


**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA**

**PROTOCOLOS DE GINECOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA
EXTERNA**

- 1. VULVOVAGINITIS EN LA NIÑA**
- 2. ADHERENCIA DE LABIOS MENORES**
- 3. SANGRADO MENSTRUAL EXCESIVO EN ADOLESCENTES (SUA)**
- 4. MASAS ANEXIALES EN ADOLESCENTES**
- 5. ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 2 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA SERVICIO DE GINECOLOGÍA
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA

1. AUTOR:

Dra. Margarita Castro, servicio de Ginecología.

2. REVISORES: Dra. Julissa Garisto, Servicio de Ginecología, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: el autor y los revisores de este protocolo declaran que no existe conflicto de intereses.

4. JUSTIFICACIÓN:

Establecer una guía estandarizada para el manejo de patologías ginecológicas comunes en niñas y adolescentes.

5. ALCANCE

Manejo por especialistas en Ginecología Infanto Juvenil de las patologías ginecológicas en niñas y adolescentes en el marco de la consulta externa.

6. PROPÓSITO


Establecer las normativas para la atención de niñas y adolescentes con patologías ginecológicas comunes en el marco de la consulta externa especializada de Ginecología Infanto Juvenil.

7. OBJETIVO GENERAL

Abordaje general de las patologías ginecológicas más comunes en niñas y adolescentes.

8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer algoritmos de manejo de patologías ginecológicas comunes en niñas y adolescentes.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 3 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

VULVOVAGINITIS EN LA NIÑA

1. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad

Se desconoce la frecuencia de la vulvovaginitis en nuestro medio. Sin embargo, se identifica como el problema ginecológico más frecuente en pre púberes.

2. Nombre de la enfermedad. (ICD10)

Vulvitis aguda N762

Vaginitis aguda N 760

Vaginitis, vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias N771

3. Epidemiología:

A nivel de la literatura, no se describe la frecuencia de la vulvovaginitis en niñas. Pero se recalca que su predisposición está fuertemente asociado a factores irritantes locales y mala técnica de higiene aunado a factores anatómicos y conductuales propios de la edad.

Se registra la mayor prevalencia entre los 6 a 9 años.

4. Definición:

Inflamación de los tejidos de la vulva y de la vagina, que se manifiesta clínicamente por el enrojecimiento del introito y secreción vaginal de cuantía y aspecto variable.

5. Criterios diagnósticos

-Historia clínica enfatizar en:


Síntomas: Flujo Vaginal (62-92%), eritema vulvar o de introito, dolorimiento vulvar, prurito, disuria, sangrado genital (5-10%).

Vulvovaginitis asociadas sangrado genital: Streptococcus B hemolítico, Shigella/salmonella, Yersinia, Amebas y Cuerpos extraños.

-Examen genital: Inflamación vulvar (87%), escoriación/edema local, flujo.

-Otros:

- Hábitos de higiene general/defecación/ diuresis.
- Infecciones previas o recurrentes: urinarias, respiratorias o gastrointestinales
- Tratamientos recientes (antibióticos, corticosteroide)
- Antecedentes de atopia.
- Síntomas (características, localización, hora del día de mayor molestia).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 4 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Factores predisponentes:

Factores anatómicos/fisiológicos

- Falta de estrógeno
- pH vaginal neutro
- Pobre sistema inmunológico local.
- Piel vulvar delgada.
- Labios mayores con poco tejido adiposo.
- Labios menores pequeños.
- Ausencia de vello púbico
- Proximidad ano- vagina

Factores ambientales

- Inadecuada técnica de higiene (defecto/exceso)
- Exposición a irritantes (jabones, talco, cremas tópicas, materiales sintéticos)
- Autoexploración (lavado deficiente de manos)
- Juegos en arena.
- Mayor tasa de infecciones respiratorias /gastrointestinales
- Obesidad

6. Etiología y diagnóstico diferencial

Las vulvovaginitis pueden ser: infecciosas o no infecciosas.

Las de origen no infeccioso pueden estar asociadas a: Tumores genitales, enfermedades sistémicas, dermatosis vulvares (liquen escleroso, trauma, dermatitis atópica) o asociadas a patología urológica o gastrointestinal. Son diagnósticos de descarte.

Las de origen infeccioso son las más frecuentes y se dividen en: inespecíficas y específicas. Siendo las inespecíficas las más frecuentes (75%).

Las vulvovaginitis específicas se deben a la alteración de la homeostasis vaginal, son de larga data y generalmente cursan con cultivos negativos.

Las vulvovaginitis inespecíficas se deben a gérmenes patógenos de origen gastrointestinal, respiratorio, dérmicos, parasitosis y los asociados a ITS. Generalmente son de instalación aguda y requieren cultivo de flujo vaginal o pruebas especializadas.

7. Laboratorios y pruebas de gabinete:


- Urinálisis y urocultivo.
- Frotis Gram/cultivo de flujo vaginal
- Vaginoscopia.
- Otros según etiología: Cistograma miccional (Sospecha de patología urológica), fistulograma y evaluación bajo anestesia (sospecha de fistulas gastrointestinales).

Indicaciones de toma de cultivo:

- ▶ Falla de tratamiento anterior
- ▶ Sospecha de cuerpo extraño
- ▶ Sospecha de abuso sexual
- ▶ Sangrado genital

Indicaciones de Vaginoscopia

- ▶ Sangrado genital
- ▶ Flujo vaginal fétido
- ▶ Infecciones recurrentes
- ▶ Ausencia de respuesta al tratamiento
- ▶ Sospecha de malformación asociada

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 5 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

9. Tratamientos

1. Medidas generales.

- Lavado de genitales con solo agua o con jabones neutros
- Limpieza perineal adecuada (de adelante hacia atrás)
- Eliminar la convergencia factores irritantes (jabón, talco, crema, pañales desechables, materiales sintéticos.)
- Uso de emolientes en la zona vulvar (vaselina) o agentes que prevengan irritación de la zona del pañal en pacientes susceptibles (Ej.: óxido de zinc, acetato de aluminio).

2. Medidas específicas.


- Tratamiento de entero parasitosis. (Mebendazol: tratar paciente y sus contactos)
- Tratamiento antibacteriano según antibiograma, asociado al aislamiento de agente único (cultivo)
- En caso de ITS. Ver Protocolo de atención de niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico del síndrome de maltrato (abuso sexual).
- Otros tratamientos según síntomas:
- Baños de asiento con manzanilla, malva, bencidina o perborato de sodio.
- Solución de Burrow
- Permanganato de potasio 1/600
- Agua acidobulada (5ml de vinagre blanco en 250 ml de agua)
- Pasta lassar (ZnO, lanolina, almidón, vaselina)
- Corticoides tópicos (hidrocortisona 0.5 o 1%, betametasona al 0.05%)
- Estrógenos tópicos 0.625 mg crema vaginal u orales.
- Antibióticos tópicos (fusidato sódico, mupirocina).
- Antimicóticos tópicos u orales en pacientes con factores de riesgo de inmunosupresión o uso de pañal. (Clotrimazol 1%, nistatina...).
- Otros: antihistamínicos....

Control y seguimiento en consulta externa especializada del Hospital del Niño. Unidad de Ginecología.

Las pacientes referidas del cuarto de urgencias por:

- Sospecha de vulvovaginitis específica:

Primera evaluación con resultados de cultivo/ Gram entre 3 a 5 días de su evaluación de urgencias.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 6 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Seguimiento: posterior a terminado el tratamiento específico. Considerar cultivo de control.

- Paciente con sangrado genital.

Primera evaluación dentro de las 72 h de evaluación de urgencias.

Considerar vaginoscopía según sospecha diagnóstica.

- Paciente con sospecha de ITS, referencia y seguimiento según protocolo de abuso sexual.
- Deberán referirse del nivel primario de atención a la Unidad de Ginecología las pacientes con:
 - Vulvovaginitis persistentes a pesar de cumplir con medidas generales.
 - Pacientes que no presentan mejoría a pesar de tratamiento antibiótico según germen etiológico.
 - Sospecha de vulvovaginitis no infecciosas.

Se dará seguimiento a la vulvovaginitis recurrentes y no infecciosas según su etiología cada 4 meses.

Las vulvovaginitis inespecíficas serán remitidas a la red primaria de atención para el seguimiento por pediatría o medicina general.

10. Evolución y pronóstico

Las vulvovaginitis específicas generalmente son auto limitadas.

Las vulvovaginitis inespecíficas con frecuencia cursan con recurrencia por falta de supervisión de las medidas de higiene. Requieren seguimiento en la red primaria de atención para detectar recurrencias y reforzar medidas generales.

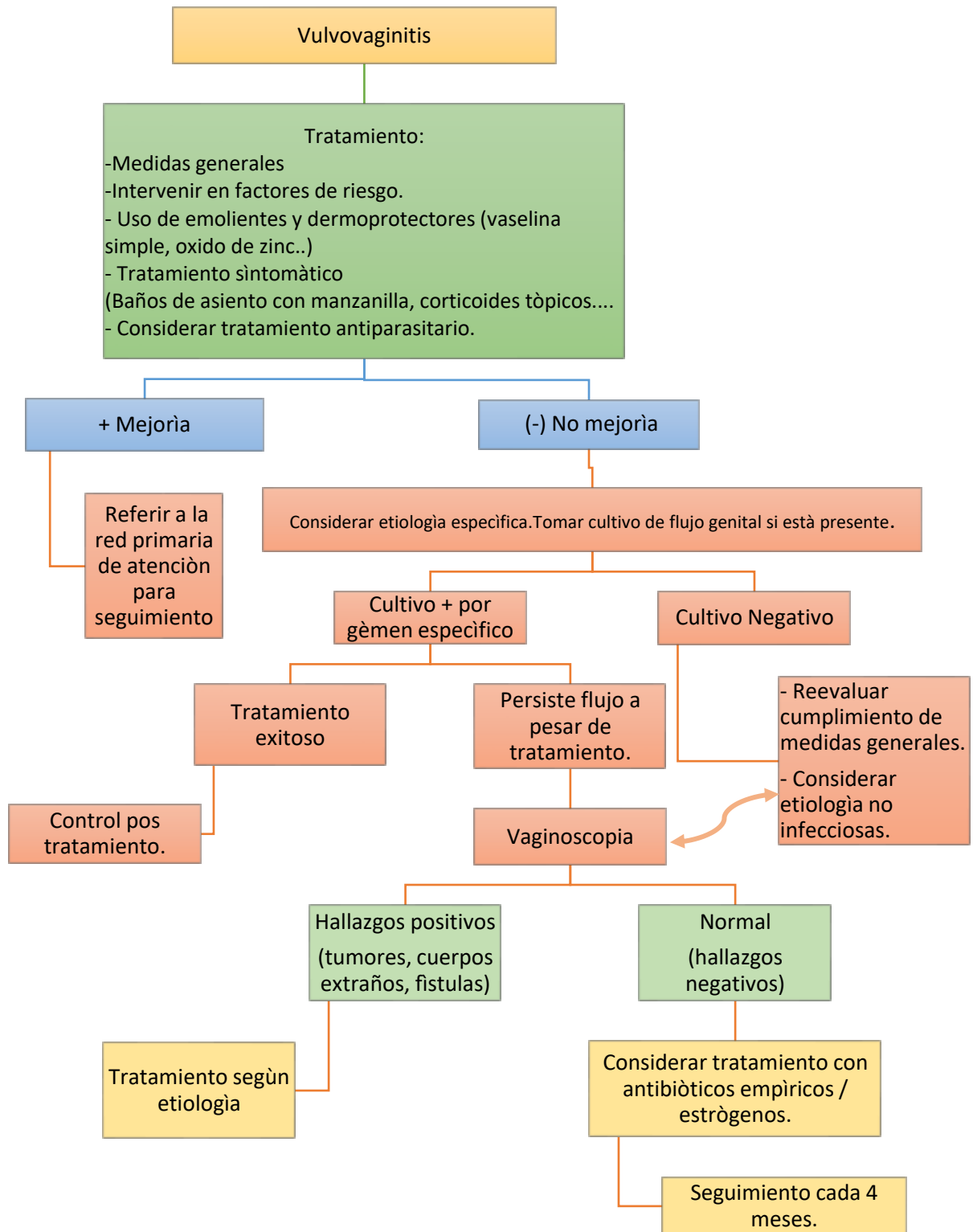
11. Recomendaciones para la paciente y familia


- Educar a la niña sobre correcto aseo de sus genitales.
- Supervisar el aseo genital y baño diario en niñas menores de 6 años.
- Mantener recomendaciones sobre medidas generales de tratamiento aún después de que la paciente presente mejoría del cuadro.
- Vigilar por cuadros recurrentes de vulvovaginitis asociados a cambios de conducta en las niñas (sospecha de abuso sexual)
- Mantener sus citas de control en la red primaria.

12. Algoritmo de abordaje y tratamiento.



HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 7 de 52
Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 8 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

ADHERENCIA DE LABIOS MENORES

1. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad

La adherencia de labios menores en conjunto con la vulvovaginitis es la primera causa de referencia a consulta externa de Ginecología Pediátrica en el Hospital del Niño.

Se presenta con más frecuencia en niñas con antecedentes de dermatitis del pañal o de irritación de los genitales externos o mala técnica de aseo.

2. Nombre de la enfermedad

Fusión de labios menores Q52.5 (ICD 10)

3. Epidemiología

Incidencia en la población pediátrica femenina de es 0.6 a 5%.

Edad de presentación entre los 3 meses a 6 años de edad, con un pico máximo éntrelos 13 y 23 meses.

