

APOYO FARMACOLÓGICO EN LAS CONSULTAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Vademecum de Salud Sexual y Reproductiva.

Marín Mato, Paula.

Adjunto Servicio de Ginecología y Obstetricia, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

INTRODUCCIÓN

En las consultas de Salud Sexual y Reproductiva tenemos la oportunidad de diagnosticar y tratar numerosas y variadas patologías ginecológicas, además de los habituales anticonceptivos. El facultativo debe conocer cuáles son las herramientas terapéuticas de las que dispone hoy en día, con las alternativas, pautas y contraindicaciones, para indicar el tratamiento específico más recomendado en cada caso. Para ello, es útil disponer de un Vademecum con los tratamientos de patologías más frecuentemente vistas en las consultas de nuestro entorno.

OBJETIVO

El objetivo del estudio es identificar los motivos de consulta más frecuentes en las consultas de Salud Sexual y Reproductiva, así como los medicamentos o productos más frecuentemente recomendados por los facultativos en función del diagnóstico. Se excluyen del estudio los motivos de consulta relacionados con la planificación familiar, y por tanto, el tratamiento con anticonceptivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

La búsqueda de información acerca de las consultas de Salud Sexual y Reproductiva se realiza en la base de datos de las consultas del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Fundación Jiménez Díaz. Se recogen datos de primeras visitas y revisiones ginecológicas, excluyendo las revisiones de unidades específicas (Patología de Tracto Genital Inferior, Obstetricia, Unidad de Suelo Pélvico, Ecografía Ginecológica, Unidad de Reproducción, Oncología Ginecológica y Cirugía Ginecológica). Los datos corresponden a 500 pacientes que consultaron en nuestro servicio en el mes de Marzo 2015, vistas por 16 facultativos diferentes.

Se realiza una revisión bibliográfica de los medicamentos más utilizados en la práctica clínica, con las indicaciones más frecuentes y sus contraindicaciones.

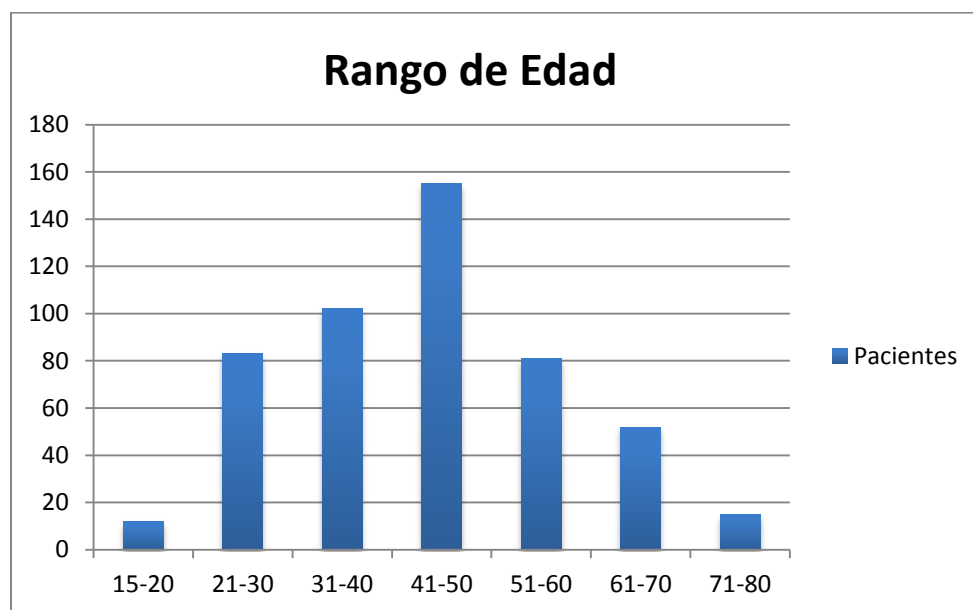
Se adjunta un Vademecum con los tratamientos farmacológicos más frecuentemente utilizados en consulta de Salud Sexual y Reproductiva, sus principios activos, presentación, laboratorio farmacéutico y la financiación por INSS.

RESULTADOS

Los datos obtenidos de las consultas están representados en los siguientes gráficos y tablas.

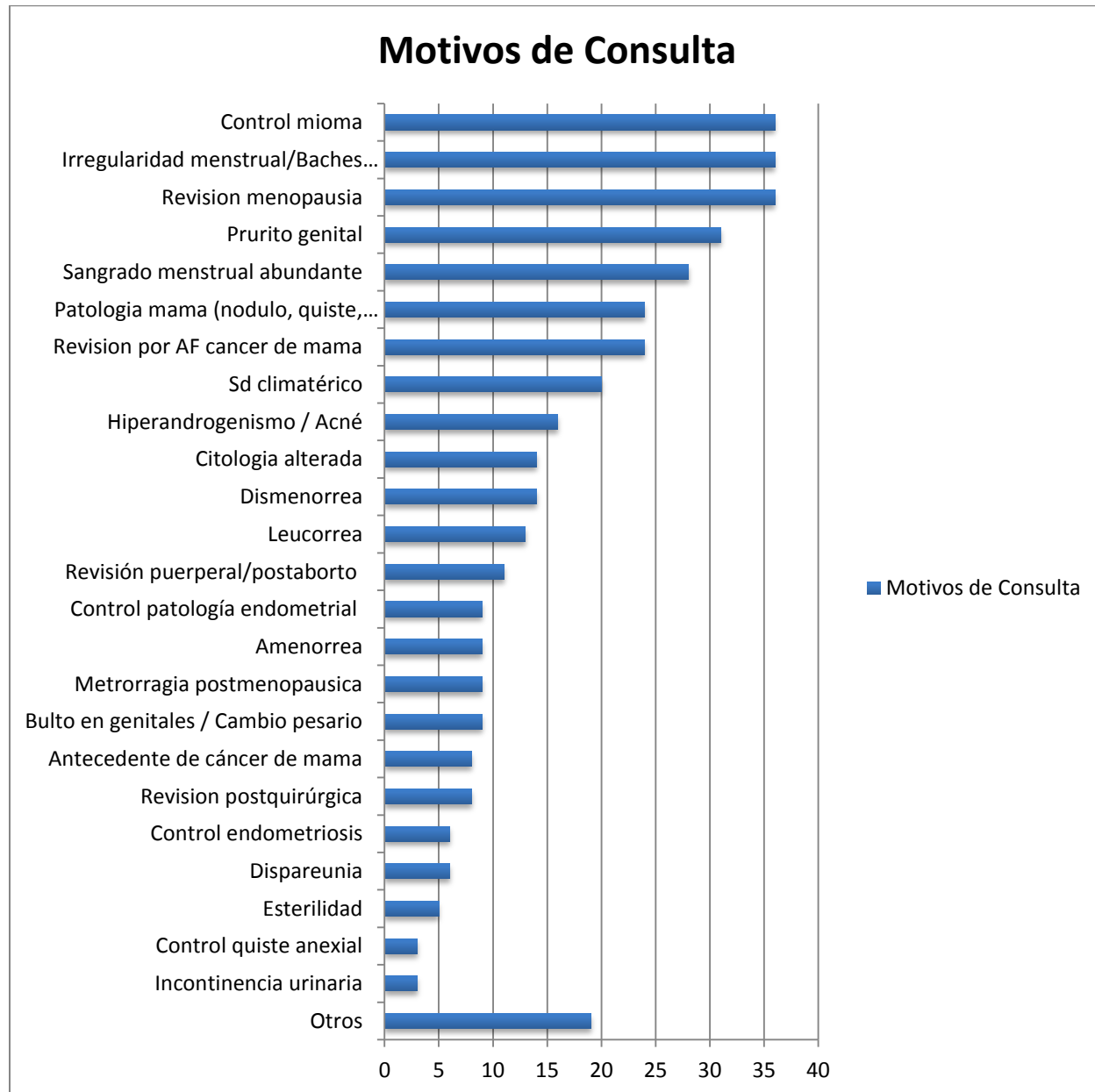
La edad media de las pacientes estudiadas es 44 años, con una mayor proporción de pacientes entre 40 y 50 años.

Gráfica 1. Grupos de edad de pacientes



Los motivos de consulta son muy variados, siendo el más frecuente, revisión ginecológica de paciente asintomática (103 consultas de las 500 estudiadas, cerca de un 21%). Este motivo se excluye de la gráfica, para que los demás diagnósticos se visualicen mejor. Otros motivos de consulta frecuentes son irregularidad menstrual, baches amenorreicos, sangrado menstrual abundante, prurito genital, síndrome climatérico, control por diagnóstico de mioma previo y consulta por citología alterada. Muchas veces hay más de un motivo en la misma consulta.

