

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUB DIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"GUIAS DE MANEJO
DE
GINECOLOGÍA"**

MARZO - 2010

Presentación



El ***Instituto Salvadoreño del Seguro Social*** ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su Misión para brindar de manera integral atención a la salud.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la División Técnica Normativa, dependencia que a través del Departamento de Normalización y Estandarización es la responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales de la prevención secundaria y terciaria en salud.

En este sentido, las **"GUÍAS DE MANEJO DE GINECOLOGÍA"** serán los documentos normativos que tendrán como objetivo, guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones sobre qué intervenciones son las más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención que tengan esta especialidad en su portafolio de servicios, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio, según acuerdo D.G. No. 2009-01-0011.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.


Dr. Oscar Abraham Kattán Milla
Director General del ISSS.



El conocimiento científico es un recurso que se encuentra -como la realidad misma- en permanente movimiento: crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo y en definitiva, cambia y configura, en toda su dimensión, la Lex Artis escrita; cuya aplicación robustece Nuestro juicio técnico y se materializa en la realidad en el ejercicio de medios que trae implícito el proceso de prestación de los servicios de salud. En este sentido, los documentos regulatorios elaborados por la División Técnica Normativa a través de sus dependencias, buscan elaborar un escrito de valor práctico, por medio del concurso de los profesionales directa e indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándares que permitan proveer a los derechohabientes de una atención de calidad más o menos homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales que laboran en Nuestra Institución.

El proceso de elaboración de estos documentos, implica revisiones bibliográficas exhaustivas en fuentes no sólo actualizadas, sino validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, matizadas con la disponibilidad de recursos institucionales teniendo como prioridad, la vida y la salud de los derechohabientes.

Probado está que las Ciencias de la Salud, distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo es cuando menos otro ser humano, cuya vida y salud, le confieren una identidad propia que trae implícito el hecho de que no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades sino que personas. Es por eso que bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales y siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicar todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de Nuestros derechohabientes, todos los medios materiales de que dispone la Institución, así como, todos los medios académicos y laborales de que disponemos los individuos que prestamos la atención directa, quienes formamos parte de una larga cadena de actores que continuamente estamos

generando productos intermedios que abonan al producto final que nos inspira: la vida y la salud de los derechohabientes.

En coherencia con todo lo anterior, debemos estar conscientes de que no hay escrito que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir y un caso particular como lo son todos y cada uno, siempre nos puede presentar necesidades que exijan de nosotros el actuar de forma coherente con Nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud, entendiendo y aceptando siempre la imperiosa necesidad y responsabilidad de justificar por todos los medios formales, una conducta que por ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es, en esencia, el objeto de todo documento regulatorio.

Es menester aclarar que ante el inexorable paso del tiempo, que trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología, la regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea probada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucionales, pero mientras eso ocurre y, por lo tanto, todos los profesionales de la salud estamos en la obligación y el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que Nuestro criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por Nuestra Institución.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



"GUIAS DE MANEJO DE GINECOLOGÍA"

MARZO - 2010

COMITÉ NORMATIVO

JEFE DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA	DR. SIMÓN BALTAZAR AGREDA
JEFE DEPARTAMENTO NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	DR. GUILLERMO JOSÉ VALDÉS FLORES
COLABORADOR TÉCNICO MÉDICO NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	DR. ROBERTO AGUILA CERÓN

LISTADO DE PROFESIONALES
QUE VALIDARON LAS PRESENTES GUÍAS DE MANEJO

NOMBRE	PROCEDENCIA
DR. EDUARDO CÓRDOVA	HOSPITAL 1° DE MAYO
DR. EDWARD HERRERA	HOSPITAL 1° DE MAYO
DRA. GEORGINA SANTAMARÍA	PREVENCIÓN EN SALUD
DR. JOSÉ BONET MIRÓ	HOSPITAL AMATEPEC
DRA. MERCEDES DE AGUILAR	HOSPITAL AMATEPEC
DR. MIGUEL BOTTO	HOSPITAL SANTA ANA
DR. MIGUEL MARTÍNEZ	HOSPITAL SOSNSONATE
DRA. REBECA GUANDIQUE	HOSPITAL SAN MIGUEL
DRA. GUDELIA HERNÁNDEZ LAZO	HOSPITAL 1° DE MAYO
DRA. BEATRIZ DE VILLALTA	HOSPITAL SONSONATE
DRA. EVELYN FÁTIMA CHÁVEZ	UM SAN JACINTO
DR. JAIME ÁLVAREZ	UM 15 DE SEPTIEMBRE
DRA. GLADYS DE FLAMENCO	UM ATLCATL
DR. RICARDO FIGUEROA LARA	UM ILOPANGO

NOMBRE	PROCEDENCIA
DRA. LIDIA CORDERO DE MUNGUÍA	UM SANTA TECLA
DR. CARLOS EDUARDO MERCADO	UM LA LIBERTAD
DRA. SILVIA LORENA DE SERRANO	UM CHALATENANGO
DR. ANDRÉS CARTAGENA	UM METAPÁN
DRA. LORENA M. FRANCIA	UM LA UNIÓN
DRA. LUZ DE MARÍA GONZÁLEZ	UM SAN MIGUEL
DR. HERBERT FRANCISCO MURCIA	UM AGUILARES
DR. JOSÉ RODRÍGUEZ	UM ZACATECOLUCA
DR. MACEDONIO LANDAVERDE	UM COJUTEPEQUE
DR. ALEXIS CARDONA	UM SENSUNTEPEQUE
DRA. BERTA LUZ CASTRO	UM CHALCHUAPA
DR. RODOLFO HERNÁNDEZ	UM ATEOS
DRA. NANCY MARJORIE ALONZO	UM PUERTO EL TRIUNFO
DRA. CECILIA PEÑA	CC OLOCUILTA
DRA. ELBA DE HERRERA	CC LAS VICTORIAS
DR. RICARDO QUINTANA	CC CIUDAD DELGADO
DR. JOSÉ GUILLERMO ZALDAÑA	CC COSTA RICA
DRA. ANA TERESA GUERRERO	CC MIRAMONTE