El 50 a 80% de las pacientes son asintomáticas, por tanto, el diagnóstico puede ser pasado por alto si no se examinan los genitales de la paciente. Debe pensarse en este diagnóstico en pacientes con infecciones urinarias o vulvovaginitis recurrentes.

4. Definición

La sinequia de labios menores se define como una unión membranosa del borde libre de los labios menores.

Es una patología adquirida, no congénita, cuya etiología no está totalmente esclarecida.


Tabla 1

Condiciones asociadas a adherencia de labios menores:

1. Factores mecánicos: Uso de pañal, escasa o excesiva higiene perineal, uso de irritantes locales (jabones, talco, cremas tópicas), diarreas recurrentes, trauma perineal contuso (bicicleta), circuncisión femenina, abuso sexual.
2. Infecciosos: Vulvovaginitis recurrentes/ vulvitis., infección de vías urinarias.
3. Dermatosis: Liquen escleroso y atrófico.
4. Factores hormonales Déficit de estradiol.

5. Clasificación de adherencia de labios menores

Adherencia total o completa y la adherencia parcial.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 9 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

6. Criterios Diagnósticos:

Historia clínica:

Preguntar a cerca de: factores condicionantes (*tabla 1*), sintomatología (*tabla 2*), tratamientos tópicos previos (qué, cómo, cuánto tiempo, separación manual o quirúrgica)

Tabla 2

Manifestaciones clínicas

- Síntomas vulvares: Ardor, dolor, eritema o prurito vulvar, flujo genital.
- Síntomas urinarios: Disuria, pseudo incontinencia urinaria (goteo post miccional)

Examen físico:

Diagnóstico clínico mediante inspección de genitales externos de la niña. No amerita ningún examen de gabinete complementario.

7. Hallazgos de laboratorio:

Solicitar uroanálisis/ urocultivo durante el seguimiento con el fin de captar bacteriurias asintomáticas.

Cultivos de flujo vaginal en caso de vulvovaginitis asociadas.

Descartar parasitosis mediante estudio general de heces.

8. Diagnóstico diferencial

Genitales ambiguos

Himen imperforado

Agenesia/ atresia vaginal


Tabique vaginal transverso

Seno urogenital

9. Tratamiento

El tratamiento comprende desde mantener una conducta expectante con observación periódica y tratamiento tópico con vaselina, estrógenos o corticoides y resolución quirúrgica.

La indicación de uno u otro tratamiento dependerá de la presencia de síntomas o complicaciones, edad de la paciente, extensión y grosor de la sinequia; siendo controversial el tratamiento farmacológico en ausencia de estos.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 10 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Manejo expectante:

Consiste en medidas generales como:

Prevención de procesos que puedan ocasionar inflamación/ irritación (diarreas, infecciones vulvares)

Explicar técnica adecuada de aseo genital en la niña.

Aseo genital con agua

Cambio de pañal frecuente, manteniendo zona seca.

Utilizar emolientes en la zona vulvar (vaselina) o agentes que prevengan irritación de la zona del pañal en pacientes susceptibles (Ej. óxido de zinc).

Evitar la exposición a agentes irritantes (cremas, talco, detergentes, burbujas de baño, jabones)

Indicación:

Pacientes asintomáticas sin historia de complicaciones asociadas, con extensión parcial, y sin obstrucción al flujo de orina; a las que se pueda dar seguimiento clínico de cerca. (Cada 4 meses)

Puede ser usado, de manera general, en pacientes peri menárquicas.

Responsable: Pediatra o médico general en la red primaria de atención.

Estrógenos tópicos: (primera elección)

Presentaciones (2): estrógenos equinos conjugados en crema vaginal 0.625 mg/g y el estriol 1mg/g en crema vaginal.

Modo de empleo: Colocar sobre la línea de adherencia en sentido anteroposterior y realizando un masaje circular, sin traccionar. Dosis: BID o TID por 2 a 6 semanas. (Tiempo máx. 3 meses).

Debe orientarse al cuidador sobre la forma de administración directamente sobre la línea de adherencia en poca cantidad (la cantidad de crema que cabe en el pulpejo del dedo).

Indicación:

Pacientes sintomáticas.


Pacientes con recurrencias.

Paciente de difícil seguimiento.

Paciente cuyo familiar presenta una gran ansiedad y está reacio a seguir un manejo expectante. (Casos individuales)

Responsable: El médico (pediatra, ginecólogo) de la red primaria puede iniciar el tratamiento.

Deberá supervisar la aparición de efectos adversos como: Pigmentación de la piel vulvar, telarquia, dolor o tensión mamaria, sangrado genital, prurito, ardor local,

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 11 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

leucorrea. Estos son efectos transitorios que deben desaparecer al finalizar la terapia – son dosis y tiempo dependientes).

Corticoides tópicos: (Opción terapéutica médica)

Betametasona al 0.05% crema tópica

Modo de empleo: Colocar sobre la línea de adherencia en sentido anteroposterior y realizando un masaje circular, sin traccionar. Dosis: BID por 4 a 6 semanas. **NO DEBE USARSE A LARGO PLAZO.**

Requiere supervisión por sus efectos secundarios a nivel local: atrofia de la piel, crecimiento de vello púbico fino, prurito, eritema, foliculitis, vesiculación.

Indicación:

Pacientes sintomáticas que no responden al tratamiento con estrógenos.

Pacientes sintomáticas con dermatosis asociadas (liquen escleroso y atrófico).

Responsable: Ginecólogo Infante Juvenil.

Separación manual:

Puede ser física y emocionalmente traumática para la madre y el paciente, por tanto, **NO SE RECOMIENDA.** Se prefiere referir al Hospital del Niño, Unidad de Ginecología para la separación quirúrgica en el salón de operaciones según indicación.

Separación quirúrgica:

Consiste en la separación quirúrgica de los labios menores bajo anestesia en el salón de operaciones. Se maneja como caso ambulatorio.

Indicación.

Fallo del manejo médico (estrógenos y/o corticoides)

Paciente con retención urinaria aguda.


Paciente con fibrosis muy densa.

Responsable: Ginecólogo Infante Juvenil.

10. Criterios de referencia

Deben referirse a Ginecología Infante Juvenil, de la red primaria de atención, los pacientes sin respuesta a tratamiento con estrógenos y pacientes con recurrencias frecuentes.

Deben referirse a la consulta externa de Ginecología Infante Juvenil, procedente del cuarto de urgencias, paciente con patología concomitante y/o sintomatología para su seguimiento.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 12 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

11. Evolución y pronóstico

Manejo conservador:

En la mayoría de los casos las sinequias se resuelven de manera espontánea con el comienzo de la estrogenización puberal (manejo conservador en perimenarquia) Cerca del 80% se resuelven dentro del primer año de realizado el diagnóstico, sin ninguna medida farmacológica si se corrigen factores condicionantes y se enfatiza en la higiene vulvar adecuada (manejo conservador en pacientes asintomáticas).

Sin embargo, en las pacientes con adherencias totales, obstrucción al flujo de orina y sintomáticas pueden cursar con bacteriurias/ infecciones urinarias que pueden mermar a largo plazo de función renal. Por lo cual el seguimiento periódico cuando se decide el manejo conservador debe estar a la pesquisa de infecciones urinarias y síntomas asociados para en ese momento poder iniciar un manejo médico y evitar dichas consecuencias.

Manejo médico:

Requiere supervisión para detectar efectos secundarios y recurrencias.

Separación quirúrgica.

Se recomienda el uso de estrógenos locales post quirúrgico BID por 4 semanas para disminuir la posibilidad de recurrencias.

Si una sinequia vulvar operada recurre, la cicatriz formada puede ser más densa y fibrosa que la inicial, lo que dificulta aún más su manejo y ensombrece su pronóstico. Por este motivo las indicaciones generales post cirugía son claves, y reservar su uso a casos estrictamente seleccionados parece ser lo más adecuado.

12. Pronóstico según terapia:

Terapia con estrógenos: tasa de éxito 50-90% y recurrencia 30%;

Terapia con corticoides: tasa de éxito 68-80% y recurrencia del 23%.

Terapia quirúrgica: éxito 100% y recurrencia 10%.


13. Recomendaciones

Orientar sobre la naturaleza benigna de las sinequias de labios menores.

Explicar técnica adecuada de aseo genital en la niña.

Educar a los cuidadores sobre el reconocimiento de síntomas urinarios, recurrencias y efectos secundarios del tratamiento.

Demostrar la correcta administración del tratamiento médico sobre la línea de adherencia.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 13 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Enfatizar sobre la necesidad de seguimiento periódico y tratamiento supervisado.

14. Seguimientos/ controles

Manejo conservador (red primaria de atención) cada 6 meses hasta alcanzar la pubertad en pacientes asintomáticas. Puede ser realizado por su médico de cabecera.

Manejo médico:

Inicialmente a las 4 a 6 semanas de instaurado tratamiento y después c/3 - 4 meses para detectar recurrencias. En la Unidad de Ginecología del Hospital del Niño, se le da el seguimiento hasta máximo de un año después de la resolución de la adherencia y luego se refiere a su médico de cabecera para su seguimiento hasta la pubertad. Se indica el uso de crema con vitamina A o vaselina y adecuadas pautas de higiene como terapia de mantenimiento.

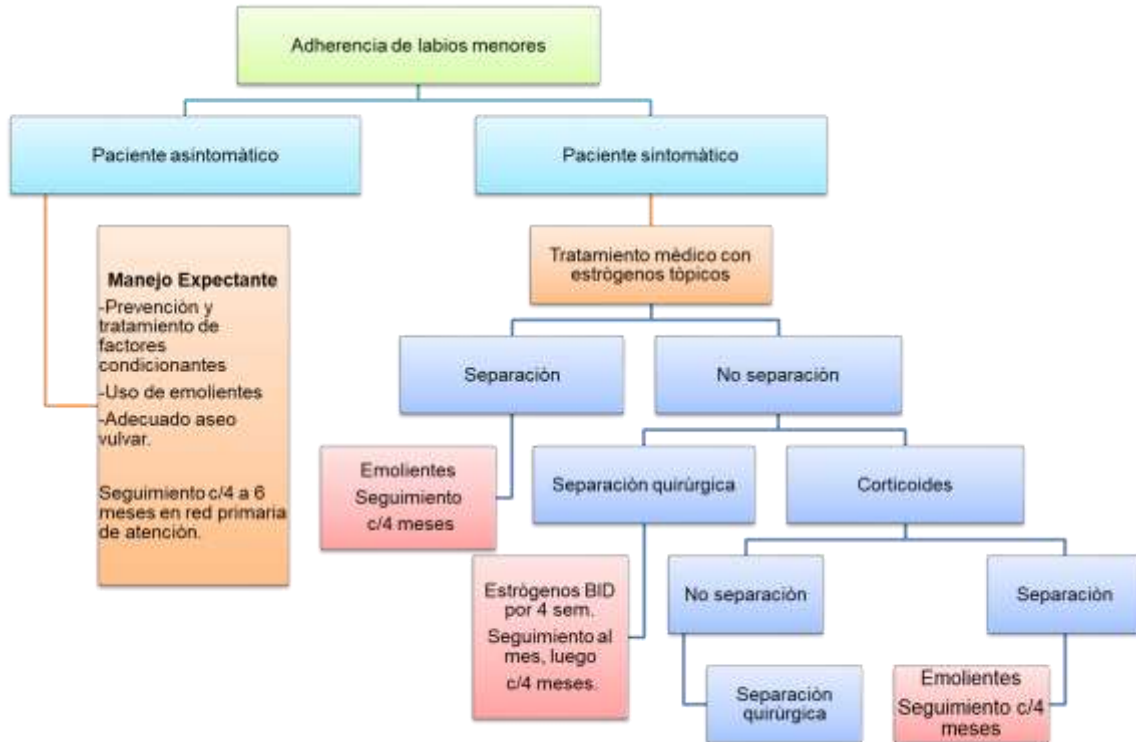
Manejo quirúrgico.


Se reevalúa la paciente 1 semana después del acto quirúrgico y luego al mes. Se indica el uso de estrógenos locales post quirúrgico BID por 4 semanas para disminuir la posibilidad de recurrencias. Posteriormente el seguimiento será c/4 meses hasta completar 1 año de la intervención y luego se refiere a su médico de cabecera para su seguimiento hasta la pubertad.



HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 14 de 52
Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

15. Algoritmo de abordaje



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 15 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

SANGRADO MENSTRUAL EXCESIVO EN ADOLESCENTES. (SUA)

1. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad:

El 75% de las adolescentes experimentan algún problema relacionado con la menstruación, ya sea dolor abdominal o alteraciones en la frecuencia o volumen de sangrado.

Es la primera causa de consulta ginecológica en la adolescencia temprana y se relaciona con anemia.

Principal causa de referencia del nivel primario y secundario a la consulta externa ginecológica del Hospital del Niño, relacionada con adolescentes.

Representa una de las primeras causas de hospitalización por causa ginecológica en adolescentes en el Hospital del Niño. Algunos estudios reportan que el 19 - 28% de las adolescentes que se hospitalizan por sangrado uterino anormal excesivo pueden tener una causa hematológica subyacente.

2. Nombre de la enfermedad:

Sangrado uterino anormal excesivo N92.2 (CIE-10).

3. Epidemiología

En la adolescencia temprana son frecuentes las alteraciones en el patrón menstrual, y la inmadurez hipotálamo- hipófisis- ovario es su principal causa. Esto se debe a que el 50 - 80% de los ciclos menstruales son anovulatorios e irregulares durante los primeros dos años después de la menarquia, y aproximadamente del 10 al 20% de estos pueden permanecer anovulatorios hasta los cinco años después de la primera menstruación.