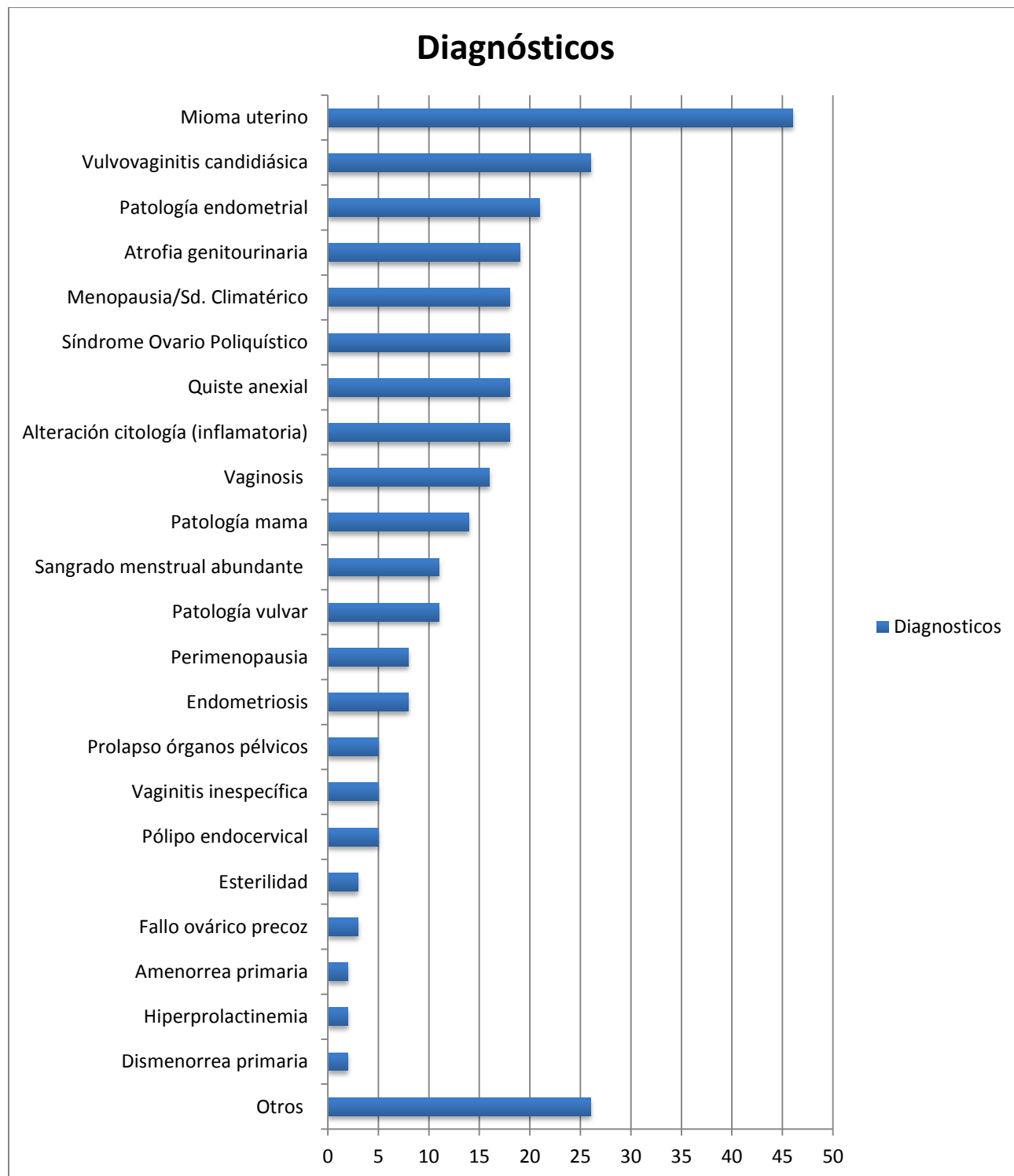
Gráfica 2. Motivos de consulta



Los diagnósticos, como los motivos de consulta, son muy variables. Dado que el motivo de consulta más frecuente son las revisiones ginecológicas de mujeres asintomáticas, el diagnóstico más común es ausencia de patología ginecológica. No se incluye en la gráfica, pero se indica que el resultado obtenido es 198 pacientes de las 500 estudiadas, lo que equivale a casi un 40%. Los siguientes en frecuencia son mioma uterino, vulvovaginitis

candidiásica, vaginosis, menopausia/síndrome climatérico y atrofia genitourinaria, síndrome de ovario poliquístico y alteraciones citológicas.

Gráfica 3. Diagnósticos



Los tratamientos más frecuentemente utilizados en consulta, correspondiendo a los motivos de consulta y las patologías diagnosticadas, son los siguientes: antifúngicos, hidratante y terapia estrogénica vaginal, antibióticos y probióticos. Los anticonceptivos se detallan también, ya que, se indican para tratamiento de algunas patologías, excluyendo su indicación como método de planificación familiar.

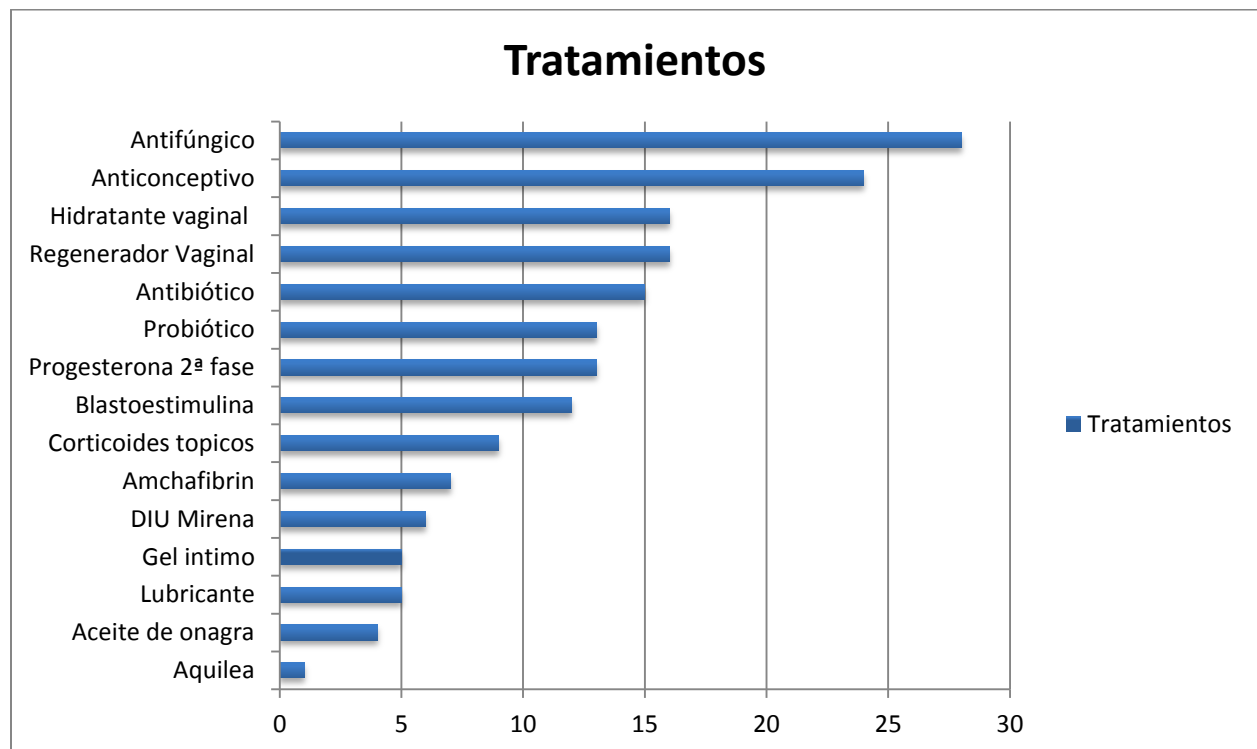
Se han unificado los diferentes tratamientos según su indicación, ya que, como se discute más adelante, hay numerosas opciones de tratamiento para una misma patología.

Los antifúngicos más recetados son clotrimazol, fluconazol y fenticonazol. Entre los antibióticos, destacan la clindamicina, metronidazol y azitromicina. El uso de tratamiento para vaginitis/vaginosis se apoya mucho en el uso de probióticos.

Como regenerador vaginal, terapia estrogénica, el promestrieno, el estriol en gel y el estradiol en anillo vaginal. También es frecuente a indicación del uso de hidratantes vaginales y lubricantes, de diferentes marcas comerciales.

La blastoestimulina también destaca entre los resultados, utilizándose en consulta como tratamiento empírico en vaginitis y citologías con inflamación.

Gráfica 4. Tratamientos



DISCUSIÓN

A continuación, se discuten los tratamientos recomendados para las patologías más frecuentemente vistas en consulta, con base en la bibliografía actual.

TERAPIA ESTROGÉNICA

La pérdida de estrógenos durante la menopausia produce una atrofia vulvovaginal, que es crónica, progresiva y no mejora en ausencia de tratamiento. Aproximadamente un 40% de las pacientes postmenopáusicas presentan síntomas relacionadas con el síndrome urogenital ¹. Este síndrome engloba los síntomas producidos por la disminución de estrógenos a nivel genital. Se produce una disminución de lactobacilos que conllevan estos síntomas, apareciendo cambios en el pH vaginal y atrofia de la mucosa genital, con sequedad vaginal, prurito y dispareunia. En muchas ocasiones, también se asocian síntomas urinarios, como urgencia urinaria e infecciones urinarias de repetición ².