NOMBRE	PROCEDENCIA
DRA. SONIA ORELLANA	CC CIUDAD MERLIOT
DRA. LORENA DE RODRÍGUEZ	CC EL CALVARIO
DR. IRVING EDUARDO AGUILAR	CC MONTE MARÍA
DR. JAIME ALVARENGA YAN	HOSPITAL SANTA ANA
DR. CARLOS MORALES	UM APOPA
DR. VÍCTOR ALAS ROSALES	UM SAN VICENTE
DRA. CLAUDIA CHAMORRO	UM QUEZALTEPEQUE
DR. ROLANDO ROMERO	UM NEJAPA
DR. MIGUEL ANGEL VALDEZ	UM AHUACHAPÁN
DR. CARLOS ZEPEDA FUENTES	UM USULUTÁN
DRA SILVIA MORENO	CC SANTA LUCÍA
DR. JOSÉ MANUEL GUEVARA	CC SAN MARCOS
DRA. ROSA ISELA ACOSTA	CC SAN ANTONIO ABAD
DR. LEO ROMAH ESTRADA	CC GUADALUPE
DRA. MARGARITA HERRERA	CC PANAMERICANA

Contenido

INTRODUCCIÓN:	- 1 -
OBJETIVO GENERAL:	- 1 -
CAMPO DE APLICACIÓN:	- 1 -
SÍNDROME ABORTO	- 2 -
ABORTO RECURRENTE.....	- 11 -
ENDOMETRIOSIS	- 17 -
HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL	- 27 -
MASA OVÁRICA	- 37 -
OVARIOS POLIQUÍSTICOS	- 48 -
PATOLOGÍA BENIGNA DE LA MAMA	- 54 -
INCONTINENCIA URINARIA	- 71 -
PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS	- 87 -
FIBROMATOSIS UTERINA.....	- 94 -
ADENOMIOSIS	- 102 -
PÓLIPO ENDOMETRIAL	- 105 -
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	- 109 -
AMENORREA	- 115 -
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA AGUDA (EPIA)	- 125 -
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE CURSAN CON DESCARGA	- 131 -
GONORREA	- 131 -
VAGINOSIS BACTERIANA.....	- 133 -
INFECCIÓN POR CLAMIDIA	- 135 -
TRICOMONIASIS.....	- 137 -
CANDIDIASIS	- 139 -
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE CURSAN CON ÚLCERA.....	- 141 -
SÍFILIS.....	- 141 -
CHANCROIDE	- 146 -
LINFOGRANULOMA VENÉREO	- 149 -
HERPES GENITAL.....	- 152 -

OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	155 -
CONDILOMA ACUMINADO	155 -
MOLUSCO CONTAGIOSO	158 -
PEDICULOSIS PUBICA	160 -
ESCABIOSIS	162 -
DISPOSICIONES FINALES:	164 -
VIGENCIA:	164 -
ANEXOS	165 -
ANEXO 1: SISTEMA DE PUNTAJE FERRIMAN GALLWEY PARA HIRSUTISMO.....	165 -
ANEXO 2: DIARIO MICCIONAL.....	166 -
ANEXO 3: EXPLORACIÓN DE FUERZA MUSCULAR DEL PISO PÉLVICO	167 -
ANEXO 4: ESTADIOS DE TANNER	168 -
ANEXO 5: EJERCICIOS DE KEGEL	169 -

INTRODUCCIÓN:

El aprendizaje continuo se ha vuelto una herramienta de suma relevancia en la búsqueda de mejorar la práctica médica. Asimismo, la salud de las mujeres siempre ha sido un eje importante en las políticas de salud de las instituciones dedicadas a prestar dichos servicios. En ese contexto, la División Técnica Normativa, a través del Departamento de Normalización y Estandarización, ha tenido a bien facilitar y autorizar la elaboración del presente documento normativo, las **"Guías de Manejo de Ginecología"**, en el cual participaron varios especialistas en el proceso de elaboración y de validación; esperando que se convierta en una herramienta de suma utilidad tanto en la práctica clínica de la especialidad como en la enseñanza de la misma.

OBJETIVO GENERAL:

Regular la atención clínica de las patologías ginecológicas más frecuentes, a través de la estandarización en guías de manejo.

CAMPO DE APLICACIÓN:

El documento "Guías de Manejo de Ginecología" es de observancia general y sus disposiciones son obligatorias para los Centros de Atención en Salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

SÍNDROME ABORTO

CIE 10 O-02.1 O-03

ELABORADO POR:

DRA. ANA CECILIA PATIÑO RUIZ, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL 1º DE MAYO

DR. MANUEL ULISES MEJÍA PÉREZ, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL AMATEPEC

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR DEL PROGRAMA ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Toda interrupción del embarazo, de forma espontánea o provocada, antes de las 20 semanas de gestación o con un peso fetal menor de 500 gramos.

ETIOLOGÍA

- I. Desarrollo anormal del cigoto (50%).
- II. Factores maternos: infecciones, enfermedades crónicas, alteraciones endócrinas, factores nutricionales, alcohol, tabaco, factores inmunológicos, anomalías de los órganos reproductores, trauma quirúrgico, físico o psíquico.
- III. Factores Paternos.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Se estima que el 15% de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo. El aborto es el responsable del 10 al 13% de mortalidad materna a nivel mundial.