4. Definición

El sangrado uterino anormal se refiere al sangrado menstrual que se sale de los patrones de normalidad ajustados a la edad (ver *Tabla 1*); y puede ser agudo (que requiere intervención de urgencias) o crónico.

El sangrado crónico es el que persiste por > 6 meses, solo requerirá intervención de urgencia si se agudiza, de lo contrario deberá estudiarse su causa para poder instaurar un tratamiento etiológico.

El sangrado menstrual excesivo se define como un sangrado uterino anormal caracterizado por sangrados abundantes (> 80 ml), prolongados (> 8 días) e irregulares (ciclo frecuente con intervalos < 24 días o infrecuentes > 45 días) y generalmente indoloros que interfieren y repercuten en la calidad de vida. Es la causa más frecuente de hospitalización, por lo cual se realiza este protocolo.


	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 16 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Tabla 1

DIMENSIONES CLÍNICAS DE MENSTRUACIÓN Y CICLO MENSTRUAL	TÉRMINO DESCRIPTIVO	LIMITES NORMALES (P 5-95)
Frecuencia	Frecuente* Normal Infrecuente	<24 24-38 >38
Regularidad de menstruaciones: variación ciclo a ciclo durante 12 meses	Ausente Regular Irregular	Sin sangrado Variación \pm 2-20 Variación >20
Duración	Prolongado* Normal Corto	>8 4.5-8 <4.5
Volumen de sangrado mensual, mL	Abundante* Normal Leve	>80 5-80 <5

** El 90% de los ciclos menstruales post menarca ocurren cada 21-45 días y hacia el 3er año de edad ginecológica, el 60-80% cada 24 - 38 días.

5. Criterios diagnósticos relevantes.

Según su severidad, el sangrado menstrual excesivo lo podemos dividir en:

Leve:


- Menstruación >8 días, con ciclos c/24 días por 2 meses o más, asociado Hemoglobina (HB) >12 g/dl.
- Se aplica también a pacientes con HB entre 10 a 12 g/dl como niveles “usuales” previo a la menarquia que presentan déficit de hierro secundarias a patologías crónicas.

Moderado:

- Menstruación > 8 días con ciclos cada 1 a 3 semanas, asociados a HB entre 10 – 12 g/dl

Grave o severo:

- Menstruación abundante y prolongada con HB < 10 mg/dl. y/o signos de inestabilidad hemodinámica.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 17 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

6. Historia clínica/ examen físico y pruebas de laboratorio

Datos importantes en la historia clínica:

Fecha de la menarquia

Patrón menstrual: Frecuencia, duración, volumen estimado de sangrado menstrual; características del flujo (color, presencia de coágulos).

Dismenorrea o presencia de dolor en bajo vientre.

Actividad sexual – Infecciones de transmisión sexual.

Enfermedades crónicas, alteraciones hematológicas diagnosticadas.

Preguntar por gingivorragia, epistaxis, hematomas, petequias.

Antecedentes familiares de discrasias sanguíneas u otras patologías.

Uso de medicamentos (anticonceptivos, esteroides, anticoagulantes, AINES)

Consumo de drogas ilícitas

Síntomas actuales asociados al sangrado menstrual: debilidad, lipotimia, palpitaciones, disnea.

Otros: Cambios de peso, desórdenes de la alimentación, participación en competencias deportivas (deportistas élites con actividad física de alto impacto)

Examen físico:

Signos vitales: Presión arterial, Frecuencia cardíaca (sentada y acostada)

Peso y talla. Índice de masa corporal.

Coloración de la piel. Presencia de petequias, equimosis, acné, hirsutismo y acantosis nigricans.

Palpación tiroidea.

Examen mamario. Estadios de Tanner. Presencia de nódulos, galactorrea.

Palpación abdominal


Inspección de genitales externos en pacientes sin actividad sexual

Exploración pélvica bimanual y con espéculo en pacientes sexualmente activas.

Exploración rectal en la paciente núbil con sospecha de tumoración genital o cuerpo extraño vaginal (casos excepcionales; generalmente complementado con un USG pélvico).

Laboratorios de abordaje primario:

- Hemograma completo con plaquetas.
- Pruebas de coagulación (tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina)
- Prueba de embarazo (de resultar positiva referir al cuarto de urgencias de la Maternidad para su evaluación)

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 18 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

- Tipaje /Rh y pruebas cruzadas en pacientes con sangrado grave. Pueden necesitarse pruebas especiales por el Laboratorio de Hematología Especial en casos de sospecha de discrasias sanguíneas (antígeno del factor de von Willebrand, factor VIII, antígeno del factor XI, cofactor de ristocetina, etc) las cuales deben ser autorizadas por un hematólogo. (Ver tabla 2)

Tabla 2

<p>Cuestionario estructurado para tamizar en busca de coagulopatías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangrado menstrual abundante desde la menarquia. 2. Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Antecedente de sangrado relacionado con un procedimiento quirúrgico Antecedente de sangrado relacionado con un procedimiento dental Hemorragia posparto 3. Dos o más de los siguientes síntomas <ul style="list-style-type: none"> Equimosis una a dos veces al mes Epistaxis una a dos veces al mes Gingivorragia frecuente Antecedentes familiares con síntomas de sangrado
--

Toda paciente con sangrado menstrual abundante grave o severo que requiera hospitalización (sobre todo si este se da dentro de los primeros seis meses de edad ginecológica), debe tamizarse en busca de discrasias sanguíneas. Pacientes con uno de los criterios del acápite 2 del cuestionario o 2 o más de los síntomas del acápite tres también requieren ser tamizadas (*ver tabla 2*).

Otros laboratorios pueden ser útiles para definir etiología (según hallazgos al examen físico/ historia clínica):

Estudios hormonales en fase folicular temprana: TSH/ T4 libre y prolactina (pacientes con trastornos del ciclo relacionados con la frecuencia).


FSH/LH; perfil androgénico (en pacientes con hirsutismo y acné)

Perfil metabólico: Glicemia, insulina y perfil lipídico (paciente obesa)

Citología cervical / muestras endocervicales en busca de *Neisseria gonorrhoeae* y Chlamydia en casos de pacientes con vida sexual activa.

Estudios de imagen:

- Ultrasonido pélvico de rutina en pacientes ambulatorios; en las hospitalizadas, se programará durante la hospitalización.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 19 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Útil en anomalías estructurales, complemento a la inspección o exploración no satisfactoria. (Ejm: falta de cooperación de la paciente), y en pacientes sin respuesta al tratamiento hormonal instaurado.

- La Resonancia magnética de pelvis y la vaginoscopía serán indicadas manera extraordinaria. (ver tratamiento)

7. Diagnóstico Diferencial

El sangrado uterino anormal excesivo en adolescentes con menos de tres años de edad ginecológica generalmente es debido a la inmadurez hipotálamo hipófisis gonadal. Sin embargo, es un diagnóstico de exclusión en donde deben descartarse otros diagnósticos:

-En primera instancia las complicaciones vinculadas al embarazo: Amenaza de aborto, aborto, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica.


-Otros: (PALM- COEIN)

- Patología estructural: Masas vaginales/ cervicales/ uterinas/ ováricas; malformaciones genitales congénitas, trauma genital, cuerpos extraños, infecciones de transmisión sexual.
- Patología no estructural:
 - Sangrado asociado a enfermedades hematológicas (trombocitopenia, discrasias sanguíneas, leucemias, linfomas).
 - Sangrado asociado a endocrinopatías (hipo o hipertiroidismo, síndrome de ovario poliquístico, hiperprolactinemia).
 - Sangrado asociado a enfermedades sistémicas (nefropatías, diabetes, LES descompensadas) o
 - Sangrado secundario al uso de medicamentos (anovulatorios orales, anticoagulantes, andrógenos, inhibidores plaquetarios).

8. Tratamiento:

Objetivos:

- Mejorar el estado hemodinámico de la paciente
- Cohibir la hemorragia
- Evitar la recurrencia
- Restituir los ciclos menstruales normales
- Evitar las consecuencias de la anovulación a largo plazo

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 20 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

El tratamiento depende de la clasificación de gravedad del cuadro:

Leve: (regla >8 días y HB >12g/dl)

-Manejo ambulatorio

-Medidas generales:

- Dieta con alimentos ricos en hierro.
- Sulfato ferroso oral 60-80 mg de hierro elemental/día por 3 meses. Debe administrarse alejado de las comidas (1/2 hora antes o 2 horas después).
- Calendario menstrual. (anotar fecha y duración de la regla).

-Opciones terapéuticas:

- AINES. Ibuprofeno 400mg oral c/8 h los 3 primeros días de c/regla.
- Manejo expectante con calendario menstrual.
- Si tiene vida sexual activa optar por anticonceptivos orales combinados (ACO) cíclicos con dosis de Etinilestradiol de 30 µg o 35 ug.

-De no producirse nueva hemorragia, control en 3 a 6 meses.

-Si se repite el episodio de sangrado, instituir tratamiento hormonal regulador con:

- ACOS cíclicos con Etinilestradiol de 30 µg o 35 ug ò
- Acetato de medroxiprogesterona 10 mg/día o Progesterona micronizada 100 a 200 mg c/día del día 14 o 16 del ciclo por 10 días; por 3 a 6 meses.

Moderado: (regla > 8 días, ciclos frecuentes, HB de 10 a 12 g/dl)

-Manejo ambulatorio en pacientes estables sin importar si se trata de un episodio agudo o crónico.

- Si la paciente está inestable se ordenará la hospitalización vía consulta externa y se tratará como un sangrado severo. (Ver tx de sangrado severo hospitalizado)


-Medidas generales:

- Dieta con alimentos ricos en hierro.
- Sulfato ferroso 3-6 mg de hierro elemental /kg/día, fraccionada en 1-3 tomas diarias por 4 a 6 meses. Debe administrarse alejado de las comidas (1/2 hora antes o 2 horas después).
- Calendario menstrual. (fechas y duración de la regla)

-Opciones terapéuticas:

Episodio agudo con paciente estable:

- ACO- Etinilestradiol 30 µg + Levonorgestrel 0.15 mg c/8 horas por 4 días, luego c/12 horas por 3 días, luego 1 comprimido c/día hasta completar 21 días. Agregar antiemético.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 21 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

- Si hay contraindicación a estrógenos; indicar acetato de medroxiprogesterona 40 a 60 mg/día divididos en 4 a 6 tomas hasta detener el sangrado, luego descenso paulatino de dosis hasta completar 21 días. (ver tabla 4)

En ambos casos se dará seguimiento con terapia hormonal de mantenimiento (regulador) que involucra:

- Acetato de medroxiprogesterona 10 mg o Progesterona micronizada 100 a 200mg desde el día 14 o 16 del ciclo por 10 días, de 3 a 6 meses o anovulatorios monofásicos con 30ug de Etinilestradiol + cualquier progestina por 3 a 6 meses de forma cíclica o continua.
- Si tiene vida sexual activa optar por anticonceptivos orales monofásicos combinados con dosis de Etinilestradiol de 30 µg. por 3 a 6 meses.
- En pacientes con coagulopatías, indicar Levonorgestrel 0.15 mg + Etinilestradiol 30 µg V.O. cíclico o regímenes extendidos, asociado al tratamiento hematológico específico por al menos seis meses; o Ácido tranexámico 1300 mg oral (sin terapia hormonal) hasta tres veces al día del día 1 al 5 del ciclo según coordinación y consideración del hematólogo.

En pacientes estables con historia de sangrados menstruales crónicos se priorizará la realización de laboratorios y exámenes de gabinete para establecer una etiología antes de instaurar una terapia hormonal o tratamiento definitivo a largo plazo.

Grave o severo

Paciente con HB entre 8-10 g/dl y hemodinámicamente estable con posibilidad de seguimiento de cerca y compromiso de adherencia al tratamiento.


-Manejo ambulatorio.

-Medidas generales:

- Dieta con alimentos ricos en hierro.
- Sulfato ferroso 3-6 mg de hierro elemental /kg/día, fraccionada en 1-3 tomas diarias por 6 meses. Administrarse alejado de las comidas –media hora antes o dos horas después. Considerar hierro parenteral.
- Reforzar la importancia tener en un calendario menstrual. (anotar las fechas y duración de la regla) para el seguimiento.

-Opciones terapéuticas:

- Opción A: Etinilestradiol 30 µg + Levonorgestrel 0.15 mg c/6 horas por 3 días, si hay cese del sangrado bajar las dosis a c/8 horas por 4 días, luego

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 22 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

ambulatoriamente 1 comprimido c/12 h por 7 días y por último 1 comp. oral c/día hasta completar 21 días. Agregar antiemético.

- Opción B: Etinilestradiol 30 µg + Levonorgestrel 0.15 mg c/8 horas por 3 días y si hay cese del sangrado, bajar las dosis a c/12 horas por 4 días, y luego ambulatoriamente 1 comprimido hasta completar 21 días. Agregar antiemético.
- Opción C (contraindicación a estrógeno**): Acetato de medroxiprogesterona 40 a 60 mg/día divididos en 4 a 6 tomas hasta detener el sangrado y luego ambulatoriamente descenso paulatino de dosis hasta completar 21 días.

En todos estos casos requerirán una terapia de mantenimiento así:


- Anovulatorios monofásicos con 30ug de Etinilestradiol con cualquier progestina por al menos 6 meses en regímenes cíclicos o continuos según decisión del ginecólogo. En caso de contraindicación a los estrógenos se dará progestágenos cíclicos por 6 meses.