El principal objetivo del tratamiento es el alivio de los síntomas, disminuyendo la sequedad vaginal a través de normalización de pH ácido vaginal, aumentando la vascularización del epitelio y aumentando la lubricación vaginal. Todo ello ayuda a una mejora en la respuesta sexual. Los tratamientos recomendados incluyen terapia no hormonal (cambios en estilo de vida, tratamientos no hormonales como lubricantes e hidratantes) y terapia hormonal (local y sistémica).

Algunos factores de riesgo que favorecen la pérdida de estrógenos son la falta de ejercicio físico, el IMC mayor de 27 kg/m² y, sobre todo, el tabaco ⁵. Las relaciones sexuales o masturbación disminuyen los síntomas asociados al síndrome urogenital, favoreciendo la elasticidad y lubricación vaginal. Los dilatadores también pueden ser recomendación en algunos casos ⁶.

Los hidratantes vaginales están diseñados con compuestos capaces de retener gran cantidad de agua que, después, van liberando lentamente. Utilizan ácido hialurónico, liposomas, geles policarbofílicos... Hay gran variedad de hidratantes vaginales, todos ellos mejorando la sequedad vaginal y el pH, pero no se ha demostrado mejoría en el trofismo vaginal. Se suelen utilizar 2 veces por semana.

Los lubricantes vaginales son un complemento que facilita la relación sexual en casos de atrofia y fallo de lubricación vaginal, reduciendo la irritación mecánica del coito. Son compuestos solubles en agua, en base de aceite, glicerina o silicona ⁶.

También se utilizan algunos compuestos naturales, extractos de plantas medicinales con actividad fitoestrogénica, pero no existe suficiente evidencia científica para avalar su recomendación ⁵.

El tratamiento farmacológico ha demostrado ser más eficaz para los síntomas de síndrome urogenital, y por tanto, de primera elección según la NAMS ⁷. La terapia hormonal sistémica (THS) se recomienda en casos de importantes síntomas vasomotores y atrofia vaginal. En estos casos, el aumento de estrógenos reestablece el pH vaginal, revasculariza el epitelio y aumenta la lubricación vaginal, mejorando así la dispareunia y los síntomas urinarios asociados al síndrome genitourinario de la menopausia ⁵. Es necesario antagonizar el efecto estrogénico en el endometrio con gestágenos. Según el estudio WHI ⁸, entre un 10 y 25% de pacientes en tratamiento con THS, continuaron presentando sintomatología de atrofia urogenital, lo que hace pensar en terapia combinada de estrógenos sistémicos y locales en estas pacientes ⁹. Así, en pacientes que no presenten síntomas vasomotores, la recomendación es utilizar tratamiento local. Hay nuevas alternativas a la terapia sistémica con estrógenos/gestágenos, como el Tissue- Selective Estrogen Complex (TSEC), que combinan bazedoxifeno (SERM) con estrógenos conjugados equinos (ECE), mejorando la sintomatología urogenital, la osteoporosis y antagonizando los efectos estrogénicos a nivel endometrial y mamaria.

Los estrógenos locales son el tratamiento más eficaz para síntomas moderados o intensos de atrofia genital en pacientes que no presentan síntomas vasomotores, recomendado por la SEGO, IMS y NAMS ^{4,7,9}. Con estrógenos a bajas dosis, se consiguen los mismos efectos que con THS, normalizando el pH ácido, aumentando la vascularización epitelial y disminuyendo la sequedad vaginal, mejorando así la respuesta sexual. Existen diferentes presentaciones y formulaciones. En una revisión Cochrane de 2006, los resultados demuestran que no hay diferencias significativas en cuanto a eficacia entre los preparados estrogénicos vaginales (cremas, anillo, tabletas...), siendo en todos los casos significativamente mejor que placebo y que geles no hormonales para sintomatología moderada-severa ¹⁰. El promestrieno (crema vaginal 1%) es la forma más empleada, en Europa y especialmente España, ya que no atraviesa la capa epitelial vaginal, ejerciendo efecto exclusivamente local. El estriol (presentación de crema y gel vaginal), es estrógeno natural que tiene preferencia por receptores estrogénicos beta, con menor expresión en mama y endometrio. La presentación en gel de muy baja dosis presenta un buen perfil de seguridad ¹². El estradiol (tabletas o anillo vaginal de liberación continua) también presenta unos resultados muy buenos frente a

síntomas de síndrome urogenital, siendo el anillo (liberación continua de 7,5ug/24h de beta-estradiol durante 90 días) bien tolerado y fácil de usar, aumentando así el cumplimiento ¹³.

Los estrógenos locales se utilizan a bajas dosis, que son suficientes para tratar los síntomas vaginales, produciendo efectos sistémicos limitados, no existiendo evidencia de aumento de hiperplasia endometrial, eventos tromboembólicos o aumento de metástasis o recidiva de cáncer de mama. Así, las guías de práctica clínica (Sociedad Internacional de Menopausia, North American Menopause Society) no recomiendan el uso concomitante de gestágenos sistémicos para la protección endometrial ^{7,9}. La pauta habitual es aplicación de estrógenos locales de baja dosis 2 veces por semana, aunque la dosis y duración del tratamiento debería ser individualizada según el grado de atrofia de la paciente. Se sugiere continuar con pequeñas dosis de mantenimiento para evitar la recurrencia de los síntomas.

Tabla 1. Terapias con estrógenos locales comercialmente disponibles en España ³.

COMPOSICION	PRODUCTO	DOSIS
Promestrieno 10mg/aplicación	COLPOTROFIN Crema vaginal 1%	Inicio: 1 aplicación cada día, preferentemente por la noche Mantenimiento 2-3 veces por semana.
Estriol 1mg/g	OVESTINON Crema vaginal 0,1%	Inicio: 1 aplicación cada día durante 2 semanas Mantenimiento: 0,5mg/día, 2 veces por semana
Estriol 50ug/g	BLISSEL Gel vaginal 50ug/g	Inicio: 1 aplicación cada día durante 2 semanas Mantenimiento 2-3 veces por semana
Estradiol 10ug/aplicación Comprimido mucoadhesivo	VAGIFEM Comp vaginal recubierto 10mg	Inicio: 10mg/día durante 2 semanas Mantenimiento 10mg, 3 veces por semana
Estradiol 2mg	ESTRING Anillo vaginal	Liberación 7,5ug/24h Duración 90 días

En pacientes con cáncer de mama estrógeno dependiente, es preferible el tratamiento con terapias no hormonales, pero si estas no son suficientes para aliviar los síntomas, se podría utilizar terapia hormonal local a mínima dosis efectiva, previo consentimiento de la paciente ⁹.

Nuevas terapias incluyen tratamiento no hormonal oral, el ospemifeno, un modulador selectivo del receptor estrogénico (SERM) que actúa como agonista estrogénico en la vagina y sin efecto a nivel endometrial o mamario ¹⁴, y el láser vaginal, que actúa estimulando la producción de colágeno en el tejido ¹⁵.

TRATAMIENTO VULVOVAGINITIS

Las infecciones vulvovaginales son un motivo muy frecuente de consulta en Atención Primaria, Especializada y Urgencias Hospitalarias, siendo alrededor del 20% de las consultas ginecológicas realizadas. El 90% de las pacientes que presentan síntomas de vulvovaginitis, presentan vaginosis bacteriana, candidiasis o trichomoniasis. Se estima que el 75% de las mujeres experimentan un episodio de vulvovaginitis en su vida, y el 40-50%, un segundo episodio. Menos de un 5% presenta episodios recurrentes, en general, difíciles de tratar. La vulvovaginitis candidiásica (VVC) es la más frecuente en Europa ¹⁶.

La flora vaginal de las pacientes asintomáticas consta de una gran diversidad de especies microbianas. Entre ellas predomina *Lactobacillus acidophilus* ¹⁷. El papel de estos *lactobacillus* es principalmente defensivo, produciendo ácido láctico para mantener pH vaginal ácido (hostil contra la proliferación de especies patógenas), producción de peróxido de hidrogeno (tóxica para la flora anaeróbica), y sus micropilli (que previenen la adherencia de patógenos potenciales)¹⁷.

- Vulvovaginitis candidiásica.

Generalmente causada por *Candida spp*, el 90% es *Candida albicans*. El 10% restante están causadas por *C. glabrata*, *C. tropicalis* y *C. krusei*.

Los factores de riesgo que se asocian con la infección son situaciones hiperglucémicas, embarazo, uso de anticonceptivos hormonales combinados, geles espermicidas, situaciones de inmunodeficiencia y tratamientos previos con antibióticos de amplio espectro.

El tratamiento es sintomático, por lo que debe tratarse a todas las pacientes sintomáticas. Los resultados son similares para tratamientos locales o vía oral, pero se recomienda dejar la vía oral a tratamientos de VVC crónicas, complicadas o recurrentes. Durante el embarazo no están recomendados los tratamientos orales, siendo más recomendable la vía vaginal.