En El Salvador, la incidencia de aborto es del 5.3% (Encuesta Nacional de Salud Familiar – FESAL – 2008). En el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) la incidencia de aborto para el 2008 fue de 8.4%.

CLASIFICACIÓN

- I. Amenaza de aborto.
- II. Aborto inminente.

- III. Aborto inevitable.
- IV. Aborto incompleto.
- V. Aborto completo.
- VI. Aborto séptico.
- VII. Aborto retenido o fallido.
- VIII. Aborto habitual o recurrente.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

I. AMENAZA DE ABORTO.

Presencia de hemorragia uterina (generalmente ligera o discreta) y dolor lumbopélvico de leve intensidad. Los síntomas del embarazo persisten.

De las mujeres que sangran al principio del embarazo aproximadamente la mitad abortan, la hemorragia frecuentemente es ligera, aunque puede persistir durante días e incluso durante semanas. La ecografía demuestra presencia de gestación (saco regular o embrión viable).

II. ABORTO INMINENTE.

Aumento en la intensidad de la hemorragia uterina y del dolor lumbopélvico más presencia de dilatación cervical.

III. ABORTO INEVITABLE. (En curso)

Variedad que hace imposible la continuidad de la gestación asociado a dilatación cervical y ruptura de membranas.

IV. ABORTO INCOMPLETO.

Expulsión parcial de los productos de la concepción. El sangrado puede ser de moderado a severo y la paciente puede presentar alteraciones hemodinámicas y dolor lumbopélvico que disminuye posterior a la expulsión. A la exploración, el útero es doloroso y su tamaño puede ser menor al de la edad gestacional.

el cuello está entreabierto y en ocasiones se encuentran restos ovulares en vagina o canal endocervical. La ecografía muestra la existencia de imágenes que pueden corresponder a restos ovulares en cavidad uterina.

V. ABORTO COMPLETO.

Cuando la expulsión de los productos de la concepción ha sido total (completa). Desaparece la hemorragia y el dolor. La ecografía demuestra una cavidad uterina sin evidencia de embarazo.

VI. ABORTO SÉPTICO.

Es el aborto al que se le agrega una infección intrauterina y puede cursar con fiebre de 38° C ó más (descartando otras patologías sistémicas) y/o presencia de restos ovulares fétidos. Generalmente está asociado a maniobras abortivas, infecciones vaginales severas y, en ocasiones, secundario a la presencia de un cerclaje.

VII. ABORTO RETENIDO O FALLIDO.

Los productos de la concepción son retenidos posterior a la pérdida de la vitalidad.

Generalmente existe el antecedente de amenaza de aborto a repetición y crecimiento uterino menor en relación con la edad gestacional.

Pueden desaparecer los síntomas subjetivos de embarazo (aunque puede persistir la amenorrea). En el seguimiento ultrasonográfico se encuentra ausencia de latidos cardíacos, signos de actividad embrionaria o ausencia de embrión (saco anembriónico), los contornos del saco embrionario pueden encontrarse irregulares y sus diámetros pueden no corresponder a la edad gestacional.

VIII. ABORTO HABITUAL.

Pérdida repetida y espontánea del embarazo en tres o más ocasiones consecutivas antes de las 20 semanas de gestación.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- I. Prueba de embarazo en orina (sensibilidad desde 600-800 mUI/mL) o en sangre cualitativa o cuantitativa para uso hospitalario (sensibilidad desde las 50 mUI/mL).
- II. Ultrasonografía.

Este es el método capaz de evidenciar la vitalidad del embarazo, con una sensibilidad del 95%.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- I. Cervicitis sangrante (infecciones cervicales agudas).
- II. Pólipos endocervicales.
- III. Lesiones cervicales.
- IV. Traumas de vagina.
- V. Traumas vesico uretrales.
- VI. Embarazo ectópico.
- VII. Enfermedad Gestacional del Trofoblasto

CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

Si el sangrado es moderado a severo o con signos de compromiso hemodinámico: referir a centro hospitalario para manejo de caso, corregir volemia.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

- I. Amenaza de Aborto con sangrado moderado a intenso o con sangrado leve que viva lejos del centro de atención.
- II. Aborto inminente
- III. Aborto inevitable
- IV. Aborto incompleto

- V. Aborto séptico
- VI. Aborto fallido

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- I. Informar a la paciente de su estado, las perspectivas para la evolución de la gestación, la terapéutica y el pronóstico. Seguir las siguientes recomendaciones para cada variedad específica.
- II. AMENAZA DE ABORTO
 - 1. Si el sangrado es leve el manejo es ambulatorio.
 - i. Investigar la causa, indicar exámenes orientados según el cuadro clínico y establecer el manejo. Indicar Ultrasonografía (USG) para definir el estado del embarazo. Es imprescindible la colocación de espéculo vaginal para descartar causa local de sangrado.
 - ii. Dar recomendaciones: reposo, abstinencia sexual, analgésicos en casos necesarios y control en siete días. Acudir a la emergencia si el sangrado se hace más intenso y si hay presencia de fiebre o fetidez.
 - iii. Si la paciente vive lejos o tiene antecedentes de abortos previos, hospitalización mientras persista el sangrado. Investigar la causa, indicar reposo absoluto. Exámenes, principalmente: Hematócrito y Hemoglobina, tipo y Rh y Examen general de orina, incluyendo la USG, y conducta según los resultados.
 - 2. Si el sangrado es moderado y/o persistente: Manejo hospitalario, ingreso, indicar exámenes, Hematócrito y Hemoglobina, tipo y Rh, Examen General de orina, USG, proceder según resultados.
 - 3. Ultrasonografía. Pautas:
 - i. Si la USG demuestra viabilidad ovular, el manejo es conservador.
 - ii. Repetir la Ultrasonografía en 2 semanas o según criterio médico, si:
 - a) Saco gestacional regular sin embrión.
 - b) Presencia de hemorragia subcorial.
 - c) Desfase entre la edad gestacional real y la ecografía.