Paciente con HB < o igual a 8 g/dl o/y hemodinámicamente descompensada.

- Si el paciente está en la consulta, hospitalizar directamente a sala sin pasar por el cuarto de urgencias.

Las órdenes de hospitalización deben incluir:

- Reposo en cama con monitorización de signos vitales C/4 hrs.
- Transfusión de GRE.
- Antiemético intravenoso (ondasetrón, dimenhidrinato o similar).
- Terapia hormonal igual que el paciente con sangrado grave con terapia ambulatoria (descripción anterior):
 - En este caso la paciente requiere reevaluación por el ginecólogo a las 48 – 72 horas de su hospitalización, período en donde se espera cese del sangrado menstrual (respuesta positiva), en cuyo caso se disminuirá la dosis de manera paulatina tal como se señaló en las opciones terapéuticas antes descritas.
 - De no lograrse la disminución o cese del sangrado menstrual en 48- 72 horas deberán considerarse añadir terapia no hormonal como: ácido tranexámico, ácido aminocaproico, desmopresina o proteína recombinante de VW previa evaluación por el servicio de hematología.
 - Pacientes sin respuesta al tratamiento hormonal y agentes antifibrinolíticos, debe realizarse una evaluación adicional más a fondo que conlleva a replantearse el diagnóstico de trabajo y de ser necesario una evaluación bajo anestesia y/o vagino histeroscopia. El DyC es raramente usado en adolescentes.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 23 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

- Una vez egresada la paciente se dará referencia a la consulta externa del Hospital del Niño Unidad de Ginecología para su seguimiento así:
 - Si se dio terapia intrahospitalaria con ACO y la paciente egresó con una Hg <10 g/dl se darán ACO en régimen continuo por 3 meses; luego se reevaluará y si la HB > 10 g/dl se cambiará a regímenes cíclicos, de lo contrario se considerará mantener el régimen continuo hasta completar 6 meses de tratamiento.
 - Si se dio terapia intrahospitalaria con ACO y la paciente egresó con una HB >10 g/dl se darán ACO cíclicos hasta completar 6 meses de tratamiento.
 - Si se dio terapia intrahospitalaria con sólo progestágenos, se seguirán con progestágenos orales cíclicos por 6 meses. Esta opción de seguimiento también es válida en pacientes sin vida sexual activa o que no desean tomar anovulatorios.


Tabla 3

Pacientes en donde está contraindicado del uso de terapia con estrógenos *:

LES con anticuerpos antifosfolípidos positivos
 Enfermedad Tromboembólica
 Migraña con aura
 Tumores estrógeno dependientes
 Insuficiencia hepática.

Criterios de hospitalización.

1. Pacientes con SUA moderado con signos de inestabilidad hemodinámica.
2. Pacientes con SUA severo con HB entre 8-10 g/dl y hemodinámicamente estable, pero sin posibilidad de seguimiento de cerca o incapacidad para mantener una adherencia al tratamiento. (casos sociales)
3. Paciente con SUA severo y HB < o igual a 8 g/dl y/o hemodinámicamente descompensada.
4. Pacientes con SUA moderado y comorbilidades. Ejemplo: discrasias sanguíneas, anemia falciforme. (se evaluará c/caso individual).
5. Pacientes sin tolerancia oral al tratamiento hormonal ambulatorio.
6. Paciente con persistencia del sangrado menstrual después de 24 -48 h de inicio de la terapia hormonal oral ambulatoria.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 24 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

9. Control y seguimiento en consulta externa especializada del Hospital del Niño. Unidad de Ginecología.

SUA leve:

Primera evaluación: cita en < 1 mes en pacientes referidos de urgencia o red primaria de atención.

Objetivo: Evaluar necesidad de seguimiento en la consulta especializada del Hospital del Niño o en su defecto en la red primaria (Pediatría/Medicina general /Ginecología). Decisión basada en factores de riesgo. (Ej. Comorbilidades).

Control: c/4 a 6 meses con calendario menstrual y control de hemoglobina por el lapso máximo de 2 años.

SUA moderado:

Primera evaluación: cita en < 1 sem. en pacientes referidos del cuarto de urgencia. Segunda reevaluación en 1 a 3 meses en la consulta especializada del Hospital del Niño con calendario menstrual y control de hemoglobina.

Los intervalos de las citas subsiguientes dependerán de la etiología, gravedad del cuadro y respuesta al tratamiento.

SUA severo /grave:

Paciente con manejo ambulatorio:

Primera evaluación: cita en < 1 sem. en pacientes referidos del cuarto de urgencia candidatos a manejo ambulatorio.

Segunda reevaluación: cita < 1 mes con calendario menstrual y control de hemoglobina.

Los intervalos en las citas subsiguientes dependerán de la etiología, gravedad del cuadro, comorbilidades, terapia instaurada y respuesta la misma.


Pacientes que requirieron hospitalización:

Primera evaluación en la consulta será en < de 1 mes y luego c/3 meses hasta estabilizar e instaurar tratamiento a largo plazo según etiología.

10. Evolución y pronóstico

Generalmente el SUA leve se debe a la inmadurez hipotálamo hipófisis gonadal, la cual es fisiológica y por tanto su manejo es expectante con resolución al tercer año de edad ginecológica.

Las pacientes con SUA moderado y severo debido a inmadurez hipotálamo hipófisis gonadal tendrán la misma evolución que las pacientes con sangrado leve. Sin embargo, en estas pacientes hay que hacer una búsqueda exhaustiva de causas no fisiológicas, ya que si no se hace el diagnóstico adecuado puede conllevar a mayor posibilidad de recurrencias.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 25 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

11. Recomendaciones para el paciente/familia

- Calendario menstrual para seguimiento y captar signos de alarma (ver señales de alarma)
- Alimentación con aportes adecuados de hierro y calcio.
- Ejercicio físico regular.
- Importancia de las citas de control en el nivel primario de atención y en el Hospital del Niño con el ginecólogo.

12. Medidas preventivas y de control

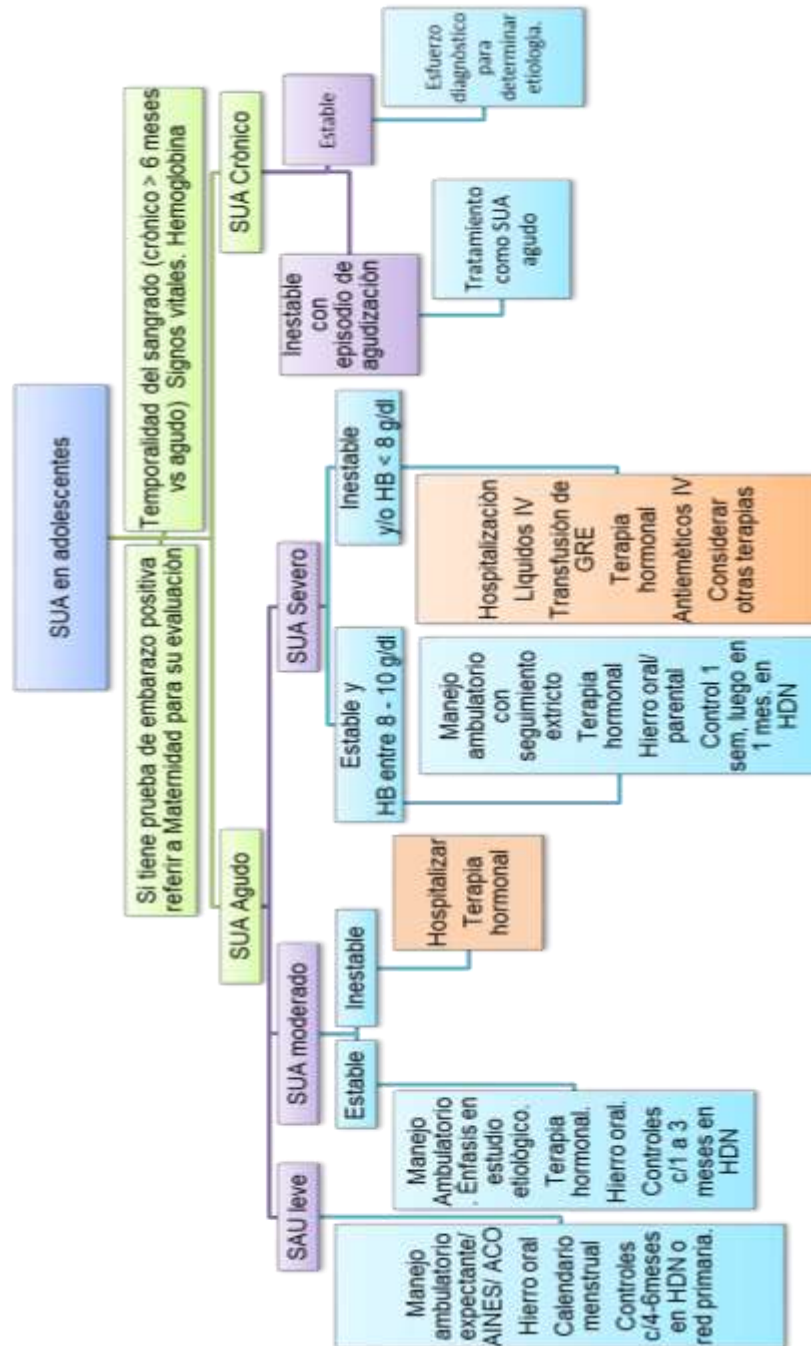
Orientar a pacientes y familiares sobre las señales de alarma, que los deben llevar a buscar atención médica.


- Paciente con menstruación abundante >10 días.
- Paciente con ciclos < de 15 días por más de tres períodos continuos.
- Paciente con palpitaciones, mareos, debilidad, desmayos asociados a menstruaciones abundantes.
- Paciente tiene sin menstruación por > 3 meses.

13. Algoritmo de abordaje



HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 26 de 52
Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°: 0	
Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 27 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

MASAS ANEXIALES EN ADOLESCENTES

1. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad

Según estudio realizado en el Hospital del Niño entre el 2004 y el 2008 con una muestra de 60 pacientes entre los 3 a 15 años de edad (promedio: 11.4 años): 12 pacientes pre púberes y 48 adolescentes, se encontró:

- El 88.3% (53 pacientes) correspondió a masas ováricas, las otras 7 pacientes presentaron diagnósticos diversos: torsión de trompa (3 pacientes), quiste paratubario (2 pacientes), una paciente con diagnóstico de salpinguitis aguda-crónica hemorrágica y un embarazo ectópico roto.
- El 81% de las lesiones ováricas fueron benignas (43 pacientes), y de éstas 54.7% quistes funcionales; la mayoría en pacientes adolescentes.
- La neoplasia benigna más frecuente fue el teratoma quístico maduro.

2. Nombre de la enfermedad.

Masas anexiales N83.20

3. Epidemiología:

Al ser la adolescencia temprana un tiempo de transición hormonal, la inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal se refleja a nivel ovárico en mayor prevalencia de quistes funcionales (fisiológicos).

Las neoplasias del ovario corresponden al 1 % de todos los tumores en niñas y adolescentes.


Los tumores de células germinales representan más de la mitad a dos tercios de las neoplasias ováricas en niñas y adolescentes.

La mayoría de las neoplasias son benignas, < 5 % de todas las malignidades de ovario ocurren a esta edad.

Su manejo inadecuado puede comprometer la fertilidad futura de la paciente.

4. Definición:

Las masas anexiales incluyen: masas del ovario, de la trompa o de los ligamentos. Estas pueden ser fisiológicas (generalmente quísticas), neoplasias (benignas o malignas) o remanentes embrionarios.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 28 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

5. Criterios Diagnósticos:

Evaluación clínica:

- Historia menstrual detallada, índice menstrual, presencia de dismenorrea. Vida sexual y uso de anticoncepción, sintomatología.
- Examen abdomino-pélvico para diagnóstico de abdomen agudo y palpación de masas pélvico-abdominales

Manifestaciones clínicas de las masas ováricas en adolescentes:

- Asintomáticos (hallazgo incidental)
- Irregularidades menstruales
- Síntomas compresivos (poliuria, constipación o sensación de pesadez pélvica), si son de gran tamaño.
- Dolor abdominal de diferente intensidad o inespecífico
- Abdomen agudo quirúrgico, asociado a náuseas y vómitos (torsión)
- Aumento del perímetro abdominal

Complicaciones de los quistes ováricos: hemorragia intraquística, ruptura y torsión ovárica o de todo el anexo.


La hemorragia intraquística/ ruptura de un quiste ovárico puede causar dolor abdominal agudo de leve a grave, pero generalmente requiere manejo conservador.

La torsión, produce dolor abdominal agudo y requiere manejo quirúrgico.

Estudios para clínicos:

- Hemograma completo y prueba de embarazo
- Ultrasonograma pélvico (primer abordaje)
- CT pélvico/ RMN Abdomen Pelvis para estiaje de neoplasias
- Marcadores tumorales en caso de neoplasias con sospecha de malignidad.