El tipo de tratamiento depende de que la infección sea no complicada (90%) o complicada (10%).

Los criterios de infección no complicada son: infección esporádica, episodios infrecuentes (menos de 3 episodios/año), síntomas leves o moderados, probable infección por *Candida*

albicans, mujer sana no embarazada. En estos casos, en las diferentes revisiones realizadas, no parece que exista una clara superioridad de un tipo de antifúngico sobre otro, ni de vía oral sobre vía vaginal ¹⁸. La vía oral es preferida por las pacientes por su comodidad, aunque puede tener más efectos secundarios (sobre todo a nivel intestinal, intolerancia, cefalea, alteraciones hepáticas transitorias...) y tarda 1 o 2 días más en conseguir el mismo efecto que la vía vaginal ¹⁹.

Los pacientes que presenten síntomas vulvares (prurito, escozor, eritema) deberían usar antifúngicos tópicos hasta que se eliminen los síntomas..

Tabla 2. Tratamiento de la candidiasis vulvovaginal no complicada. SEGO 2012.

LOCALES

IMIDAZOLICOS	
Clotrimazol 2% crema vaginal	5 g / 24 horas, 7 días
Clotrimazol comprimido vaginal 100 mg	100 mg / 12-24 horas, 3-7 días
Clotrimazol comprimido vaginal 500mg	500 mg / 24 horas, 1 día
Miconazol 2% crema vaginal	5 g / 24 horas, 14 días
Ketoconazol 400 mg óvulo vaginal	400mg/ 24 horas, 3-5 días
Econazol 150 mg óvulo vaginal	150mg / 24 horas, 3 días
Fenticonazol 200 mg óvulo vaginal	200mg / 24 horas, 3 días
Fenticonazol 600 mg óvulo vaginal	600mg / 24 horas, 1 día.
Sertaconazol 2% crema vaginal	5 g / 24 horas, 7 días
Sertaconazol 500 mg óvulo vaginal	500mg / 24 horas, 1 día
POLIENICOS	
Nistatina 100.000U comp vaginal	1comp vaginal/24h, 14 días
PIRIDONA	
Ciclopirox 1%	5gr / 24 horas, 7- 14 días

SISTÉMICOS

TRIAZOLICOS	
Fluconazol 150mg	150mg / 24 horas, dosis única
Itraconazol 200mg	200mg / 12 horas, 1 día

	200mg/24horas 3 días
IMIDAZOLICOS	
Ketoconazol 200mg	2 comp / 24 horas, 5 días

Las infecciones complicadas son las que presentan síntomas graves, están casadas por otra especie diferente a *Candida albicans* o en pacientes embarazadas, inmunodeprimidas, diabetes mal controlada... Cuando los síntomas son severos, se recomienda Fluconazol 150mg vía oral , 3 dosis separadas 72h entre si ^{16,19} . En caso de tratamiento tópico, se recomienda alargar el tratamiento de 7 a 14 días¹⁹. Si hay una clínica muy severa de vulvitis, se puede añadir corticoides de baja potencia durante 48 horas, hasta que los antifúngicos hacen efecto.

En el embarazo es preferible el tratamiento tópico, imidazol vaginal durante 7 días o nistatina vaginal 14 días ^{16,20}. El tratamiento oral no se recomienda en el primer trimestre por riesgo teratógeno¹⁶.

Para el tratamiento para *Candida glabrata* se recomienda ácido bórico intravaginal (600mg / 24h, 2 semanas, preferiblemente por la noche) o flucitosina crema vaginal (5gr / 24h, 2 semanas, por la noche)²¹. Ninguno de éstos está comercializado, y debe ser preparado en farmacia. PRECAUCIÓN: el ácido bórico es tóxico si se ingiere.

La vulvovaginitis candidiásica recurrente se define como 4 o más episodios de candidiasis sintomática en 1 año. Estudios demuestran que la reinfección suele ser por el mismo tipo de patógeno. Raramente es causada por un tipo diferente²².

Estos factores de riesgo parecen ser la única causa en algunas de las recidivas. Parece que la predisposición a la recurrencia de VVC está relacionada con alteraciones en la inmunidad local a nivel de mucosa vaginal, y con susceptibilidad genética (deficiencia de MBL mannose binding lectin)²³.

Para la prevención de recidivas, hay que evitar los factores de riesgo en la medida de lo posible. Es aconsejable prolongar el tratamiento oral durante 14 días. Se recomienda mantener un tratamiento de mantenimiento con la administración periódica durante 6-12 meses de alguno de los siguientes¹⁶:

Tabla 3. Tratamiento candidiasis vulvovaginal recurrente. SEGO 2012.

Tópico vaginal	Clotrimazol	500mg/semana	6 – 12 meses
	Sertraconazol	500mg/semana	6 – 12 meses
	Fenticonazol	600mg/semana	6 – 12 meses
Oral	Fluconazol	150mg/semana	6 – 12 meses
	Itraconazol	100mg/día	6 – 12 meses
		200mg/postmenstrual	6 – 12 meses
	Ketoconazol	100mg/día	6 – 12 meses

En estos casos, el tratamiento de la pareja sexual no parece necesario, aunque hay resultados controvertidos²⁴.

Dado el perfil de seguridad del fluconazol a baja dosis, no se recomienda monitorización de perfil hepático. En caso de otros imidazoles (ketoconazol o itraconazol) en pauta diaria, si se recomienda control de las enzimas hepáticas.

El uso de probióticos es controvertido. Se explicará en el siguiente apartado.

La inmunoterapia para prevenir y tratar vaginitis candidiásica está en investigación, sobre todo dirigido a pacientes con vaginitis recurrentes por hipersensibilidad a *Candida albicans*²⁵.

- Vaginosis bacteriana

La vaginosis bacteriana (VB) es la causa más frecuente de aumento de secreción vaginal en mujeres de edad fértil. La infección se caracteriza por un cambio en la flora vaginal que produce una reducción en la concentración de *Lactobacilli* productores de peróxido de hidrógeno, lo que conlleva un aumento de bacilos anaerobios gram negativos. La bacteria más comúnmente encontrada es *Gardnerella vaginalis*, seguida de *Prevotella spp*, *Porphyromonas spp*, *Bacteroides*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mobilincus spp*.

Los factores de riesgo son, en primer lugar, la actividad sexual, también las duchas vaginales, otras infecciones vaginales o ETS¹⁶.

La VB aumenta el riesgo de amnionitis, parto pretérmino, RPM o infecciones post-aborto, así como infecciones por VIH, VHS-2 y otras ETS. En ocasiones, la VB se resuelve

espontáneamente. Se indica tratar a pacientes sintomáticas y, como prevención de infección postoperatoria, a aquellas que presenten VB asintomática previa a histerectomía o aborto.

Tabla 4. Tratamiento recomendado para vaginosis bacteriana. SEGO 2012 ¹⁶.

Oral	Metronidazol	500mg/12h x 7 días
Vaginal	Metronidazol gel vaginal (0.75%)	5gr/día x 5 días
	Clindamicina (2%)	5gr/día x 7 días

Tabla 4.1 Regímenes alternativos tratamiento vaginosis bacteriana ¹⁶

Oral	Tinidazol	2g/día x 2 días
	Tinidazol	1g/día x 5 días
	Clindamicina	300mg/12h x 7 días
Vaginal	Clindamicina óvulos	100mg/día x 3 días

Los tratamientos orales presentan mayores efectos secundarios, pero es más eficaz. El metronidazol presenta efecto disulfiram con toma de alcohol (hasta 24h después de finalizar el tratamiento), neutropenia transitoria, neuropatía periférica. Se han descrito casos de colitis pseudomembranosa con clindamicina oral e intravaginal. Hay que recordar a las pacientes que usan clindamicina vaginal que puede dañar el preservativo.

Entre 15 - 30% de las mujeres tienen recidivas sintomáticas en los 3 primeros meses tras el tratamiento, y entre 50 – 70% en el plazo de 6 a 12 meses. Varios investigadores han descrito resistencias de *Gardnerella* a metronidazol, así como vaginosis por *Atopobium vaginae*, que responde más a clindamicina que a metronidazol²⁶.

En el embarazo, se debe tratar la VB, preferiblemente con tratamiento por vía oral, ya que parece más efectivo. Hay facultativos que evitan el uso de metronidazol en primer trimestre, ya que atraviesa la barrera placentaria, aunque no se han encontrado defectos congénitos con el uso de esta medicación ²⁶.

Recientemente, se ha presentado el Cloruro de Decualinio 10mg en comprimidos vaginales para el tratamiento de la vaginosis bacteriana. Actúa por alteración de la membrana celular, con buena tolerabilidad global y no presenta problemas de seguridad sistémica. Se ha descrito una

eficacia similar entre Cloruro de Decualinio 10mg 1comp/24h x 6 días y Clindamicina 2% crema vaginal x 7 días. También se describe como alternativa terapéutica segura en el embarazo ²⁷.