- iii. Si la Ultrasonografía muestra ausencia de saco gestacional intrauterino con prueba de embarazo positiva, indique B-HCG cuantitativa: si ésta es mayor de 1000 unidades, descarte embarazo ectópico.
4. En general, al dar el alta a la paciente, orientarla sobre abstinencia sexual mientras persista algún síntoma.

III. ABORTO INMINENTE:

Requiere de hospitalización, cumplir similar indicación de amenaza de aborto, conducta según evolución.

Valorar cerclaje de urgencia en casos de incompetencia cervical.

IV. ABORTO INEVITABLE (EN CURSO):

Hospitalización.

1. Si el feto está vivo el manejo será expectante dependiendo de la condición materna.
2. Si el feto está muerto, conducta según tamaño uterino:
 - i. Útero menor de 12 semanas: Practicar legrado instrumental o Aspiración Manual Endouterina (AMEU, similar para aborto incompleto). Se puede utilizar Misoprostol según protocolo para reblandecer el cérvix.
 - ii. Útero mayor de 12 semanas: uso de Misoprostol según protocolo autorizado (máximo 3 dosis) y legrado instrumental o AMEU posterior a la expulsión.
3. Si el sangrado amenaza la vida de la madre:

Manejo de shock hipovolémico, transfusión sanguínea si lo amerita y legrado inmediato (instrumental o AMEU).

V. ABORTO INCOMPLETO:

1. Si el útero es menor de 12 semanas: Practicar legrado instrumental o AMEU.

2. Si el útero es mayor de 12 semanas: practicar legrado uterino, evaluar uso de útero estimulantes (Misoprostol, según protocolo) posterior o durante el procedimiento para disminuir el sangrado.

VI. ABORTO COMPLETO:

Confirmación por USG. Si el útero está vacío y no se presenta sangrado, dar alta (previa consejería en Planificación Familiar).

VII. ABORTO SÉPTICO:

1. Referir a tercer nivel si no se cuenta con la capacidad resolutive.
2. Uso de antibióticos de amplio espectro.
3. Uso de heparina profiláctica.
4. Realizar legrado al estabilizar paciente.
5. Vigilar y manejar complicaciones como coagulación intravascular diseminada (CID), shock séptico, trombosis pélvica.

VIII. ABORTO FALLIDO:

1. Conducta:
 - i. Establecido el diagnóstico enviar pruebas: Hemograma y Típo Rh.
 - ii. Manejo conservador, previo consentimiento informado de la paciente y seguimiento semanal con tiempo de Protrombina (TP), fibrinógeno, plaquetas y leucograma. Al expulsar los productos de la concepción, realizar legrado instrumental o AMEU.
 - iii. Manejo activo:

Método de evacuación, utilización de Misoprostol (según protocolo):

 - a) Menor de 12 semanas: 200 µg cada 6 horas vía oral o vaginal, máximo 3 dosis para reblandecer cérvix, luego pasar a legrado.
 - b) Mayor de 14 semanas: 200 µg cada 6 horas vía oral o vaginal, máximo 3 dosis o al expulsar producto, luego pasar a legrado.
 - iv. Si el centro de atención no cuenta con ninguno de estos recursos, referir al siguiente nivel de atención.

IX. COMPLICACIONES:

Hemorragias, infección, perforación uterina, evacuación incompleta de los restos ovulares (más frecuente en aborto fallido).

CRITERIOS DE EGRESO

CONTROL POST EVACUACION:

- I. Vigilar si hay sangrado, evaluar posibles signos de infección, así como el estado general de la paciente.
- II. Si la paciente es Rh (-) y si las Aglutininas son negativas, aplicar Gammaglobulina Anti-D. Esto aplica para todos los casos de abortos.
- III. Proporcionar soporte psicológico o referir a la paciente al Centro de Atención que cuente con dicho recurso cuando el caso lo amerite.
- IV. Si la evolución es normal, dar el alta con recomendaciones: no usar duchas vaginales ni tampones. Control en consulta externa en 4 semanas.

INCAPACIDAD

Generalmente de 7 días, individualizar según cada caso.

SEGUIMIENTO:

- I. Evaluar el estado emocional de la paciente, el nivel de apoyo a su disposición y la necesidad de remitirla a otros servicios.
- II. Determinar las metas de fecundidad de la mujer y sus necesidades de anticoncepción.
- III. Consejería sobre métodos de Planificación Familiar, si acepta, iniciar método en Hospital previo al alta.
- IV. Remitir a la paciente a un establecimiento de tratamiento de infertilidad en caso de repetidos abortos espontáneos o a un servicio de preparación para el embarazo si planea volver a quedar embarazada.

- V. En los casos de Aborto Fallido, es válida la conducta expectante cuando la paciente cumpla condiciones socio económicas que la permitan y reciba asesoría sobre el momento en que deba consultar de emergencia.
- VI. Es imprescindible enviar muestras a anatomía patológica para estudio.

EDUCACIÓN:

En todos los casos de aborto que se practicó legrado dar asesoría post aborto que incluye métodos de planificación familiar:

- I. Aclarar dudas y explicar el procedimiento realizado.
- II. Explicar síntomas de alarma (fiebre, dolor pélvico, hemorragia o leucorrea fétida) y cuidados de seguimiento.
- III. Referencia para control en Consulta Externa.
- IV. Recomendar otros servicios en Salud Sexual y Reproductiva como toma de citología, protección contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)/VIH/SIDA entre otros.