El ultrasonograma pélvico es usado de forma rutinaria para determinar el tamaño de la masa e identificar si es quística, con componente sólido, unilateral, bilateral, con sombra acústica, presencia o no de tabiques y papilas, asociada a líquido libre y su vascularidad (doppler- color). Esta información que se obtiene a través del ultrasonido, aunado a la edad de la paciente, las manifestaciones clínicas y la presencia de marcadores tumorales, es vital para establecer la probabilidad de malignidad de la masa y considerar un diagnóstico diferencial. (IOTA- International Ovarian Tumor Analysis Group).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 29 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

A *grosso modo*, los hallazgos que sugieren malignidad son: marcadores tumorales positivos, lesiones sólidas, masa de crecimiento rápido, ascitis, calcificaciones gruesas intralesionales, bilateralidad, tabiques intralesionales gruesos, más de 4 papilas, paredes gruesas e irregulares; el flujo sanguíneo de baja resistencia al doppler/color indica neo vascularización y también es un signo de malignidad.


Los marcadores tumorales de utilidad en adolescentes son:

- *Alpha*-feto proteína (AFP) es un antígeno oncofetal glicoprotéico. Es producido por tumores del seno endodérmico, tumores germinales mixtos y teratomas inmaduros
- Deshidrogenasa láctica (LDH) está elevada en los disgerminomas
- Gonadotrofina coriónica humana subunidad β (β -HCG) es producida por las células trofoblásticas, está elevada con el embarazo, molas hidatiformes, tumores del sitio placentario, coriocarcinomas no gestacionales y carcinomas embrionarios ováricos
- Antígeno carcinoembrionario (CEA) puede ser producido por tumores epiteliales y de células germinales
- Inhibina y sustancia antimülleriana, están elevadas en los tumores de la teca-granulosa
- Trombocitosis está asociada con malignidades ováricas en niñas y adolescentes. Por su fácil disponibilidad, el conteo plaquetario es de utilidad en la evaluación de emergencia por sospecha de torsión ovárica.

Los marcadores tumorales pueden ayudar al diagnóstico y seguimiento de la respuesta clínica al tratamiento (ejemplo: en casos de quimioterapia adyuvante), pero pueden no estar elevados en algunos casos de tumores borderline o malignidad.

6. Diagnóstico diferencial:

- Embarazo y sus complicaciones
- Dismenorrea
- Malformaciones mullerianas
- Apendicitis aguda o sus complicaciones (perforación, plastrón).
- Constipación.
- Infección urinaria.
- Litiasis renal.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 30 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

- Otros tumores abdominales: neuroblastomas, tumor de Wilms, rhabdomyosarcoma de piso pélvico, linfoma, leucemia y otros tumores ano genitales de la pelvis.

7. Tratamiento/ evolución y seguimiento.

El tratamiento de las masas anexiales está dado por la presencia o no de síntomas y la descripción ultrasonográfica de la masa.

Masas con criterios de benignidad por ultrasonido:

-Quiste folicular (quiste simple)


Quistes asintomáticos de < 6 cm requieren seguimientos ultrasonográficos (pélvico) mensual con o sin la administración de anovulatorios orales. Son encontrados de forma incidental y se resuelven espontáneamente en dos a ocho semanas.

-**Quistes simples, asintomáticos, entre 6-10 cm**, muchas veces regresan en forma espontánea, sin embargo, debe orientarse a la paciente a acudir al cuarto de urgencia en presencia de dolor y garantizarse una atención expedita. No hay guías claras para el tiempo en que los quistes funcionales deberían ser observados.

- **Quiste del cuerpo lúteo (quiste heterogéneo con ecos internos) < 6 cms** y paciente asintomática. Seguimiento con ultrasonido pélvico por un período de dos semanas a tres meses y la administración de anovulatorios orales; con lo cual se espera su resolución.

-**Quistes del cuerpo lúteo, entre 6 a 10 cm**, podrían manejarse con observación en pacientes asintomáticas, y en las que se garantice un seguimiento cercano, con orientación adecuada a la paciente y a su familiar sobre los signos de alarma. En este caso se evaluará cada caso en particular y se tomará en cuenta la accesibilidad expedita de la paciente a un centro de atención en salud y se conversará con la paciente sobre los posibles riesgos y beneficios.

-Quistes del cuerpo lúteo pueden sufrir sangrado intraquístico con ruptura intraperitoneal, pero, generalmente es auto limitado. Es suficiente una evaluación clínica y hematocrito seriado. Se puede presentar con mayor frecuencia en pacientes con defectos de la coagulación o que usan anticoagulantes en cuyos casos requiere monitoreo más cercano.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 31 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

-Si un **quiste ovárico persiste**, incrementa de tamaño o es mayor a 6 cm, o causa síntomas, entonces está indicada una quistectomía laparoscópica. Aún en quistes de gran tamaño se debe conservar la corteza ovárica sana.

-Neoplasias ováricas:

Cualquier masa que no se resuelve espontáneamente (> 3 meses) necesita mayor evaluación para determinar si es benigna o maligna. Un quiste simple persistente en el ovario es probable que sea un cistoadenoma mucinoso o seroso. Un quiste ovárico complejo es más probable que se trate de un tumor de células germinales y puede ser resecado mediante quistectomía laparoscópica/laparotomía preservando la mayor cantidad de tejido ovárico sano posible.

El tratamiento quirúrgico de las neoplasias ováricas está dirigido a la preservación de la función reproductiva. Si los marcadores tumorales son anormales y se sospecha malignidad, o hay una presunción diagnóstica de malignidad en cortes por congelación al momento del procedimiento quirúrgico, debe realizarse una estadificación adecuada, prevaleciendo la cirugía más conservadora que aplique según el caso.

Es preferible someter a la paciente a un segundo procedimiento después de la revisión de la pieza histológica y emitido el diagnóstico de patología definitivo, que someter a la paciente a una ablación ovárica innecesaria en casos de duda o no poderse realizar un corte por congelación intraoperatorio. Si la malignidad es confirmada, se debe hacer una correcta cirugía estadificadora tratando de preservar siempre la fertilidad futura.

-Toda masa ovárica con sospecha de torsión, es candidata a cirugía con independencia de su tamaño o características ultrasonográficas.

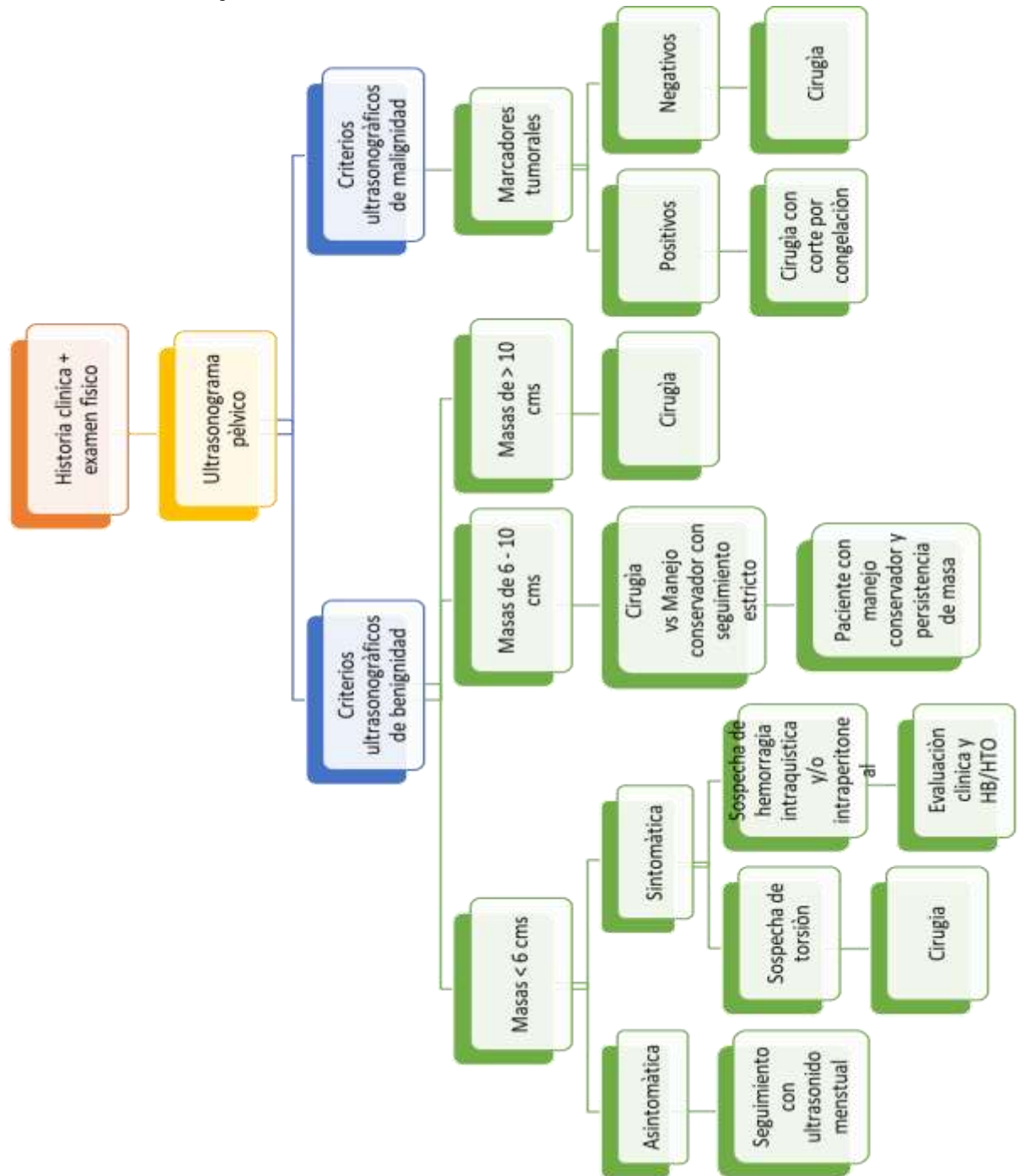
8. Recomendaciones y medidas de prevención para el paciente/familia


Si la paciente tiene diagnóstico de masa anexial y está en seguimiento, debe dársele indicaciones de acudir a urgencias en caso de dolor abdominal agudo y no demorar la consulta.



HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 32 de 52
Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

9. Algoritmo de abordaje



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 33 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

1. Justificación:

En la ley 27 del 16 de junio de 1995, Capítulo III, Unidades Especializadas para la Atención de Maltrato y Violencia Intrafamiliar, artículo 18, se establece lo siguiente: “Los médicos, paramédicos y el personal administrativo que laboran en las instituciones de salud mencionadas en el artículo anterior, deberán documentar, mediante formulario distribuido por el Ministerio de Salud, el historial médico, los hallazgos clínicos, el diagnóstico y la incapacidad provisional del paciente que declara haber sido víctima de violencia intrafamiliar o maltrato de menores”.

Por su naturaleza, los Delitos Contra la Libertad y la Integridad Sexual tienen consecuencias a corto, mediano y largo plazo. Por tanto, es de suma importancia la continuidad de la atención durante el proceso, de forma que se garantice un seguimiento por los profesionales involucrados de forma intra y extrahospitalaria.

2. Alcance:

Esta guía se ha elaborado para complementar el **Protocolo de Atención del niño, niña y adolescente del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel con Sospecha o Diagnóstico de Síndrome de Maltrato** que aborda la intervención en el cuarto de urgencia, salas de hospitalización y consulta externa y proporciona lineamientos para su referencia a fin de garantizar un seguimiento clínico estandarizado en la Unidad de Ginecología Infante Juvenil, de los pacientes atendidos con este diagnóstico en el Hospital del Niño.

3. Propósito:

Facilitar y orientar el seguimiento de los pacientes con sospecha de abuso sexual que son referidos por otros especialistas a nivel de la consulta externa, del cuarto de urgencias y salas de hospitalización.

4. Objetivo general:


Establecer procedimientos estandarizados en la atención integral de pacientes (niños, niñas y adolescentes) con sospecha de abuso sexual en la Unidad de Ginecología Infante Juvenil.

5. Objetivos específicos:

Establecer intervalos de seguimiento clínico y control de laboratorios.
Orientar sobre procedimiento para solicitud de aborto legal en pacientes candidatas.

6. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad

En un estudio realizado en el Hospital del Niño del 2009 - 2011 en 92 niños(as) del distrito de Panamá, el mayor número de casos de abuso sexual se encontró en la adolescencia intermedia 36 %, con una media de edad de 9.6 años, encontrando un factor de asociación de ocurrencia en el ámbito extrafamiliar en un 21 %; en donde el 79 % del agresor era conocido por las víctimas (7). Esto revela la necesidad de que las

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 34 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

comunidades cuenten con medidas de prevención del abuso sexual mediante intervenciones educativas.

Según estadísticas del Servicio de Trabajo Social del Hospital del Niño, en el año 2019 se reportaron 255 casos de pacientes con sospecha de diferentes tipos de maltrato; negligencia (64 %), físico (16 %) y sexual (19 %). 53 % correspondían al sexo femenino y el 46 % al masculino. A pesar de la capacitación del personal y el establecimiento de normas de atención, se piensa que hay un subregistro de casos.

7. Nombre de la enfermedad:

Abuso sexual T74.2 (CIE10).

8. Epidemiología:

Unos 120 millones de niñas de todo el mundo (algo más de 1 de cada 10) han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas y otras agresiones sexuales en algún momento de sus vidas. (UNICEF). A pesar de ello, no sale a la luz debido al sometimiento del niño y/ o al diagnóstico clínico difícil.

Cada 12 horas se comete un delito de abuso sexual contra un menor de edad en Panamá. (Contraloría General de la República 2013). Las zonas geográficas con más casos de abuso sexual infantil en Panamá son: Veraguas, Panamá, San Miguelito, Colón y Coclé; y los grupos más afectados se encuentran entre los 14-17 años (25.6%); y los de 9-13 años (15.5%). La mayoría de las víctimas viven con su madre y carecen de figura paterna. Hay un subregistro importante de casos.