Estudios que presentan otras alternativas, como probióticos o vitamina C, aún no presentan suficiente evidencia para poder utilizarlos como tratamiento único para la vaginosis ²⁸. Se utilizan como adyuvantes al tratamiento médico, o como prevención de recidivas, pero hacen falta más estudios para demostrar su eficacia.

- Vulvovaginitis por *Trichomona*

Este tipo de vaginitis está causado por *Trichomona vaginalis*. Los factores de riesgo son múltiples parejas sexuales, antecedentes de ETS, ADVP...

El tratamiento recomendado es metronidazol 2gr vía oral dosis única ²⁸. Hay otras alternativas:

Tabla 5. Tratamiento Trichomoniasis vaginal. SEGO 2012. ¹⁶

Oral	Metronidazol 2gr	Dosis única
	Metronidazol 500mg	1/12h x 7 días
	Tinidazol 2gr	Dosis única

Siempre se recomienda el tratamiento a la pareja sexual con la misma pauta, así como la abstinencia sexual hasta finalización de tratamiento²⁸.

Durante el embarazo es importante el tratamiento, ya que se asocia a RPM, parto pretérmino, bajo peso al nacer. El tratamiento es metronidazol vía oral ²⁸ (no está demostrada la seguridad de tinidazol en embarazo). Durante la lactancia, se debe suspender la toma durante 12 - 24h en caso de metronidazol, y 72h en caso de tinidazol.

Precaución: Efecto disulfiram, no se aconseja toma de alcohol con el tratamiento de metronidazol hasta 24h después de finalizar el tratamiento, y 72h de la finalización del tratamiento con tinidazol ¹⁶.

- Vulvovaginitis irritativas

El tratamiento en estos casos es corticoides tópicos: Hidrocortisona 1%, Aceponato de metilprednisolona 0,1%, Dipropionato de betametasona 0,05%, Clobetasol propionato 0,05%.

- Vaginitis inespecíficas

Para el tratamiento de algunas vaginitis inespecíficas, o de citologías que presentan inflamación sin alteración específica de la flora vaginal, se utiliza un compuesto formado por centella asiática y neomicina. Presenta propiedades cicatrizantes y acción antibiótica indicada en heridas infectadas o con riesgo de infección bacteriana. Su uso en infecciones vaginales ha sido objetivo de varios estudios, sin poder demostrar eficacia como tratamiento⁴⁶.

PROBIOTICOS

Existe información contradictoria acerca de la utilidad de uso de probióticos para el tratamiento y prevención de candidiasis vulvovaginal. Parece que no hay evidencia de que las VVC recurrentes sean por déficit o alteración de *lactobacilli*²⁹.

Igualmente, para el tratamiento de la vaginosis, los probióticos o los agentes acidificantes de vagina (como ácido láctico o vitamina C), son utilizados en la práctica clínica como adyuvantes al tratamiento médico o como prevención de recidivas. Estudios aleatorizados obtienen resultados muy prometedores en cuanto a restauración de la flora vaginal y prevención de recidivas³¹, pero las revisiones publicadas no aportan suficiente evidencia para poder confirmarlo^{27, 30, 32}. Hay numerosas casas comerciales que han presentado probióticos (tanto por vía vaginal como por vía oral) como coadyuvantes en el tratamiento de las vaginitis.

La FDA alerta del uso de probióticos en pacientes inmunocomprometidos.

TRATAMIENTO INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

Las enfermedades de transmisión sexual son una de las cinco causas principales de demanda de atención sanitaria en países en vías de desarrollo. E nuestro entorno, se ha visto un aumento de incidencia de sífilis, infección gonocócica, así como chlamydia y herpes simple. También ha aumentado el VPH, dado que se ha facilitado su detección en consulta.

Los tratamientos recomendados son los siguientes³³:

Neisseria gonorrhoeae – Ceftriaxona 250mg IM Dosis unica

Chlamydia trachomatis – Doxicilina 100mg VO 1comp/12horas x 14 días

Treponema pallidum – Penicilina G Benzatina 2,4mill unidades IM unidosis (primaria) / 1 dosis semanal x 3 semanas (secundaria)

Herpes simple tipo 1 y 2 – Valaciclovir 1gr /12h VO 10 días (primoinfección) / 500mg /12h 5 días (re infecciones)

Chancroide – Azitromicina 1gr Dosis única. Inyección IM de 250mg Ceftriaxona dosis única. Ciprofloxacino 500mg dosis única.

Virus papiloma humano – Vaporización con láser CO₂ para las lesiones causadas por el virus. Se recomiendan las vacunas Gardasil o Cervarix para prevenir la infección..

En el caso de condilomas causados por algunos tipos de virus VPH, hay diferentes tratamientos:

- Imiquimod tópico (Aldara): una aplicación 3 veces a la semana, en días alternos, máximo 16 semanas.
- podofilotoxina (Wartec): 2 veces al día, 3 días seguidos (4 días sin tto), máximo 4 semanas de tratamiento.
- Extracto de hojas de té verdes (Veregen): aplicación 3 veces al día, hasta desaparición de verrugas. Máximo 16 semanas.
- Ácido tricloroacético: 1 aplicación por semana, 4 semanas (aplicación en consulta).

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA

Es una enfermedad polimicrobiana, los gérmenes iniciadores más frecuentes son Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium. Otros son la vaginosis bacteriana, Mycoplasma hominis, H. influenzae, Streptococcus pyogenes. La pauta de tratamiento ambulatorio es:

- Ceftriaxona 250 mg IM DU + Doxiciclina 100mg VO /12h, 14 días +/- Metronidazol 500mg VO / 12h, 14 días.
- Cefoxitin 2gr IM DU + Probenecid oral 1gr DU + Doxiciclina 100mg VO /12h 14 días +/- Metronidazol 500mg VO / 12h 14 días.
- Cefotaxima 1 gr IM DU + Doxiciclina 100mg VO /12h 14 días +/- Metronidazol 500mg VO / 12h 14 días.
- Azitromicina 1gr oral / semana x 2 semanas.

SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE

El sangrado menstrual abundante es un motivo de consulta frecuente, que puede afectar la calidad de vida de la mujer. Las causas de SMA se dividen en estructurales (pólipo, adenomiosis, leiomioma, malignidad) y no estructurales (inespecífica, anovulación, iatrogénica, coagulopatía, endometrial). Es el sistema de clasificación de la FIGO, PALM – COEIN system³⁴.

Para el diagnóstico es preciso realizar anamnesis, exploración física y ecografía. La histerosonografía, histeroscopia están indicadas en caso de no poder precisar la patología con la ecografía. La RMN y TAC no suelen ser indicados como primera opción.

El tratamiento busca corregir la anemia, disminuir la cantidad de sangrado, prevenir las recurrencias, prevenir las consecuencias de la anovulación y mejorar la calidad de vida³⁵.

Tratamiento médico no hormonal:

- Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas: AINEs. En una revisión Cochrane de 2007³⁶, se observa que para el tratamiento del SMA, los AINEs (excepto AAS) son más efectivos que placebo, pero menos que el ácido tranexámico.
- Ácido tranexámico. Varios estudios y revisiones demuestran su efectividad al reducir la pérdida sanguínea de hasta 50% en SMA³⁷, proporcionando una mejora en la calidad de vida.
- Otros, como el etamsilato, también son efectivos, aunque menos que los AINES.

Tratamiento médico hormonal:

Están indicados cuando la causa del SMA es por anovulación, insuficiencia del cuerpo amarillo, o causa endometrial. También se utilizan cuando no se llega a un diagnóstico definitivo de la causa del SMA. En España hay dos medicamentos con indicación específica para el SMA: el DIU de LNG y un ACHO cuatrfásico con valerato de estradiol y dienogest (VE2 – DNG). También se utilizan otros ACHO fuera de esta indicación como tratamiento del SMA, con buenos resultados, aunque menor eficacia que DIU-LNG o VE2-DNG. Otros tratamientos utilizados, aunque con peores resultados, son los gestágenos (acetato de medroxiprogesterona MPA, y el acetato de noretisterona NETA), que tienen su indicación cuando los estrógenos están contraindicados.

Tabla 6. Tratamientos para el SMA , dosis y eficacia en la reducción de sangrado. SEGO 2013³⁵.

NO HORMONAL	Ac. tranexámico	1gr VO / 6h x 3-5 días	50%
	Ac mefenamico	500mg VO / 8h x 3-5 días	30%
	Naproxeno	500mg VO / 12h x 3-5 días	30%
	Etamsilato	500mg VO / 4-6h x 3-6 días	20%
HORMONAL	DIU LNG	0,02mg/24h	80-94%
	VE2 - DNG	Variable por fases	87-89%
	ACHO	20-30 mcg EE ₂	35-68%
	Gestagenos más de 21 días	5-10mg/día MPA o NETA	50%
	Gestágenos menos de 11 días	5-10mg/día MPA o NETA	30%

TRATAMIENTO DE MIOMAS

Los miomas asintomáticos pueden ser seguidos en consulta sin necesidad de realizar ninguna intervención o tratamiento. En pacientes sintomáticas (sangrado abundante, dolor abdominal o presión de órganos pélvicos) hay que tratar los síntomas ³⁸.