BIBLIOGRAFÍA:

- I. Guías Clínicas de atención de las principales Morbilidades Obstétricas en el Segundo y en el Tercer Nivel de Atención, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2004-2005.
- II. Ginecología y Obstetricia Basada en la Evidencia, Rodrigo Cifuentes, 2002.
- III. Guía Práctica para el Embarazo y Parto de Alto Riesgo, Fernando Arias, 1994.

ABORTO RECURRENTE

CIE 10 O-08

ELABORADO POR:

DRA. ANA CECILIA PATIÑO RUIZ, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. MANUEL ULISES MEJÍA PÉREZ, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL AMATEPEC

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DRA. REBECA GUANDIQUE DE ALONZO, JEFA SERVICIO GINECO OBSTETRICIA, HOSPITAL REGIONAL SAN MIGUEL

DEFINICIÓN

El aborto recurrente se define como la pérdida de tres embarazos consecutivos antes de las veinte semanas, originadas por diversas causas posibles, aunque más de un factor contribuyente puede estar presente.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

El aborto recurrente afecta de 1 al 4% de las mujeres en edad reproductiva, el riesgo de presentar un aborto espontáneo es del 10 al 15% de todos los embarazos.

El riesgo teórico de tres abortos consecutivos es de apenas 0.34%, sin embargo, este asciende al 23% cuando ha habido un aborto previo, al 29% con dos y al 49% con tres episodios.

ETIOLOGÍA

El aborto recurrente se ha asociado a:

- I. Anomalías cromosómicas paternas y/o maternas: uno de los padres tendrá una cromosomopatía estructural balanceada en 3 a 5% de los casos de aborto recurrente. Los tipos más comunes son las translocaciones Robertsonianas y las recíprocas balanceadas. Se han descrito cuatro condiciones específicas que incrementan la posibilidad de que uno de los padres sea portador:
 1. Edad materna baja al momento del segundo aborto.
 2. Aborto recurrente.

3. Hermano o hermana (del padre o la madre) con dos o más abortos.
 4. Dos o más abortos en los padres de él o de ella.
- II. Trombofilias maternas hereditarias: incluyen resistencia a la proteína C activada (secundaria a mutación genética del Factor V Leiden), deficiencias de la proteína C/S y la antitrombina III, hiperhomocisteinemia y mutación genética de la protrombina; todas causas establecidas de trombosis sistémica. Estos defectos se han asociado a pérdidas fetales y complicaciones en embarazos avanzados por una supuesta trombosis en la circulación útero placentaria.
- III. Defectos anatómicos uterinos: la prevalencia de anomalías anatómicas uterinas en aborto recurrente varía significativamente desde 1.8% hasta 37.6%. Es más característica su presencia en mujeres con pérdidas por arriba de las 12 semanas, aunque esto puede estar relacionado con la incompetencia cervical.
- IV. Alteraciones inmunológicas maternas:
1. Síndrome antifosfolípido (SAF): está presente en 15% de las pacientes con aborto recurrente. Se asocia a resultados maternos adversos y trombosis vascular. Los resultados maternos adversos incluyen: tres o más abortos consecutivos antes de las 10 semanas, una o más muertes fetales después de la semana 10 y un parto pretérmino secundario a preeclampsia grave, eclampsia o insuficiencia placentaria. Los mecanismos por medio de los cuales el SAF ocasiona morbilidad incluyen la inhibición de la diferenciación y función trofoblástica; además de trombosis de la vasculatura uteroplacentaria en embarazos mayores.
 2. No existe suficiente evidencia que asocie el aborto recurrente con anticuerpos antitiroideos ni factores aloinmunes.
- V. Alteraciones endocrinas maternas: solamente la diabetes mellitus o enfermedad tiroidea descompensadas durante el primer trimestre se asocian a aborto, aunque la prevalencia de estas patologías en pacientes con aborto recurrente es similar a la población general. La utilidad de progesterona

exógena para pacientes con deficiencia de fase lútea no ha sido demostrada. De la misma forma, la insuficiencia de gonadotropina coriónica, hiperprolactinemia o el exceso de hormona luteinizante en los ovarios poliquísticos se han relacionado sin evidencia suficiente. Otra condición endocrina que incrementa el riesgo de aborto recurrente es la obesidad (Odds Ratio = 3.5), por lo que, al igual que en casos de infertilidad, se debe recomendar el control de peso.

VI. Agentes infecciosos:

1. Cualquier infección severa que ocasione bacteremia o viremia puede conllevar a un aborto esporádico, no así recurrente. Por lo tanto, la investigación de TORCH (toxoplasmosis, otros (sífilis y virus), rubéola, citomegalovirus y herpes simple) no es recomendable en el aborto recurrente.
2. La presencia de vaginosis bacteriana en el primer trimestre se ha reportado como factor de riesgo para aborto del segundo trimestre y parto pretérmino, no así para aborto de las primeras 12 semanas.

A pesar de todo lo anterior, a un buen porcentaje de abortos recurrentes no se les reportará ninguna de las condicionantes arriba mencionadas, siendo clasificados como idiopáticos; y otro grupo serán considerados multicausales, a los que no se les puede atribuir solamente una patología condicionante.

Además, todavía existe debate sobre la asociación entre el aborto y la condicionante, ya que para la mayoría de etiologías no se ha establecido un mecanismo fisiopatológico preciso.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Antecedentes de tres abortos consecutivos antes de las veinte semanas de gestación.