Según el INEC, el número de casos que llegan a los tribunales representa apenas el 40% de los casos que reporta el Ministerio Público en nuestro país.

Las alteraciones derivadas del abuso sexual infantil pueden ser en el ámbito físico - psicológico - emocional.


9. Definición:

El abuso sexual se define como el empleo, persuasión, inducción, chantaje o coerción de cualquier niño o niña para que participe en, o ayude a cualquier otra persona a participar en cualquier conducta sexual explícita, o cualquier simulación de dicha conducta, para la estimulación de un adulto o de un menor que mantiene una posición de poder sobre el infante. En la vinculación se establece una posición de dominio, poder y control del adulto o de un menor significativamente mayor que la víctima (5 años), sobre el niño /adolescente.

El abuso sexual, puede ser dividido en dos formas según el contacto directo o no entre la víctima y el agresor:

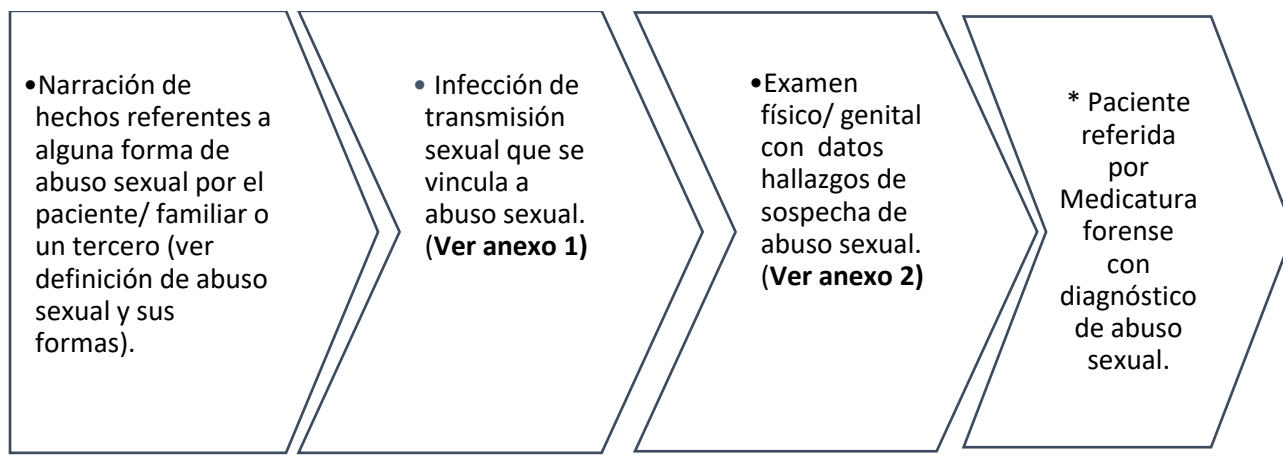
-Abuso sexual **sin contacto**. Involucra la exposición al niño/a a actos que no son comprendidos por ellos. Ejemplo: pornografía, exhibicionismo.

-Abuso sexual **con contacto**, que puede dividirse en dos categorías: El abuso sexual no penetrante que involucra manoseos o tocamientos y masturbación; y el abuso sexual penetrante que involucra, violación.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 35 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Por su naturaleza el abuso sexual con contacto, sobre todo el penetrante, involucra mayor riesgo de adquisición de infecciones de transmisión sexual y mayor complejidad forense en la recolección de muestras y evidencias.

10. Diagnóstico de sospecha de abuso sexual:



También hay indicadores psicológicos y físicos que pueden hacer sospechar que un niño (a)/ adolescente ha sido víctima de abuso sexual crónico que generalmente se presentan durante una consulta regular de control (ver anexo 1) - Consultar procedimiento en el **Protocolo de Atención del niños, niñas y adolescentes del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel con Sospecha o Diagnóstico de Síndrome de Maltrato.**

Protocolo de atención


Involucra la historia clínica - entrevista, el examen general (físico y mental), llenado del formulario de sospecha de maltrato al menor, laboratorios, profilaxis y referencias para su seguimiento. Consultar el Protocolo de Atención de los niños, niñas y adolescentes del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel con Sospecha o Diagnóstico de Síndrome de Maltrato.

Entrevista

La realiza el pediatra/ médico general que recibe al paciente.

Objetivo: Recopilar información general del paciente y la relativa al presunto episodio(s) de abuso sexual en las palabras textuales del narrador (paciente/ familiar o tercero).

Datos de importancia legal durante la entrevista: tiempo transcurrido del último episodio de abuso (< o > de 72 horas); si el abuso es único o reiterado; uso de condón por parte

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 36 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

del perpetrador (res) en caso de contacto físico, uso de sustancias ilegales, inicio previo de actividad sexual.

Objetivos:

- Descripción general y documentación del examen físico/mental que aporten al diagnóstico y su seguimiento clínico, sin descuidar su valor forense.
- Identificar criterios de hospitalización.
- Detectar condiciones relacionadas con infecciones de transmisión sexual y/o embarazo.

11. Criterios de hospitalización:

Trauma genital/anal severo que requiere evaluación por especialistas (Ginecología /Cirugía General).
Ejem: lesiones profundas, sangrado profuso...

Traumas físicos graves y/o intoxicaciones

Problemas emocionales severos (ideas suicidas, shock emocional).


El agresor convive con el paciente. (hospitalización como medida de protección)***

*** El Hospital brindará este servicio de custodia hasta que lo determine el Juzgado de Menores. (Ver Protocolo de Atención del niños, niñas y adolescentes del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel con Sospecha o Diagnóstico de Síndrome de Maltrato)

El resto de los pacientes pueden ser manejados ambulatoriamente, en caso de dudas consultar con especialistas.

Aspectos fundamentales del examen genital:

1. El examen físico completo debe preceder al examen genital y debe ser descriptivo, poniendo especial atención en las áreas de contacto con el perpetrador (mucosa oral, piel, región anal/genital). Debe realizarse en presencia de un testigo (familiar, otro profesional, auxiliar de enfermería, etc).
2. El examen genital Involucra la observación y descripción de: vulva en su conjunto, labios menores y mayores, introito vaginal, himen, uretra, ano y área para genital (entre los muslos).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 37 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	


3. No requiere instrumentación (especulo, vaginoscopio, etc.), salvo casos excepcionales, el cual será realizado por el ginecólogo.
4. Si hay hallazgos dudosos al examen genital consultar con ginecólogo de turno.
5. Pueden requerirse fotografías (previo consentimiento) o esquemas/dibujos de los hallazgos físicos/genitales, los cuales deben ser anexados al expediente clínico.
6. Evitar la fuerza para examinar al afectado. En el caso en que el menor se niegue o no coopere con el examen físico/genital, o está muy afectado mental o físicamente por las lesiones presentes se consultará con Ginecología/Cirugía/Urología según origen de la lesión para ser considerada la evaluación bajo sedación.
7. **Un examen físico/ genital normal no descarta la posibilidad de abuso sexual**, por tanto, el diagnóstico de abuso sexual no puede estar basado solamente en los hallazgos genitales. Muchas veces la historia clínica por si sola aporta elementos suficientes para llevar a cabo el reporte.

12. Denuncia – Documentación. Formulario de sospecha de maltrato al menor.

La hoja de denuncia de “maltrato al menor” debe ser llenada en su totalidad por el médico que recibe al paciente, registrando meticulosamente los datos generales (dirección, teléfono, parentesco...).

Registrar lo relevante en el examen físico/ psicológico y exámenes de laboratorio.

El llenado de la hoja de denuncia se basa en una “**sospecha**” y no necesariamente en un diagnóstico certero.


	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 38 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Actuación luego de la evaluación del paciente:

Narración de evento de sospecha de abuso sexual	Examen físico/ genital	Resultados de laboratorios sospechosos de ITS ***	Accionar
Sí	Normal/ hallazgos inespecíficos/ o de certeza	No	<ul style="list-style-type: none"> • Llenar formulario de maltrato al menor. • Toma de muestras (ver laboratorios) • Referir a las especialidades para seguimiento.
No	Hallazgos de sospecha de abuso sexual (anexo 2)	No	<ul style="list-style-type: none"> • Llenar formulario de maltrato al menor • Toma de muestras (ver laboratorios) • Referir a las especialidades para seguimiento.
No	Hallazgos inespecíficos (anexo 2)	ITS como diagnóstico de certeza.	<ul style="list-style-type: none"> • Llenar formulario de maltrato • Toma de muestras (ver laboratorios) • Referir a las especialidades para seguimiento.
No	Normal o con hallazgos inespecíficos	ITS asociado a posible o probable abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar con especialista
No	Hallazgos inespecíficos o "dudoso".	No	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar con especialista.

*** ITS: Infecciones de transmisión sexual.


Toda paciente referida por medicatura forense se llenará formulario de maltrato al menor, y se le brindará profilaxis si corresponde (ver profilaxis) y se referirá para seguimiento por especialistas (ver referencias).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 39 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

13. Laboratorios:

a. En el cuarto de urgencias:

Examen	Indicación	Insumo	Observaciones
Frotis GRAM	<p>-Pre púberes con flujo y/o lesiones sugestivas de ITS (úlceras, vesículas...) con independencia de la historia clínica.</p> <p>-Todas las adolescentes. En el abuso sexual con contacto, tomar muestras según lugar de contacto víctima- agresor.</p>	<p>Hisopo humedecido con SSN, portaobjeto.</p>	<p>Los Diplococos Gram negativos son hallazgos sospechosos de gonorrea, pero no diagnóstico y necesita ser confirmado por cultivo o PCR.</p>
PCR ITS o cultivo	<p>-Pre púberes con flujo y/o lesiones sugestivas de ITS con independencia de la historia clínica.</p> <p>Sospecha de gonorrea.</p> <p>-Todas las adolescentes. (Tomar muestras según lugar de contacto víctima-agresor)</p>	<p>Solicitar tubo en el laboratorio central para PCR.</p> <p>Medio de cultivo Thayer Martin o similar.</p>	<p>Realizar <u>preferiblemente</u> la siembra directa en el medio de cultivo y especificar "interés en gonococo".</p> <p>Sospecha de gonorrea en adolescentes: usar PCR; en pre púberes tomar PCR y cultivo de forma sincrónica.</p>
B- HCG cualitativa (prueba de embarazo)	<p>Realizar en toda paciente que menstrúe antes de dar la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE).</p>	<p>Tubo de serología</p>	<p>Prueba negativa: brindar AHE.</p> <p>Prueba positiva: notificar al ginecólogo de turno.</p>
<p>Pruebas serológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HIV - VDRL - IgM anti para Hepatitis C - Antígeno de superficie para Hepatitis B 	<p>-Toda adolescente y pre púber con contacto directo penetrante.</p> <p>-Sospecha de ITS.</p>	<p>Tubos de serología</p>	<p>Llenar formularios.</p> <p>La toma de muestra puede ser diferida y ambulatoria.</p>

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 40 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

14. Tratamiento

Involucra:

- 1) Lesiones corporales y/o genitales/ anales.
- 2) Tratamiento farmacológico/ Profilaxis.
- 3) Revisión del estado vacunal.

1) Tratamiento de lesiones corporales y/o genito/ anales.

Se requerirá evaluación por especialista de turno (Cirugía/Ginecología) y posiblemente ameritará tratamiento quirúrgico intrahospitalario.

Lesiones crónicas como condilomas, desgarros himeneales o anales antiguos serán referidos y manejados en consulta externa por el especialista correspondiente.

Otras lesiones corporales, ejemplo fracturas, consultar con el servicio de Ortopedia u otro según corresponda.

2) Tratamiento farmacológico:

En la paciente pre púber y adolescentes asintomáticas producto de abuso crónico se prescribirá tratamiento (no profilaxis) una vez sean evaluados en consulta externa con los resultados de los cultivos/ pruebas serológicas enviadas.


Profilaxis: Debe ser administrada de preferencia dentro de las primeras 72 horas del evento, de forma escalonada (mañana, medio día y tarde), prefiriendo las dosis únicas, o hasta 120 h. Se incluyen: antibióticos (esquema A o B), antirretrovirales y anticoncepción de emergencia en pacientes que menstrúan.

Antibióticos, indicaciones (profilaxis ITS):

Todo adolescente producto de evento agudo. (<72hrs)

En pacientes pre- púberes con evento de contacto agudo con penetración. Consultar con el ginecólogo, ya que **No se recomienda la profilaxis de ITS de rutina a pacientes pre púberes por la baja incidencia de ITS a esta edad.**

Esquema A (primera opción)	Esquema B (alternativo)
1. Ceftriaxona dosis única: 25-50 mg/kg IV o IM en pacientes < 45 kg (sin exceder 125 mg) ó 500 mg IM en pacientes de 45 a 150 kg 2. Azitromicina dosis única: 20 mg/kg ó 1 gramo V.O. 3. Metronidazol: 30mg/kg VO dosis única (pre púberes) ó 2 gramos VO dosis única ó 15 mg/kg/día VO c/12h por 7 días. (adolescentes)	1. Cefixime dosis única: 800 mg VO. 2. Doxiciclina 100 mg VO c/12 hrs por 7 días. Para mayores de 8 años. No se dará a embarazadas 3. Tinidazol 2 gramos VO dosis única ó Tinidazol 1 g oral c/día por 5 días (opción solo para púberes)

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 41 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Terapia antirretroviral (TARV) según edad del paciente; indicaciones:

- De rutina en la adolescente con historia de contacto sexual agudo.
- En pre púberes en situaciones especiales (ver situaciones de alto riesgo).