El tratamiento médico consiste en tratamiento no hormonal, como AINEs o antifibrinolíticos, y el tratamiento hormonal, como anticonceptivos hormonales, análogos GnRH, moduladores selectivos de receptores de progesterona (acetato de ulipristal y mifepristona), DIU-LNG.

Los AINEs no han demostrado eficacia para control de sangrado en úteros miomatosos, aunque sí mejoran la dismenorrea. Los antifibrinolíticos, como el ácido tranexámico, tienen indicación para el tratamiento de control de sangrado menstrual abundante, asociado o no a miomas uterinos.

Los anticonceptivos, combinados o solo gestágenos, son, con frecuencia, tratamiento de primera línea para pacientes con sangrado menstrual abundante, con o sin miomas. El tratamiento con progestágenos en segunda fase no se consideran tratamiento eficaz para control de crecimiento o sangrado por miomas, aunque se utilizan con frecuencia como tratamiento a corto-medio plazo.

Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas fue el tratamiento indicado como primera línea para los miomas, aunque debido a sus efectos secundarios (sofocos, alteraciones del sueño, sequedad vaginal, depresión, y pérdida de masa ósea), su uso se ha visto bastante limitado ⁴¹.

En los últimos años, se ha comercializado el acetato de ulipristal 5mg, con alta efectividad en el tratamiento de los síntomas asociados a miomas uterinos. No presenta efectos adversos como los a-GnRH, con buen control del sangrado desde el inicio del tratamiento y control del dolor. El tratamiento consiste en toma diaria de 5mg de AUP durante 3 meses, con 2 meses de descanso. Se utiliza como tratamiento prequirúrgico, aunque en los últimos meses, se ha aceptado el tratamiento intermitente a largo plazo en ciclos alternos de 3 meses ³⁹⁻⁴¹.

La mifepristona parece reducir el tamaño de los miomas y mejorar los síntomas asociados, aunque entre los efectos secundarios están la producción de hiperplasia endometrial, por lo que no se recomienda como tratamiento a largo plazo⁴¹.

El uso de DIU-LNG en úteros miomatosos ha dado buen resultado en cuanto a disminución de sangrado y control de crecimiento de miomas, aunque presentan mayor tasa de expulsión del DIU. En caso de miomas submucosos, puede ser complicada la colocación del DIU.

Los tratamientos quirúrgicos de los miomas incluyen la histerectomía, miomectomía, resección histeroscópica. Hay alternativas a la cirugía como la oclusión de arterias uterinas, embolización de arterias uterinas, ablación endometrial y tratamiento con ultrasonido de alta intensidad focalizado.

DISMENORREA, SÍNDROME PREMENSTRUAL

Los AINEs son un tratamiento altamente eficaz para la dismenorrea. Las revisiones al respecto observan resultados de eficacia de AINEs frente a placebo. No existen evidencia suficiente para determinar cuál es el más seguro y efectivo, aunque parece que todos son más efectivos que el paracetamol. Hay que informar sobre los posibles efectos secundarios, sobre todo, gastrointestinales.

Los anticonceptivos hormonales (combinados o solo gestágenos) también son eficaces para el tratamiento de la dismenorrea, en especial, los de dosis media (>35 µg) y progestágenos de 1ª y 2ª generación⁴².

Se ha descrito la suplementación con el ácido graso insaturado omega-3, que compite para disminuir las prostaglandinas y leucotrienos y puede inhibir la formación de ácido araquidónico. También se recomienda el aceite de onagra para la dismenorrea, con propiedades antiinflamatorias, para el tratamiento de la dismenorrea. No hay suficiente información científica publicada al respecto de estos suplementos para poder demostrar su eficacia.

MASTODINIA / MASTALGIA

El uso de analgésicos antiinflamatorios (AINEs) es útil para el tratamiento de las mastodinia/mastalgia, así como el tratamiento con anticonceptivos hormonales.

Progesterona en gel presenta en ficha técnica la indicación como tratamiento específico de patología mamaria benigna: mastodinias, tensión mamaria dolorosa asociada a tto. contraceptivos, síndrome premenstrual, inicio del embarazo. Una aplicación al día cuando aparecen los síntomas.

El aceite de onagra parece eficaz para el alivio sintomático de la mastalgia y mastodinia, bien como tratamiento oral, bien como aplicación local. Se necesitan más estudios para demostrar su eficacia clínica.

TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

En pacientes diagnosticadas de Insuficiencia Ovárica Prematura (IOP), está indicado el tratamiento con terapia hormonal sustitutiva (THS) para aliviar los síntomas del hipoestrogenismo y prevenir las consecuencias a largo plazo, sobre todo, la osteoporosis. Se recomienda iniciar en el momento del diagnóstico y dejarlo hasta los 50 años. Es necesario realizar un estudio a la paciente para descartar procesos que puedan aumentar los efectos secundarios de la THS. Está contraindicado su uso en pacientes que han tenido un evento cardiovascular, riesgo de trombosis o cáncer de mama. En estos casos, casos de IOP, no está establecido cual es la dosis recomendada, aunque sí se insiste en que sea de fácil cumplimiento⁴³.

En casos de utilización de THS para tratamiento de la sintomatología climatérica, se recomienda utilizar la mínima dosis eficaz y el mínimo tiempo posible, siempre explicando a la paciente los posibles riesgos que el tratamiento conlleva (aumento de riesgo de cáncer de mama, cáncer de ovario, trombosis venosa...) ^{44,45}.

Es necesario resaltar en estas pacientes la importancia en los hábitos de vida saludables, el ejercicio físico regular, abandonar el hábito tabáquico, así como una dieta rica en omega 3, calcio y vitamina D. En caso de precisar, se pueden aportar suplementos alimenticios para llegar a las cantidades diarias recomendadas.

Para pacientes en las que está contraindicado el tratamiento hormonal sustitutivo, o no desean tratamiento hormonal, que presentan una sintomatología climatérica leve-moderada, hay otras recomendaciones⁴³:

- para los síntomas vasomotores: isoflavonas de soja, cimicífuga racemosa, terapias con ISRS, gabapentina o clonidina...
- para atrofia vaginal (ver descripción previa)
- para la osteoporosis: SERM (raloxifeno, bazedoxifeno), bifosfonatos, calcio y vitamina D.

OTROS

En las consultas de Salud Sexual y Reproductiva también se recomiendan algunos complementos alimenticios que pueden ayudar en ciertos aspectos, sin ser medicamentos. Se precisan de más estudios científicos para poder evaluar la eficacia de estos productos.

- Inositol con ácido fólico para pacientes con SOP que buscan gestación. Mejora calidad ovocitaria y parece que favorece la ovulación. Complemento alimenticio.
- Extracto de maca andina. Aporta vitalidad y favorece el deseo y la excitación en las relaciones sexuales. Complemento alimenticio. 2 capsulas al día, mínimo 2 meses.
- Extracto citoplasmático de polen + vit E. Contribuye a la reducción de sofocos causados por la menopausia y otros síntomas como trastornos del sueño, irritabilidad, sensación de dolor articular, fatiga, debilidad, etc. Complemento alimenticio. 2 comprimidos/día x 2 meses. Después, 1 comprimido/día.
- Isoflavonas de soja. Son fitoestrógenos y han sido utilizados de forma tradicional para mejorar los síntomas asociados a la menopausia, como son los sofocos, fatiga, sudor nocturno, cambios en el estado de ánimo, etc. e incrementa la densidad ósea en las mujeres. Hay múltiples laboratorios que comercializan extractos de isoflavonas de soja, combinándolos con

diferentes vitaminas, aceites esenciales o minerales, para el tratamiento de los síntomas del síndrome climatérico leve. En general, 1 cápsula/día.

- Cimicífuga racemosa. Útil para disminuir las molestias típicas de la menopausia tales como irritabilidad, insomnio, sofocos, sudoración y palpitaciones. Complemento alimenticio. 1 comprimido al día x 12-16 semanas.

