®	Almillar ProdesPharma S.A.	NO



INCONTINENCIA URINARIA

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO FARMACÉUTICO	SNS
Mirabegronl	Oral: 50mgc/24h	Betmiga® 50mg; 30 comprimidos	Astellas Pharma S.A.	SI
Solifenacina	Oral: 5mg/24h; tragar con o sin alimentos	Vesicare® 5mg; 30 comprimidos	Astellas Pharma S.A.	SI
Solifenacina	Oral: 10mg/24h; tragar con o sin alimentos	Vesicare® 10mg.	Astellas Pharma	SI

DISCUSIÓN

La Salud Sexual y Reproductiva va cobrando más fuerza cada día en nuestro medio. Es de vital importancia saber cuáles son los principales motivos que llevan a los pacientes diariamente a nuestras consultas. Así, estaríamos más preparados para ofrecerles una atención de mayor calidad. A su vez, hay que distinguir entre todas las etapas de la vida: adolescencia, madurez y senectud; cada etapa tiene unas características propias y de ellas se derivan distintos problemas de salud.

En cuanto a la prescripción de medicamentos, hoy día seguimos asistiendo a una gran problemática, sobre todo en el área de enfermería y, en este caso, para las matronas: si se desea prescribir un medicamento necesario, tenemos que derivar a los pacientes a su médico de atención primaria, lo que ocasiona incomodidad y mayor gasto de tiempo al tener que volver a pedir cita solamente para la receta del fármaco en cuestión.

CONCLUSIÓN

Los servicios de atención a la Salud Sexual y Reproductiva deberían garantizar el acceso por parte de los pacientes a medicamentos seguros y eficaces. En las consultas se debe proporcionar la información y orientación más adecuada y completa para esclarecer las dudas que los pacientes pudieran tener sobre anticoncepción, embarazo, parto, puerperio y menopausia, así como de la medicación prescrita en cada momento. Pero apenas contamos con tiempo material para atender correctamente a los pacientes y darles las explicaciones necesarias acerca de sus problemas de salud.

Es por ello que deberíamos de disponer de una guía rápida con todos los principios activos que se prescriben con mayor frecuencia en las consultas de atención a la salud sexual y reproductiva. Así se ayudaría tanto al profesional como al paciente mejorando la atención a este último.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Guideline Clearinghouse. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004.
2. Cuervo LG, Mahomed K. Tratamientos para la anemia ferropénica en el embarazo. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford Update Software.
3. Ladipo OA. Nutrition in pregnancy: mineral and vitamin supplements. *Am J Clin Nutr.* 2000; 72(suppl):280S-90S.
4. Arena J, Emparanza JI, Espada M, Urtiaga J, Collado V, Gómez P y otros. Déficit nutricional de yodo en la embarazada. *Salud Pública- Osasun Publikoa. Boletín Epidemiológico de la CAPV.* 2002; nº 14:11-2.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004; 103(4):803-15.
6. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation.* 6th. Baltimore: Williams and Wilkins; 2002.
7. Fármacos en el embarazo. *INFAC.* 1996; 4(8)
8. Nikfar S, Abdollahi M, Moretti ME, Magee LA, Koren G. Use of Proton Pump Inhibitors During Pregnancy and Rates of Major Malformations. A Meta-Analysis. *Digestive Diseases and Sciences.* 2002;47(7):1526-9.
9. Tratamiento del estreñimiento. *INFAC.* 2001; 9(10):52-7.
10. Jewell DJ, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
11. Madrideojos R, Tomás R. Medicamentos y embarazo. *FMC.* 2004;11(10):651-61.
12. Infección del tracto urinario. *INFAC.* 2004; 12(9):41-4.
13. Center for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002. *MMWR* 2002; 51, No. RR-6.
14. Departamento de Sanidad. Manual de vacunaciones. Vitoria - Gasteiz: Servicio Central Publicaciones del Gobierno Vasco; 2001.
15. REPROTOX® Database Copyright (c) 1994-2005, Reproductive Toxicology Center.
16. Analgetika und Antiphlogistika in der Schwangerschaft. *Der Arzneimittelbrief.* 2004; 38:25-8.
17. NAEPP: Working Group Report on Managing Asthma During Pregnancy: Recommendations for Pharmacologic Treatment. Update 2004. NIH Publication No.

- 05-3279.U.S. Department of Health and Human Services; National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute, January 2005.
18. Health National Heart, Lung and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program: Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. Bethesda, MD: NHLBI; 2000.
19. Health National Heart, Lung and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). Bethesda MD. NIH Publication No. 04-5230.U.S. Department of Health and Human Services; National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute, August 2004.
20. Ferrer RI, Mulrow CD. What if my hypertensive patient becomes pregnant? In: Mulrow Cynthia D. Evidence-Based Hypertension. London: BMJ Publishing Group; 2001.p.211-31.
21. Justel Pérez JP, Mansilla I, Molina A, Estévez Muñoz JC, Heras Salvat G.Sagredo Pérez J et al. Urticaria aguda. Guías Clínicas 2002; 2(4).
22. Carrera JM, Mallafré J, Serra B. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 4ª ed. Barcelona (España): Elsevier, Masson, S.A.; 2006.
23. Malacara JM. Menopausia: Nuevas evidencias, nuevos enigmas. Revista de Endocrinología y Nutrición. Abril-Junio 2003; Vol. 11, Nº 2: 61-72.
24. Oncina de Marco T. Menopausia y Terapia Hormonal. Guía Clínica de Fisterra.
25. Landa Goñi J, López Ruano P, Hernández Núñez J, Núñez Palomo S. Menopausia. Revista Atención Primaria. Octubre 2002; Vol. 30, Nº 07: 458-62.
26. NAMS: Sociedad Norteamericana de Menopausia [Internet]. 5900 Landerbrook Drive, Suite 390 - Mayfield Heights, OH 44124, USA. Disponible en: <http://www.menopause.org>
27. Villa Alcázar, LF. Medimecum: Guía de terapia farmacológica. 20ª ed. Madrid (España): Springer, Healthcare; 2015.
28. AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
29. CedimCat: Centro de Información de Medicamentos de Cataluña [Internet]. Major de Can Caralleu, 1-7, 08017 Barcelona. Disponible en: <http://www.cedimcat.info>
30. ICOMEM: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid [Internet]. Santa Isabel, 51, 28012 Madrid. Disponible en: <http://icomem.es>
31. AEEM: Asociación Española para el Estudio de la Menopausia [Internet]. Paseo de la Habana 190, 28036 Madrid. Disponible en: <http://www.aeem.es>