Niños(as) < 12 años	Niños(as) > 12 años y > 30 kg
Zidovudina (AZT suspensión 1ml=10mg)) 180 mg/ m2 de superficie corporal/dosis c/12 hs VO + Lamivudina (3TC suspensión 1ml=10mg) 4 mg/Kg/dosis c /12 hs VO +Lopinavir/ritonavir (suspensión 1ml=80mg/20mg o tabletas 100/ 25mg): niños <15 kg: 12 mg/kg/dosis VO c/12 hs; Niños >15 kg: 10 mg/kg/dosis VO c/12hs ó cambiar la presentación a tabletas de 100/25mg.	Tenofovir/Lamivudina/ Dolutegravir (tab 300/300/50) 1 tab VO cada día O Zidovudina/Lamivudina (tabletas300/150 mg) 1 tab VO c/12h + Raltegravir (tab 400 mg) 1 tab VO c/12h.
Dar TARV con el consentimiento del familiar y la aprobación del Servicio de Infectología. Debe indicarse preferiblemente dentro de las 72 h posteriores al evento por un total de 28 días de tratamiento.	


Situaciones de alto riesgo en pre púberes que deben considerarse para profilaxis de ITS/TARV:

- Hay lesión o ruptura de la piel en el área de contacto
- Abuso realizado por más de una persona.
- Perpetrador identificado que es VIH (+) conocido o se desconoce el estatus serológico (se considera potencialmente positivo).
- Perpetrador identificado que usa drogas intravenosas.
- Alta prevalencia de HIV en el sitio donde se dieron los hechos o de donde procede el abusador.

Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE):

Ofrecer a la paciente que ya menstrúa lo antes posible; antes de las 72 horas post evento, o hasta las 120 horas (5 días) posteriores, previo descarte de embarazo.

Si la prueba de embarazo es negativa se dará la anticoncepción de emergencia; de ser positiva no se dará la anticoncepción (sí, el resto de la terapia) y se notificará al

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 42 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

ginecólogo de turno para que su evaluación y seguimiento en la consulta externa de ginecología.

Esquemas de tratamiento:


Esquema de primera elección	Esquema opcional (Yuzpe)
Levonorgestrel 1.5 mg VO dosis única.	4 tabletas Microgynon (Levonorgestrel 0.15 mg con Etinilestradiol 0.03 mg) c/12h VO por un día. (Mayores efectos secundarios y menor eficacia anticonceptiva en comparación con AHE con Levonorgestrel)
Añadir un antiemético previo a la toma de AHE para disminuir las náuseas y/o vómitos.	

3) Revisar estado vacunal

Si en la tarjeta de vacunas, no aparece que el menor recibió el esquema completo contra hepatitis B, realizar receta para completar esquema de vacunación (en el nivel primario de atención). De no tener evidencia de dosis inicial, de preferencia se deberá colocar la primera dosis al momento del examen, y posteriormente se recomendarán dos dosis más (al mes de la dosis inicial y luego otra entre 3 a 6 meses después) en el nivel primario.

Verificar estado vacunal contra el Papiloma Humano.

Administrar vacuna antitetánica de acuerdo a los principios pediátricos tradicionales cuando las lesiones son recientes.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 43 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Referencias

1. Referencia a la consulta externa especializada del Hospital del Niño derivadas del cuarto de urgencias.

Especialidad	Tiempo para evaluación
Ginecología/Urología/ Cirugía según el sexo del paciente y el área en que se ubica la lesión o área de contacto. ***	Primera evaluación en casos de emergencia/ sospecha de ITS: < 72 h. Primera evaluación en casos de abuso crónico: 7 a 15 días.
Infectología (paciente TARV)	En 1.5 mes (al terminar tratamiento) con examen de HIV de control.
Salud mental	Consultar especialista de turno.
Trabajo social para orientación sobre el proceso legal.	El mismo día de la intervención inicial. Si es fin de semana, primer día laborable.
Autoridades judiciales competentes.	El mismo día de la intervención inicial para la puesta de la denuncia y la evaluación forense correspondiente (Anexo 4).

***Otras evaluaciones dependerán del caso.

Estas referencias aplican también para el seguimiento ambulatorio en los centros primarios de atención (a decisión del especialista).


2. Intervención en la Sala de Medicina - (interconsulta o referencia intrahospitalaria):

Si el médico pediatra sospecha o diagnostica algún abuso de naturaleza sexual deberá cumplir con el **protocolo de atención** (historia clínica - entrevista, el examen general (físico y mental), llenado del formulario de sospecha de maltrato al menor, laboratorios, profilaxis y referencias). Las referencias serán dirigidas a los funcionarios asignados a su Sala incluyendo al trabajador social y al psiquiatra de forma obligatoria; y al ginecólogo de turno.

En caso de que el paciente con sospecha de abuso sexual con contacto físico haya sido referido desde el Cuarto de Urgencia debe iniciarse el tratamiento profiláctico en la Sala. En caso de que se necesite evaluación intrahospitalaria por el médico forense debe tramitarse una carta dirigida al Juzgado de menores por conducto de la Dirección Médica.

3. Intervención en la Consulta Externa:

Si el médico especialista o sub-especialista sospecha o diagnostica algún tipo de abuso de naturaleza sexual, deberá completar el INFORME DE INVESTIGACIÓN POR

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 44 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO AL MENOR e informar inmediatamente al Trabajador Social para que inicie la evaluación social al menor y los familiares. Si cumple con criterios de hospitalización se referirá al **Cuarto de Urgencia** para completar la evaluación del médico pediatra, o podrá hospitalizar de forma directa a la **Sala de Medicina**.

Si no tiene criterios de hospitalización, deberá realizar las referencias a los especialistas que considere necesario (puede llamar al médico de turno, incluyendo al médico psiquiatra) quienes determinarán los intervalos de evaluación.

Evolución y pronóstico:

Las alteraciones psico-emocionales pueden presentarse a corto plazo hasta en un 80% de los casos, y a largo plazo hasta en un 30%, de manera que la referencia a Salud Mental y su seguimiento es de vital importancia.

El grado de alteración sufrida por un niño víctima de abuso sexual depende de ciertos factores como: tipo de abuso sexual, frecuencia y duración del mismo (agudo o crónico), intensidad de la violencia utilizada o no, la relación con el agresor (intrafamiliar- incesto o extrafamiliar), edad de la víctima y número de agresores.


El seguimiento con ginecología también es de suma importancia ya que tiene como objetivo pesquisar ITS; ya que la profilaxis involucra sólo las patologías con corto tiempo de latencia que susceptibles a ser prevenidas con antibióticos (sífilis, clamidias, gonorrea, Trichomonas). Otras ITS deben ser diagnosticadas y tratadas en el tiempo (durante el seguimiento), estas son: papiloma, herpes...

La eficacia de la anticoncepción de emergencia es del 85%, lo que también representa una responsabilidad, ya que en caso de presentarse una prueba de embarazo positiva durante el seguimiento la paciente puede ser candidata a solicitud de un aborto legal, siempre que tenga menos de 2 meses (8 semanas de embarazo). La elaboración del reporte de caso para esta consideración estará a cargo del ginecólogo y será dirigida al juez responsable del caso con copia a la Dirección del Hospital del Niño. (Código Penal Artículo 144). La noticia será respaldada por el Servicio de Salud Mental.

Recomendaciones, medidas preventivas y de control:

Orientar al familiar sobre las de señales de alarma que ameritan buscar la evaluación por el especialista que le da seguimiento o en su defecto buscar atención de urgencias según la naturaleza del síntoma.

1. Ideación suicida.
2. Lesiones genitales nuevas (vesículas, flujo genital, ardor vulvar ...)
3. Ausencia de menstruación.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 45 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Seguimientos y controles:

Este seguimiento involucra un manejo interdisciplinario del paciente.

El plan de control y seguimiento del paciente en situación de emergencia está protocolizado dentro de las intervenciones de la unidad de ginecología en la consulta externas con intervalos de 6 semanas, 3 meses, 6 meses y 1 año. Cada cita involucra la revisión de laboratorios específicos (ver protocolo de consulta externa).

Los intervalos de seguimiento en casos crónicos serán designados por el especialista según el caso.


En caso de solicitud de aborto legal, este será tramitado por el ginecólogo tratante (ver protocolo de abuso sexual en consulta externa).

El intervalo de seguimiento de Salud mental e Infectología serán definidos por los funcionarios tratantes.

ANEXOS

Anexo 1 Infecciones de transmisión sexual y su relación con abuso sexual:


ITS	Fuente de contagio	Asociación con abuso sexual	Acción
Gonorrea	Adquisición no perinatal	Diagnóstico de certeza	Llenar formulario de maltrato.
Sífilis	Adquisición no perinatal	Diagnóstico de certeza	Llenar formulario de maltrato.
Infección por VIH	Adquisición no perinatal ni transfusional.	Diagnóstico de certeza	Llenar formulario de maltrato
Clamidia tracomatis	Adquisición no perinatal (ptes < 3 años).	Diagnóstico de certeza	Llenar formulario de maltrato.
Herpes genital 1 o 2	El tipo de virus no descarta o aporta por si solo abuso sexual. Puede presentarse auto inoculación.	Diagnóstico probable	Llenar formulario de maltrato si se asocia a historia clínica compatible con abuso. Requiere evaluación especializada.
Condiloma acuminado	Presenta otros métodos de transmisión no sexual.	Diagnóstico probable	Llenar formulario de maltrato si se asocia a historia clínica compatible con abuso. Requiere evaluación médica.
Trichomonas vaginales	Aguas contaminadas, contacto genital (en ptes HIV)	Posible	Seguimiento médico.
Vaginosis bacteriana	Desequilibrio de flora vaginal	Incierto	Seguimiento médico.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 46 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Anexo 2

Hallazgos ano genitales durante el examen y su significado:


Hallazgos normales	Bandas peri uretrales, pliegues vaginales longitudinales, apéndices del himen o perianales, diastasis anal, aumento de la pigmentación perianal o de los labios menores, escotaduras superficiales en U en el borde posterior del himen.
Condiciones patológicas que pudiesen confundirse con abuso sexual. (diagnóstico diferencial)	Escoriaciones, hemangiomas vulvares, liquen escleroso y atrófico, enf. De Behcet, vulvovaginitis por estreptococo, prolapso de mucosa uretral o rectal, cuerpo extraño vaginal, eritema del vestíbulo o de la zona perianal, sinequia de labios menores, friabilidad de la horquilla, fisuras anales, aplanamiento de los pliegues perianales, dilatación anal < 2 cm en pte con estreñimiento crónico.
Hallazgos no específicos de abuso sexual (no hay consenso). Dudosos---consultar	Hendidura en U o en V profunda (>50%) en el borde posterior del himen, úlceras genitales o anales, marcada e inmediata dilatación anal > 2 cm. Herpes virus tipo I o tipo II o condilomas en área genital o anal de primera aparición en un niño mayor a 3 años.
Hallazgos asociados a abuso sexual	Laceración aguda del himen, equimosis himeneal, laceración perianal que se extiende al esfínter anal externo, desgarramiento himeneal completo, área de ausencia de tejido himeneal. Embarazo adolescente (sobre todo < 14 años), espermatozoides identificados en muestras tomadas directamente del cuerpo del niño que sufrió abuso. Gonorrea, sífilis, Chlamydia, HIV de adquisición no perinatal/ no transfusiones.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 47 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Anexo 3. Señales que deben alertar sobre posibilidad de abuso sexual: ***

<u>Indicadores psicológicos</u> sugestivos de abuso sexual en niños(as)/ adolescentes:	<u>Indicadores físicos</u> que sugieren que un niño(a)/adolescente ha sido víctima de abuso sexual:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aislamiento social. 2. Evitar llegar a casa. 3. Evade a una persona en especial o quiere estar a solas con esa persona en particular. 4. Mala auto-imagen, habla de sí mismo(a) en forma despectiva. 5. Baja autoestima. 6. Bajo rendimiento académico. 7. Ausentismo escolar. 8. Consumo de alcohol o drogas. 9. Hace todo lo que dicen los demás, falta de asertividad. 10. Actitud hostil y enojo por encima de lo normal. 11. Peleas y/o malas relaciones con compañeros(as) de clases, amigos(as) y/o hermanos(as). 12. Ansiedad y tensión. 13. Dificultad para confiar en otros. 14. Sentimiento de suciedad y necesidad de ducharse varias veces al día. 15. Fuga del hogar. 16. Participación en pornografía o prostitución. Promiscuidad. 17. Adolescentes mujeres que desean casarse jóvenes para salir de sus hogares o situaciones abusivas. 18. Comportamiento muy seductor u obsesivo en relación al sexo, en conversaciones, dibujos, televisión, bromas, películas. 19. Masturbación excesiva. 20. Tendencia a abusar sexualmente de parientes o amigos menores en edad. 21. Depresión, pensamientos o tentativas de suicidio. 22. Sentimientos de disociación, es decir, el o la adolescente tiene la sensación de que se está viendo a sí mismo (a) como en un sueño. 23. Temor a la homofobia en los adolescentes varones (miedo a ser considerados homosexuales, temor y odio hacia los homosexuales). 24. Retroceso en el lenguaje y/o conducta. 25. Alteraciones del sueño. 26. Trastornos de conducta alimentaria. 27. Aumento general de trastornos somáticos tales como: dolores abdominales, de cabeza recurrente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infecciones urinarias recurrentes. 2. Infecciones de transmisión sexual. 3. Ropa interior inexplicablemente manchada o rota. 4. Con problemas de higiene o arreglo personal, usa algunas veces doble ropa interior. 5. Sangrados alrededor de la boca, el ano o la vagina (también fisuras). 6. Dolor en el área de la vagina, el pene o el ano. 7. Enuresis/ encopresis. 8. Brotes o rasguños inexplicables. 9. Picazón anormal en área genital. 10. Olor extraño en el área genital. 11. Hallazgo de objetos pequeños en el ano o la vagina del menor. 12. Embarazo en adolescencia temprana sin paternidad conocida. 13. Dificultad para caminar o sentarse. 14. Comerse las uñas, los dedos, los labios, hasta romperlos, infectarlos o hacerlos sangrar.