BIBLIOGRAFIA

1. Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas* 2009; 63: 138-41.
2. Archer DF. Efficacy and tolerability of local estrogen therapy for the urogenital atrophy. *Menopause*. 2010; 17: 194-203.
3. Menoguía. Salud vaginal Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Marzo 2014. ISBN, 978-84-940319-5-3.
4. Palacios S, Cancelo MJ, Costelo - Branco C, González S, Olaya MA. Recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la Prevención y Tratamiento de la Atrofia Vaginal. *Progr Obstet Gynecol* 2012, 55: 408-15.
5. Palacios S. Managing urogenital atrophy. *Maturitas*. 2009; 63: 315-8.
6. Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Villero J, Nohales F, Juliá MD. Management of postmenopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *Maturitas*. 2005; 52 Suppl 1: S46-52.
7. The North American Menopause Society. The 2012 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2012; 19: 257-71.
8. Barnabei VM, Cochrane BB, Aragaki AK, et al. Menopausal symptoms and Q6 treatment-related effects of estrogen and progestin in the Women´s Health Initiative. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 1063-73.
9. Sturdee DW, Panay N. International Menopause Society Writing Group. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Cimateric*. 2010; 13: 509-22.
10. Suckling JA, Kennedy R, Lethaby A, Roberts H. Local estrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; Issue 4. Art. No.: CD001500.
11. Mendoza N, Sanchez-Borrego R, Cancelo MJ, Calvo A, Checa MA, Cortes J, Elorriaga MA, Diaz T, Gonzalez IV, Lete I, Lobo P, Martinez-Astorquiza T, Nieto A, Olalla MA, Perez-Campos E, Porqueras R, Quereda F, Salamanca A, De La Viuda E. Position of the Spanish Menopause Society Regarding the management of perimenopause. *Maturitas*. 2013; 74 (3): 283-290.

12. Cano et al. The therapeutic effect of a new ultra-low concentration estriol gel formulation (0,005% estriol vaginal gel) on symptoms and signs of postmenopausal vaginal atrophy: results from a pivotal phase II study. *Menopause*. 2012; 19 (10), 1130-9.
13. Weisberg E, Ayton R, Darling G, et al. Endometrial and vaginal effects of low-dose estradiol delivered by vaginal ring or vaginal tablet. *Climateric*. 2005; 8 (1): 83 – 92.
14. Portman D, Palacios S, Nappi RE, Mueck AO. Ospemifene, a non-oestrogen selective oestrogen receptor modulator for the treatment of vaginal dryness associated with postmenopausal vulvar and vaginal atrophy: a randomized, placebo controlled, phase III trial. *Maturitas*. 2014; 78 (2): 91-98.
15. Salvatore S, Nappi RE, Zerbattini N et al.: a 12 weeks treatment with fractional CO₂ laser for vulvovaginal atrophy: a pilot study. *Climateric*. 2014; 17: 363-9.
16. SEGO. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. 2012.
<http://www.prosego.com/?s=vaginitis>
17. Parolin C, Marangoni A, Laghi L, Foschi C, Palomino RA, Calonghi, Cevenini R, Vitai B. Isolation of Vaginal Lactobacilli and Characterization of anti-candida Activity. *PLoS One*. 2015; 10 (6): e0131220.
18. Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, Bond CM, Mollison JA, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; DOI: 10.1002/14651858.CD002845.pub2.
19. Pappas PG, Kauffman CA, Andes D, et al. Clinical practice Guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2009; 48: 503.
20. Young GL, Jewell D. Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; CD 000225.
21. Sobel JD, Chaim W, Nagappan V, Leaman D. Treatment of vaginitis caused by *Candida glabrata*: use of topical boric acid and flucytosine. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189: 1297.
22. Vazquez JA, Sobel JD, Demetriou R, et al. Karyotyping of *Candida albicans* isolates obtained longitudinally in women with recurrent vulvovaginal candidiasis. *J Infect Dis* 1994; 170 – 1566.

23. Liu F, Liao Q, Liu Z. Mannose-binding lectin and vulvovaginal candidiasis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006; 92: 43.
24. Shihadeh AS, Nawafleh AN. The value of treating the male partner in vaginal candidiasis. *Saudi Med J.* 2000; 21: 1065.
25. Magliani W., Conti S, Cassone A et al. New immunotherapeutic strategies to control vaginal candidiasis. *Trends Mol Med.* 2002; 8: 121.
26. Caro-Paton T, Carvajal A, Martín de Diego I, et al. Is metronidazole teratogenic? A metaanalysis. *Br J Clin Pharmacol.* 1997; 104: 1391.
27. Weissenbacher ER, Donders G, Unzeitig V, Martinez de Tejada B, Gerber S, Halaska M, Spacek J. Cloruro de decualino en comprimidos vaginales comparado con clindamicina en crema vaginal en el tratamiento de la vaginosis bacteriana: ensayo clinic aleatorizado y simple ciego de eficacia y seguridad. *Gynecol Obstet Invest.* 2012; 73: 8-15.
28. Van Schalkwyk J, Yudin MH, Allen V, et al. Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis. *J Obstett Gynaecol Can.* 2015; 37 (3): 266-76.
29. Sobel JD, Chaim W. Vaginal microbiology of women with acute recurrent vulvovaginal candidiasis. *J Clin Microbiol.* 1996; 34: 2497.
30. Bradshaw CS, Vodstrcil LA, Hocking JS, et al. Recurrence of bacterial vaginosis is significantly associated with posttreatment sexual activities and hormonal contraceptive use. *Clin Infect Dis* 2013; 56: 777.
31. Tomusiak A, et al. Efficacy and safety of a vaginal medicinal product containing three strains of probiotic bacteria: a multicenter, randomized, double-blind, and placebo-controlled trial. *Drug Des Devel Ther.* 2015; 9: 5345-5354.
32. Senok AC, Verstraelen H, Temmerman M, Botta GA. Probiotics for the treatment of bacterial vaginosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (4): CD006289.
33. Sexually transmitted diseases. 2015 Summary of CDC Treatment Guidelines.
<http://www.cdc.gov/std/tg2015/2015-pocket-guide.pdf>

34. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 113 (1): 3-13.
35. Protocolo SEGO. Sangrado menstrual abundante. 2013.
<http://www.prosego.com/?s=sangrado+menstrual>
36. Lethaby A, Augood C, Duckvitt K, Farquhar C. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;17(4): CD000400.
37. Naoulou B, Tsai MC. Efficacy of tranexamic acid in the treatment of idiopathic and nonfunctional heavy menstrual bleeding: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91(5):529-37. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01361
38. Lefebvre G, Vilos G, Allaire C, et al. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003; 25(5):396-418.
39. Donnez, Tomaszewski J, Vazquez F, Bouchard P, Lemieszczuk B, et al. Pearl II Study Group. Ulipristal acetate versus leuprolide acetate for uterine fibroids. *N. Engl J Med.* 2012 Feb 2;366(5):421-32. Doi 10.1056/NEJMoa1103180.
40. Donnez J, Tatarchuk TF, Bouchard P, Puscasiu L, Zakharenko NF, et al. Pearl I Study group. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery *N. Engl J Med.* 2012 Feb 2;366(5):409-20. Doi 10.1056/NEJMoa1103182.
41. Cañete Palomo ML. Protocolo Asistencial en Ginecología SEGO. Miomas uterinos. 2015.
<http://www.prosego.com/?s=miomas>
42. Protocolo Asistencial en Ginecología SEGO. Dismenorrea en adolescentes. 2013
43. Menografía. AEMM. Menopausia precoz. Mayo 2014. ISBN 978-84-940319-9-1
44. Curb, JD, Prentice RL, Bray PF, et al. Venous Thrombosis and Conjugated Equine Estrogen in Women Without a Uterus. *Arch Intern Med.* 2006;166(7):772-780.
45. Anderson GL, et al. Effects of Estrogen Plus Progestin on Gynecologic Cancers and Associated Diagnostic Procedures, The Women's Health Initiative Randomized Trial. *JAMA.* 2003; 290(13):1739-1748.

46. Salas Campos L, Pastor Amorós T, Martín Campos R, Martínez de la Chica A, De Haro Barrios A. Therapeutic uses for Asian yellow-flowered crowfoot, genus *Ranunculus*: the case of *Blastoestimulina*. *Rev Enferm*. 2005; 28 (1):59-62.

VADEMECUM

PATOLOGIA	NOMBRE COMERCIAL	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	POSOLOGIA	LABORATORIO	FINANC.	PRECAUC
ATROFIA VAGINAL	Colpotrofin	Promestrieno	Crema vaginal 1%	10mg/aplicación. Inicio: 1 aplicación cada día, preferentemente por la noche. Mantenimiento 2-3 veces por semana.	Teva Pharma	NO	
	Ovestinon	Estriol 1mg/g	Crema vaginal 0,1%	Inicio: 1 aplicación cada día durante 2 semanas. Mantenimiento: 0,5mg/día, 2 veces por semana	Merck Sharp & Dohme	NO	
	Blissel	Estriol 50ug/g	Gel vaginal 50ug/g	Inicio: 1 aplicación cada día durante 2 semanas. Mantenimiento 2-3 veces por semana	Italfarmaco	NO	
	Vagifem	Estradiol 10ug/aplicación	Comp vaginal recubierto 10mg	Inicio: 10mg/día durante 2 semanas. Mantenimiento 10mg, 3 veces por semana	Isdin	NO	
	Estring	Estradiol 2mg	Anillo vaginal	Liberación 7,5ug/24h. Duración 90 días	Pfizer	NO	
CANDIDIASIS VULVOVAGINAL	Gine-canesmed	Clotrimazol	Crema vaginal 2%	5 g / 24 horas, 7 días	Bayer	SI	
			Comprimido vaginal 100mg	100 mg / 12-24 horas, 3-7 días		SI	
			Comprimido vaginal 500mg	500 mg / 24 horas, 1 día		SI	
	Laurimic	Fenticonazol	Óvulo vaginal 200mg	200mg / 24 horas, 3 días	Effik	SI	
			Óvulo vaginal 600mg	600mg / 24 horas, 1 día.		SI	
	*	Nistatina 100.000U	Comprimido vaginal	1comp vaginal/24h, 14 días	**	SI	
	*	Fluconazol 150mg	Comprimidos 150mg	150mg / 24 horas, dosis única VO	**	SI	
*	Itraconazol 200mg	Comprimidos 200mg	200mg / 12 horas, 1 día VO	**	SI		