EVALUACIÓN

I. Historia Clínica:

1. Determinar el patrón y edad gestacional de los abortos.

2. Si hay presencia o ausencia de embrión.
3. Considerar historia familiar que oriente a alteraciones inmunológicas o cromosómicas.
4. Exposición a toxinas ambientales.
5. Cirugías uterinas, legrados, conizaciones y traumas.
6. Estudios y tratamiento previos.

II. Examen físico:

1. Anormalidades en el examen pélvico incluyendo anomalías cervicales.
2. Anormalidades sistémicas, endocrinológicas y collagenopatías.

III. Pruebas de laboratorio y gabinete:

1. Glicemia.
2. Pruebas de función tiroidea.
3. Anticuerpos antifosfolípidos:
 - i. Anticoagulante Lúpico: IgM (> de 20 U MPL) e IgG (> de 2 U GPL)
 - ii. Anticardiolipinas

Para diagnosticar Síndrome Antifosfolípidos es necesario que la paciente presente dos exámenes positivos por lo menos con seis semanas de diferencia para anticoagulante lúpico o anticardiolipinas.

- IV. Ultrasonografía pélvica para descartar patología uterina; lo anterior puede complementarse con histerosalpingografía/histerosonografía, laparoscopia o histeroscopia cuando el criterio médico así lo considere y la USG pélvica no demuestra ninguna anomalía anatómica.
- V. Si el resultado de los estudios anteriores resultase negativo, procede la referencia a Consulta Externa de Perinatología del Hospital 1º de Mayo para evaluar estudio de cariotipo.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Toda paciente con diagnóstico de aborto recurrente deberá iniciarse estudio en segundo nivel en base a la capacidad de resolución y referirse con los resultados pertinentes de los estudios realizados al tercer nivel para complementar estudio y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

Cuando se identifique alguna, el tratamiento será dirigido a la patología subyacente diagnosticada:

- I. Síndrome antifosfolípidos:
 1. Aspirina 80-100 mg: 1 tableta cada día hasta el parto.
 2. Heparina de bajo peso molecular:
 - i. Enoxaparina sódica 20 mg (2,000 UI): 1 ampolla SC cada día.
 - ii. Nadroparina cálcica 30 mg (2,850 UI): 1 ampolla SC cada día.
- II. En casos de defectos anatómicos: cirugía abierta, histeroscópica o laparoscópica.

OBSERVACIONES

- I. El cerclaje cervical debe limitarse exclusivamente para aquellas pacientes embarazadas con incompetencia cervical comprobada.
- II. El uso de progesterona exógena o de gonadotropina coriónica no ha mostrado beneficio.
- III. En el manejo del síndrome antifosfolípidos ya no se contempla el uso de esteroides, los cuales se asocian a mayor morbilidad materna y fetal.

CRITERIOS DE EGRESO

Al conseguir, si es posible, la paridad satisfecha.

INCAPACIDAD

Según situación clínica.

SEGUIMIENTO:

Será de acuerdo a la patología asociada, en cuyos casos se referirá a las especialidades pertinentes.

EDUCACIÓN:

- I. Planificación familiar mientras se completa estudio y se controlan las patologías asociadas.
- II. Dieta para control de peso
- III. Restricción de:
 1. Cafeína
 2. Tabaco
 3. Alcohol

BIBLIOGRAFÍA:

- The Investigation and Treatment of Couples With Recurrent Miscarriage, Guideline No. 17, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Mayo 2003.
- Evidence-based Guidelines for the Investigation and Medical Treatment of Recurrent Miscarriage, Human Reproduction, Vol. 21, No. 9, páginas 2216–2222, Mayo 2006.
- Protocolos de Medicina Materno-Fetal (Perinatología), Segunda edición; Ll. Cabero Roura; 2000.

ENDOMETRIOSIS

CIE 10 N-80.9

ELABORADO POR:

DR. EDWARD ALEXANDER HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DRA. REBECA GUANDIQUE DE ALONZO, JEFA DE SERVICIO DE GINECO Y OBSTETRICIA, HOSPITAL SAN MIGUEL

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MEDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

La Endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, sobre todo en la cavidad pélvica, que provoca una reacción inflamatoria crónica.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Es una enfermedad relativamente frecuente, puede afectar a la mujer en cualquier etapa de la vida, principalmente en edad reproductiva.

La prevalencia general en la población infértil es del 20 al 40%, en pacientes con dolor pélvico crónico es del 70 al 90%, en mujeres con laparotomía previa por causas ginecológicas es del 10 al 50%, 50% en pacientes con dismenorrea y de 2 a 5% en mujeres sometidas a esterilización tubárica.

Estudios demuestran en orden de frecuencia las siguientes localizaciones:

Ovarios	44%
Saco de Douglas y espacio vesicouterino	34%
Peritoneo pélvico	22%
Ligamentos útero sacros	20%

Existen localizaciones extrapélvicas que por su baja frecuencia no se detallan.

CLASIFICACIÓN

Para la endometriosis se utiliza la clasificación de la American Fertility Society (Sociedad Americana de Fertilidad, AFS), la cual comprende:

La asignación de puntos para la severidad de la endometriosis basados en el tamaño y profundidad de los implantes y la severidad de las adherencias. Se suman los puntos y se les asigna a las pacientes uno de los cuatro estadios:

- I. Estadio I enfermedad mínima, 1 a 5 puntos (implantes aislados y sin adherencias);
- II. Estadio II enfermedad leve, 6 a 15 puntos (Implantes superficiales menores de 5 cm. adheridos o esparcidos sobre la superficie del peritoneo y ovarios);
- III. Estadio III enfermedad moderada, 16 a 40 puntos (Implantes múltiples que yacen sobre la superficie o invasivos. Adherencias peritubarias o periováricas pueden ser evidentes);
- IV. Estadio IV enfermedad severa, más de 40 puntos (Implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen grandes endometriomas ováricos. Usualmente se observan adherencias membranosas extensas).