***Estos indicadores pasan a ser señales de alerta cuando son persistentes en el tiempo o se presentan dos o más.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 48 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

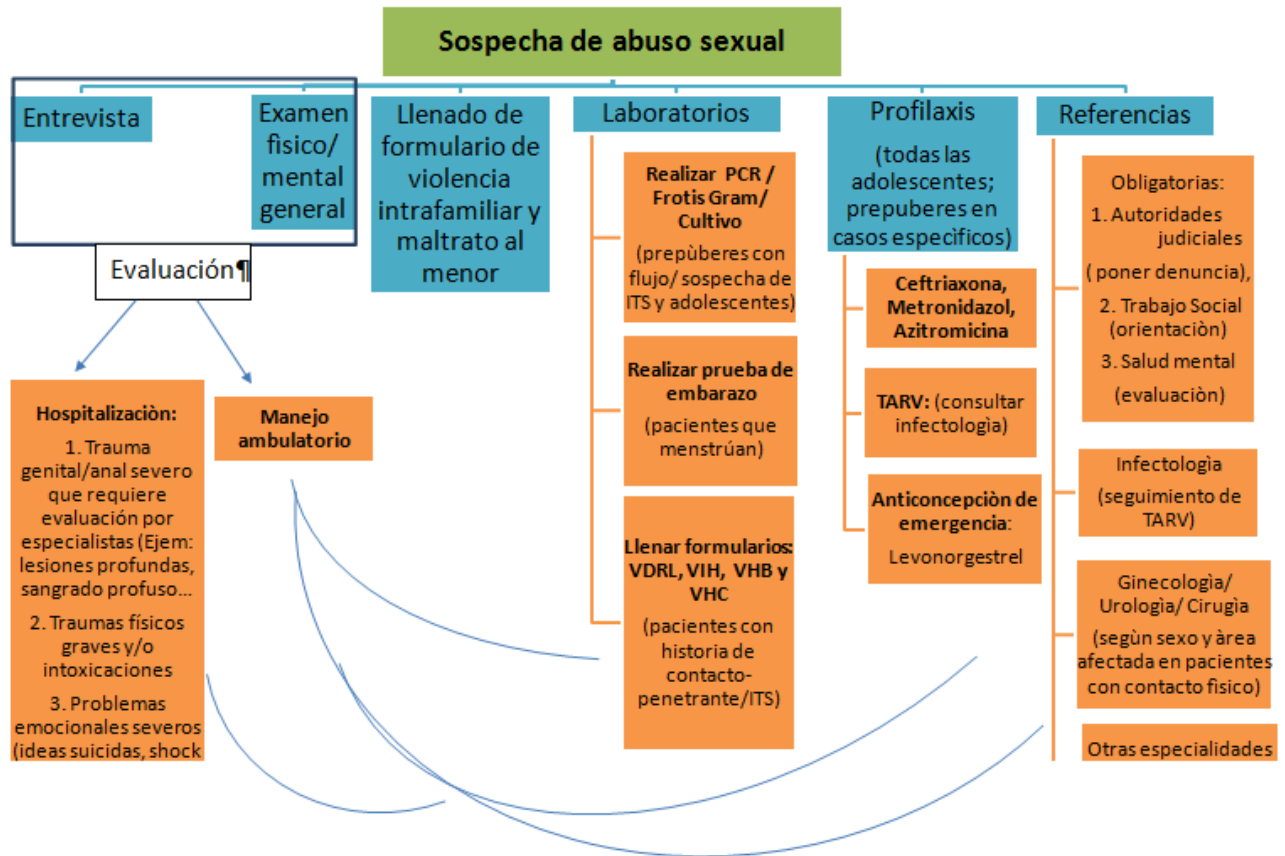
Anexo 4


Dónde colocar la denuncia.

- En la Agencia delegada de la Fiscalía Auxiliar más cercana a su comunidad. En horario diurno 8:00 a.m. a 12:00 md. Y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m.
- Fiscalía Primera de Circuito del Primer Circuito Judicial de Panamá. Teléfono 507- 2989.
- Fiscalía Sexta de Circuito del Primer Circuito Judicial de Panamá. Teléfono 507- 3144 / 507-3145.
- División de Delitos Contra la Libertad e Integridad Sexual. Teléfono 512-2232. Centro de Recepción de Denuncias del Ministerio Público ubicado en el corregimiento de Ancón, ciudad de Panamá. En la Dirección de Investigación Judicial en todo el territorio nacional. La Dirección de Investigación Judicial (DIJ) cuenta con una Sección Especializada en delitos de Explotación Sexual, donde se reciben las denuncias y se investigan a los posibles explotadores. Fiscalías de Ministerio Público en todos los Distritos judiciales del País encargados de investigar delitos contra la libertad e integridad sexual y tráfico de personas.



HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 49 de 52
Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 50 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Bibliografía:

Vulvovaginitis.


1. T. Stricker, F Navratil, F H Sennhauser. Vulvovaginitis en prepuberal girls. Arch Dis Child 2003; 88: 324 – 326.
2. B Sharna. Management of vulvovaginitis and vaginal discharge in prepubertal girls. Reviews in Gynecological Practice (2004) 111-120.
3. Monohara Joishy, Chetan Sandeep Ashtekar, Arpana Jain, Gonsalves Rohini. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? BMJ 2005; Jan 22. (330).
4. Metella Dei, Di Maggio Floriana, Di Paolo Gilda, Bruni Vincenzina. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2010. Vol 24, issue 2. Pages 129-137.
5. Hayes L, Creighton SM. Prepubertal vaginal discharge. The Obstetrician and Gynaecologist 2007; 9: 159- 163.

Adherencia de labios menores

6. De Luna, Gloria Orejón Adherencias de labios menores en niñas prepuberales asintomáticas: tratar o no tratar. Evid Pediatr. 2009; 5: 70.
7. Egemen Eroglu, Marcus Yip; Tayfun Oktar, Sinan Mahir Kayiran; Hilal Mocan. How Should We Treat Prepubertal Labial Adhesions? Retrospective. Comparison of Topical Treatments: Estrogen Only, Betamethasone Only, and Combination Estrogen and Betamethasone. J Pediatr Adolesc Gynecol 24 (2011) 389-391.
8. Michala, Lina and Creighton, Sarah M. Review Fused labia: a paediatric approach. Obstetrician & Gynecologist 2009;11: 261–264.
9. Hatim, A Omar. Management of labial adhesions in prepubertal girls. Journal of Paediatric and Adolescent Gynecology 2013(4):13; 183-185.
10. Hjerrild Velander, Marie; Bisgaard Mikkelsen, Dorthe y Bygum, Anette Labial Agglutination in a Prepubertal Girl: Effect of Topical Oestrogen. Acta Derm Venereol 2009. Pàg 198-199.
11. Bacon, Janice; Romano, Mary; Quint, Elisabeth H. Clinical Recommendation: Labial Adhesions. NASPAG. Clinical Recommendation. J. Pediatr. Adolesc Gynecol 28 (2015) 408- 409.
12. Barbosa Ardilaa, Samuel D.; Tristancho Barób, Alexander I. y Suescún Vargas. José M. Sinequia vulvar: revisión de literatura. Labial adhesions: review of the literatura. Arch Argent Pediatr 2017;115(6):597-607.

Sangrado uterino anormal

13. Committee on Gynecologic Practice. Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. ACOG. No. 557. April 2013.
14. LaCour D, Long D, Perlman S. Dysfunctional uterine bleeding in adolescent females associated with endocrine causes and medical conditions. J Pediatr. Adolesc. Gynecol. 23:62-70. 2010.
15. Munro M, Critchley H, Broder M, Fraser I. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 113: 3-13. 2011.
16. Susan H. Menstrual disorders. Pediatr. Rev. 34; 6: 6-18. 2013.
17. Munro. FIGO System for abnormal uterine bleedings. Am. J Obstet Gynecol 2012.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 51 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	


18. De Silva, Nirupama. Abnormal uterine bleeding in adolescents: Evaluation and approach to diagnosis. www. Uptodate.com. Consultado: abril 2018.
19. Boswell, Hillary Brooke. The Adolescent with Menorrhagia: Why, Who and How to Evaluate for a Bleeding Disorder. J Pediatr Adolesc Gynecol: 24 (2011); 228- 230
20. Malclom G. Munro y col. La clasificación FIGO de causas de sangrado uterino anormal en los años reproductivos. Rev. De climaterio 2011.
21. Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. JOGC. Vol 35. N. 5 Supl. 1. MAY 2013.

Masas anexiales

22. Muto M. Approach to the patient with and adnexal mass. Uptodate. Literature review current through: Jan 2020. This topic last updated Feb 06, 2020
23. Laufer MR. Ovarian cysts and neoplasms in infants, children, and adolescents. Uptodate. Literature review current through: Jan 2020. This topic last updated: Oct 09, 2019
24. Dolgin SE. Ovarian masses in the newborn. Semin Pediatr Surg. 2000. Aug; 9(3):121-7
25. Abraham C. Management of Adnexal Cysts Detected in the Antenatal Period: Review. J Pediatr Neonatal Care 2014, 1(2): 00010
26. Schenken R. Adnexal Masses in Adolescents - Pearls of Excellence. Clin Obstet Gynecol. 2015 Mar; 58(1):76-92
27. Appelbaum H, Abraham C, Choi-Rosen J, Ackerman M. Key clinical predictors in the early diagnosis of adnexal torsion in children. J Pediatr Adolesc Gynecol 26 (2013) 167-170.
28. Huerta I. Criterios sonográficos de evaluación de malignidad del tumor de ovario - Metodología IOTA (International Ovarian Tumor Analysis Group) Ultrasound-based rules to assess ovarian tumor malignancy - IOTA (International Ovarian Tumor Analysis Group) approach. Rev. Peru Ginecol Obstet 2019;65(3):313.
29. Castro, Margarita. Masas anexiales en niños y adolescentes. Hospital del Niño de Panamá. 2008-2008. Congreso ALOGIA 2011. Primer premio de contribución nacional.

Abuso Sexual

30. Algar, O. García; Sierra, A. Mur. Abuso sexual en la infancia: Prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Anales Españoles de Pediatría 2001: 54,3.
31. Emans S J H, Laufer M R, Goldsten D P. Ginecología en Pediatría y la Adolescente. Cuarta edición. Mc Graw-Hill Interamericana Editores; 2000.
32. Ficha para la atención de niñas/os y adolescentes en situación de abuso sexual infantil (ASI) y/o violación. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto – Juvenil. Revisión 2007.
33. Abuso sexual infantil. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, Ascune Hrnos. 2007.
34. Leder, Mary Ranee; Emans, S. Jean; Hafler, Janet Palmer; Rappaport, Leonard Alan. Addressing Sexual Abuse in the Primary Care Setting. Pediatrics 1999: 104; 2.
35. Ludwig, Stephen. Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica. Arch. Pediatr Urug 2001; 72(s):45-54.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 52 de 52
	Título: Protocolos de Ginecología	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

36. Sexually Transmitted Diseases in Adolescents and Children. Red - Book 26th Edition. 2003. Repot of the Committee and Infectious diseases.
37. Revista de Pediatría. Características epidemiológicas, consecuencias físicas y emocionales a corto y largo plazo en niños de 4 a 15 años con Sospecha de Abuso Sexual. Hospital del Niño. Panamá 2009 al 2011. Dr. Carlos Ríos; Dra. Margarita Castro; Dra. Vanessa Vernaza; Dra. Evelyn Castillo; Dra. Graciela Agamez.
38. Adams. Joyce et all. Mini review. Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have been sexually abused. J Pediatr Adolesc Gynecol 2016.
39. Adams, Joyce et all. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. J Pediatr Adolesc Gynecol (2018)
40. Muram, David et all. The Medical Evaluation of Sexually Abused Children. J Pediatr Adolesc Gynecol (2003) 16:5-14.
41. Bechtel, Kristen. Uptodate. 2018. Evaluation of sexual abuse in children and adolescents.
42. Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care. Clinical Report—The Evaluation of Sexual Behaviors in Children. PEDIATRICS. September 2009: 124, 3.
43. Claramunt, María Cecilia. Organización Panamericana de la Salud Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Abuso sexual en mujeres adolescentes. San José, Costa Rica. Agosto 2000.
44. Kaufman, Miriam and the Committee on Adolescence. Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care. Care of the Adolescent Sexual Assault Victim. PEDIATRICS August (2008): 122, 2.
45. Delamonica E, Crotti E, Sottoli. Síndrome de Maltrato Infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. Desafíos. Número 9, Págs. 5 – 10. Julio 2009.
46. Echeburúa E, Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. Cuad. Med. Forense, 12(43-44).
47. St. Cyr S, Barbee L, Workowski KA, et al. Update to CDC's Treatment Guidelines for Gonococcal Infection, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69: 1911–1916. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6950a6>