				200mg/24horas 3 días VO		SI	
	*	Ketoconazol	comprimidos 200mg	2 comp / 24 horas, 5 días VO	**	SI	
CVV <i>Candida glabrata</i>	*	Ácido bórico	preparado en farmacia	600mg / 24h, 2 semanas vaginal	**	NO	TOXICO SI INGERIDO
	*	flucitosina	crema vaginal	5gr / 24h, 2 semanas, por la noche	**	NO	
CANDIDIASIS VULVOVAGINAL RECURRENTE	Gine-canesmed	Clotrimazol	Comprimido vaginal 500mg	500mg/semana vaginal, 6 - 12 meses	Bayer	SI	
	*	Sertraconazol	Comprimido vaginal 500mg	500mg/semana vaginal, 6 - 12 meses	**	SI	
	*	Fenticonazol	Comprimido vaginal 600mg	600mg/semana vaginal, 6 - 12 meses	**	SI	
	*	Fluconazol	Comprimidos 150mg	150mg/semana, 6 - 12 meses	**	SI	
	*	Itraconazol	Comprimidos 100mg	100mg/día VO, 6 - 12 meses	**	SI	CONTROL ENZIMAS HEPATICAS
	*		Comprimidos 200mg	200mg/postmenstrual, 6-12 meses	**	SI	
	*	Ketaconazol	Comprimidos 100mg	100mg/día, 6-12 meses	**	SI	CONTROL ENZIMAS HEPATICAS
VAGINOSIS BACTERIANA	Flagyl	Metronidazol	Comprimidos vaginales 500mg	500mg/12h x 7 días	Sanofi	SI	EFECTO DISULFIRAM (24H POST TT)
			Gel vaginal 0.75%	5gr/día x 5 días		SI	
	Dalacin	Clindamicina	crema vaginal (2%) **	5gr/día x 7 días	Pfizer	SI	DAÑA PRESERVATI
			comprimidos **	300mg/12h x 7 días		SI	

			Óvulos vaginales	100mg/día x 3 días		SI	DAÑA PRESERVATI
	*	Tinidazol	Comprimidos 500mg	2g/día x 2 días	**	NO DISPONIBLE	EFECTO DISULFIRAM (72H POST TT)
	*	Tinidazol	Comprimidos 500mg	1g/día x 5 días	**		
	Fluomizin	Cloruro Decualino 10%	Comprimidos vaginales	1 comp/día x 6 días	Gedeon Richter	SI	
TRICHOMONIASIS	Flagyl	Metronidazol	Comprimidos 500mg	2gr Dosis única VO	Sanofi	SI	EFECTO DISULFIRAM (24H POST TT)
				500mg/12h x 7 días VO			
	*	Tinidazol	Comprimidos 500mg	2gr Dosis única VO	**	NO	EFECTO DISULFIRAM (72H POST TT)
VAGINITIS INESPECIFICA	Blastoestimulina		Pomada 1%	1 – 3 aplicaciones/día x 7 – 10 días	Almirall SA	NO	
			Óvulos	1 óvulo/día x 7- 10 días			
Neisseria gonorrhoeae	*	Ceftriaxona	Solucion (intramuscular)	250mg IM Dosis Única	**	SI	
Chlamydia trachomatis	*	Doxicilina as	Comprimidos 100mg	100mg VO 1comp/12horas x 14 días	**	SI	
Sifilis	*	Penicilina G Benzatina	Solución (intramuscular)	2,4mill unidades IM unidosis (primaria)	**	SI	
	*			2,4mill unidades, 1 dosis semanal x 3 semanas (secundaria)			

Herpes simple tipo 1 y 2	*	Valaciclovir	Comprimidos 500mg	1gr /12h VO 10 días (primoinfección)	**	SI	
	*			500mg /12h 5 días (reinfecciones)			
VPH (condilomas acuminados)	Imunocare	Imiquimod tópico	Crema 50 mg/g	una aplicación 3 veces a la semana, en días alternos, máximo 16 semanas.	INDUSTRIAL FARMACEUTICA CANTABRIA, S.A.	SI	IRRITACION PIEL SANA
	Wartec	Podofilotoxina	Crema 1,5 mg/g	2 veces al día, 3 días seguidos (4 días sln tto), máximo 4 semanas de tratamiento.	GLAXOSMITHKLINE	SI	
	Veregen	Extracto de hojas de té verdes	Crema 100 mg/g	aplicación 3 veces al día, hasta desaparición de verrugas. Máximo 16 semanas.	BIAL-INDUSTRIAL FARMACEUTICA	SI	
	*	Ácido tricloroacético		1 aplicación por semana, 4 semanas (aplicación en consulta).	**	NO	
HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL. SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE	Amchafibrin	Ac. tranexámico	Comprimidos 500mg	1gr (2 comp) VO / 6h x 3-5 días	MEDA PHARMA, S.A	SI	RIESGO TROMBOSIS
	*	Ac mefenamico	Comprimidos 500mg	500mg VO / 8h x 3-5 días	**	NO	
	*	Naproxeno	Comprimidos 500mg	500mg VO / 12h x 3-5 días	**	NO	
	DICYNONE	Etamsilato	Comprimidos 500mg	500mg VO / 4-6h x 3-6 días	ITF LABOMED FARMACEUTICA	NO	
	Mirena	DIU LNG	Dispositivo intrauterino	0,02mg/24h	Bayer	NO	
	Qlaira	VE2 - DNG	Comprimidos	Variable por fases	Bayer	NO	
	*	ACHO	Diferentes presentaciones	20-30 mcg EE ₂	**	NO	
	Primolut nor	Noretisterona acetato	Comprimidos 5 o 10mg	5-10mg/día en segunda fase de ciclo (11 - 21 días)	Bayer		
	Progeffik	Medroxiprogesterona	Comprimidos 100 o	5-10mg/día en segunda fase de ciclo (11 -	Effik	SI	

			200mg	21 días)			
	Utrogestan	Medroxiprogesterona	Comprimidos 100 o 200mg	5-10mg/día en segunda fase de ciclo (11 - 21 días)	Seid		
CONTROL DE MIOMAS	Esmya	Acetato de ulipristal	Comprimidos 5mg	5mg / 24h x 3 meses (2 meses descanso) VO	Gedeon Richter	SI	
	Amchafibrin	Ac. tranexámico	Comprimidos 500mg	1gr (2 comp) VO / 6h x 3-5 días	Alcalá Farma	SI	
	Mirena	DIU LNG	Dispositivo intrauterino	0,02mg/24h	Bayer	SI	AUMENTA TA DE EXPULSION DE DIU
DISMNEORREA, SINDROME PREMENSTRUAL	Dismegyn	Agnus-castus exto.seco	Comprimidos 4mg	1 comp/día x 30 días (misma hora) x 3 ciclos	Gynea	NO	
	Aceite de onagra	Aceite de onagra	Jarabe/cápsulas	2 cucharadas o 2 comprimidos al día	**	NO	
Mastalgia / Mastodinia	Darstin	Progesterona	Gel	1 aplicación l día.	Seid	NO	
	Aceite de onagra	Aceite de onagra	Jarabe/cápsulas	2 cucharadas o 2 comprimidos al día. Aplicación local.	**	NO	
OTROS							
SINDROME OVARIO POLIQUISTICO. ANOVULACION	Ovusitol	Inositol	Sobres	1-2 sobres al día. Complemento alimenticio	Italfarmaco	NO	
Libido	Aquilea vigor ella	Maca andina + Rodiola + Ginkgo + acido folico		. 2 capsulas al día, mínimo 2 meses.	Uriach	NO	
Síntomas climatéricos	Sereyls	Extracto polen + Vit E	Comprimidos	2 comprimidos/día x 2 meses. Después, 1 comprimido/día.	Gynea	NO	

	Múltiples nombres comerciales	Isoflavonas soja			**	NO	
	Cimicífuga Donna plus	Cimicífuga racemosa	Comprimidos	1 comprimido al día x 12-16 semanas.	Ordesa	NO	
COADYUVANTE TTO VVC	Muvagyn probiótico		Capsulas	1 al día, 6 días	Casen-Fleet	NO	
	Donna plusFlora vaginal		Capsulas	1 al día, 14 días	Ordesa	NO	
	Fisiolat	Lactobacillus	Comprimidos vaginales	1 al día, 14 días	Arafarma	NO	

* Múltiples nombres comerciales

** Múltiples laboratorios