CLASIFICACION REVISADA PARA LA ENDOMETRIOSIS DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE FERTILIDAD (AFS)

Nombre de la Paciente: _____ Fecha: _____

Estado I (mínimo) 1-5

Estado II (leve) 6-15 Laparoscopia _____ Laparotomía _____ Fotografía _____

Estado III (moderado) 16-40 Tratamiento recomendado _____

Estado IV (severo) >40 _____

Total _____ Pronóstico: _____

PERITONEO	ENDOMETRIOSIS		< 1 CM	1-3 CM	> 3 CM
		Superficial		1	2
	Profunda		2	4	6
OVARIO	D	Superficial	1	2	4
		Profunda	4	16	2
	I	Superficial	1	2	4
		Profunda	4	16	20
OBLITERACIÓN FONDO DE SACO POSTERIOR			PARCIAL	COMPLETA	
			4	40	
OVARIO	ADHERENCIAS		<1/3 Compromiso	1/3 - 2/3 Compromiso	>2/3 Compromiso
	D	Tenues	1	2	4
		Densas	4	8	16
	I	Tenues	1	2	4
	Densas	4	8	16	
TROMPA UTERINA	D	Tenues	1	2	4
		Densas	4*	8*	16
	I	Tenues	1	2	4
		Densas	4*	8*	16

* Si el extremo fimbriado de la trompa uterina esta completamente comprometido cambie la asignación de puntos a 16.

Endometriosis Adicional _____ Patología Asociada _____

ESTADIO I (MÍNIMO)		ESTADIO II (LEVE)	
Peritoneo		Peritoneo	
Superficial endo (1-3 cm)	2	Profundo endo (1-3 cm)	6
Ovario derecho		Ovario derecho	
Superficial endo < 1 cm	1	Superficial endo < 1 cm	1
Adhesiones delgadas < 0.33 cm	$\frac{1}{4}$	Adhesiones delgadas < 0.33 cm	1
		Ovario izquierdo	
		Superficial endo < 1cm	$\frac{1}{9}$
ESTADIO III (MODERADO)		ESTADIO III (MODERADO)	
Peritoneo		Peritoneo	
Profundo endo (> 3cm)	6	Superficial Endo > 3 cm	4
Cul de sac		Tubo derecho	
Obliteración parcial	4	Adhesiones firmes < 0-33 cm	1
Ovario izquierdo		Ovario derecho	
Superficial endo < 1-3 cm	$\frac{16}{26}$	Adhesiones delgadas < 0.33 cm	1
		Tubo izquierdo	
		Adhesiones densas < 0.33 cm	16
		Ovario izquierdo	
		Profundo endo < 1 cm	4
		Adhesiones densas < 0.33 cm	$\frac{4}{30}$
ESTADIO IV (GRAVE)		ESTADIO IV (GRAVE)	
Peritoneo		Peritoneo	
Superficial endo > 3 cm	4	Profundo endo > 3 cm	6
Ovario izquierdo		Cul de sac	
Profundo endo 1-3 cm	32	Obliteración completa	40
Adhesiones densas < 0.33 cm		Ovario derecho	
Tubo izquierdo		Profundo endo 1-3 cm	16
Adhesiones densas < 0.33 cm	$\frac{8}{52}$	Adhesiones densas < 0.33	4
		Tubo izquierdo	
		Adhesiones densas > 0.66 cm	16
		Ovario izquierdo	
		Profundo endo 1-3 cm	16
		Adhesiones densas > 0.66 cm	$\frac{16}{114}$

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Es importante destacar que muchas mujeres con endometriosis son asintomáticas. Sin embargo, la endometriosis puede sospecharse en mujeres con dolor pélvico o infertilidad, especialmente si tiene antecedentes familiares.

Los síntomas pueden provenir del compromiso rectal, ureteral o vesical de la endometriosis y pueden estar presentes durante todo el mes. Es importante realizar una historia clínica y exploración ginecológica completa en búsqueda de:

I. SÍNTOMAS

1. Disfunción menstrual
 - i. Dolor pélvico crónico
 - ii. Dismenorrea
 - iii. Dispareunia
2. Disfunción ovulatoria
 - i. Amenorrea
 - ii. Deficiencia o defectos de la fase lútea
 - iii. Galactorrea
 - iv. Síndrome de folículo no roto
3. Disfunción reproductiva
 - i. Infertilidad
 - ii. Incremento en la frecuencia de abortos

II. SIGNOS

1. Nodularidad del fondo de saco o ligamentos útero sacros
2. Masa pélvica fija
3. Sensibilidad pélvica

4. Retroversión uterina fija

III. Otros síntomas

1. Hemorragia uterina disfuncional (sangrado premenstrual, hipermenorreas)
2. Disuria, dolor suprapúbico y hematuria
3. Disquexia, dolor rectal, tenesmo

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- I. El diagnóstico definitivo de la endometriosis puede hacerse mediante la visualización directa de la pelvis y por el examen histopatológico del tejido extraído. La laparoscopia es la herramienta más importante para diagnosticar una endometriosis y evaluar la extensión de la enfermedad.
- II. La ecografía transvaginal tiene poca utilidad debido a la imposibilidad de detectar implantes peritoneales, su uso clínico está en la evaluación de endometriomas donde tiene una sensibilidad entre 57%-75% y una especificidad de 99%.
- III. Para marcadores séricos como el CA-125 se ha reportado sensibilidad de tan sólo entre un 20 y 50% con especificidad entre 85-90%; debido a ello no se recomienda como método diagnóstico. El CA 125 se eleva en otras condiciones que incluyen: neoplasias ováricas, miomas uterinos, enfermedad pélvica inflamatoria, etc.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial de la endometriosis debe incluir:

- I. Adenomiosis
- II. Miomatosis uterina
- III. Tumores Ováricos
- IV. Dismenorrea primaria

- V. Adherencias pélvicas
- VI. Síndrome de colon irritable
- VII. Cistitis intersticial

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Toda paciente con historia de infertilidad o dolor pélvico crónico debe ser evaluada por médico ginecólogo. Será este, posterior a la evaluación ginecológica y ultrasonográfica, quien defina si amerita referencia a nivel hospitalario para evaluar laparoscopia diagnóstica.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Presencia de endometrioma con signos de abdomen agudo.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

I. Hormonal:

1. **Anticonceptivos Orales (ACO):** los ACO han sido utilizados en el manejo de la dismenorrea primaria con alto grado de éxito, sin que exista evidencia de superioridad de alguna fórmula con respecto a otra. Los ACO producen anovulación y decidualización, lo cual resulta en atrofia del tejido endometrial. Se ha reportado alivio sintomático del dolor pélvico y la dismenorrea en un 60 a 95% de los casos. La dosis recomendada es de 20 a 30 mcg de etinilestradiol, pudiendo incrementarse el dolor en las primeras semanas de tratamiento. Se recomienda su uso continuo en las pacientes que presentan síntomas asociados al periodo menstrual.
2. **Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA):** se utiliza a dosis de 150 mg cada mes, durante seis meses; dosis más altas no parecen ser más efectivas. Como el resto de los contraceptivos hormonales, su efecto se

debe al estado de anovulación inducida y la decidualización consiguiente de los implantes endometriósicos.

3. **Danazol:** de efecto antiestrogénico y androgénico, su utilización a dosis de 400 a 600 mg/día, durante 6 meses, se muestra efectiva y con escasos efectos secundarios androgénicos.
4. **Análogos Gn-RH:** por un periodo de dos a seis meses como medicamento de tercera línea, en pacientes nuligestas o de baja paridad en las cuales se ha demostrado falla terapéutica con otro tipo de fármacos o en aquellas pacientes con una contraindicación quirúrgica importante. Puede utilizarse el Acetato de Goserelina 3.5 mg en inyección de depósito para uso subcutáneo cada mes o Acetato de Leuprorelina 3.75 mg inyección de depósito intramuscular cada mes. Ambos son medicamentos de uso exclusivo bajo protocolo de Farmacoterapia, para hospitales.

II. Quirúrgico

El tratamiento quirúrgico de la Endometriosis puede ser conservador o radical.

1. La **cirugía conservadora** se puede realizar por vía laparoscópica y pretende extirpar de la manera más completa posible los implantes endometriósicos visibles, intentando preservar los órganos reproductivos. La extirpación de los implantes o su destrucción mediante electrocauterio lo debemos considerar como cirugía citorreductora pero no curativa.
2. La **cirugía radical** por excelencia es la histerectomía. Es el tratamiento de elección en los casos de fracaso al tratamiento médico o persistencia de dolor pélvico tras cirugía conservadora; la asociación de ooforectomía bilateral, aporta unos índices de curación del 100%, pero conlleva los efectos adversos de una menopausia quirúrgica.
3. El **tratamiento hormonal preoperatorio**, durante 3 a 6 meses, aporta las siguientes ventajas: reduce la vascularización e inflamación de los órganos pélvicos, así como el tamaño y actividad de los implantes, asimismo reduce el tamaño de los endometriomas, facilitando el tiempo quirúrgico, disminuyendo el riesgo de formación de adherencias y

facilitando una cirugía más conservadora, especialmente en la laparoscopia de segunda vista.

4. El **tratamiento hormonal post-operatorio** pretende impedir la implantación de tejido endometrial desprendido en la manipulación quirúrgica, así como la destrucción de pequeños implantes que no se hayan visualizado en el acto quirúrgico.

CRITERIOS DE EGRESO

- I. Alivio total de los síntomas.
- II. Presencia de embarazo.
- III. Posterior a histerectomía total con ooforectomía bilateral, en cuyo caso se deberá referir al Componente de Climaterio y Menopausia.

INCAPACIDAD

- I. Deberá ser considerada en casos de dolor pélvico intenso o incapacitante, recomendándose usualmente un periodo de tres a cinco días.
- II. Procedimientos laparoscópicos: 5 días.
- III. Laparotomía exploradora: 21 a 28 días.
- IV. Histerectomía total: 30 a 40 días.

SEGUIMIENTO:

El seguimiento de las pacientes sometidas a cualquier terapéutica hormonal, se realizará desde un punto de vista clínico, considerando la desaparición de los síntomas, así como la existencia o no de efectos secundarios. Estos controles se realizan a los 3 y 6 meses de medicación.

Una vez concluido el tratamiento médico, se valorará el nuevo estado de la enfermedad (sintomatología, ecografía, etc.) y dependiendo de múltiples factores (estadio evolutivo, deseos de fertilidad, etc.) se considerará a la enfermedad en

remisión o se indicará de manera opcional la necesidad o no de completar el tratamiento mediante cirugía.

EDUCACIÓN:

- I. Explicar la cronicidad del cuadro y las expectativas de curación, las cuales no siempre son satisfactorias. Informar a la paciente sobre las diferentes alternativas de tratamiento médico y quirúrgico.
- II. En casos de infertilidad, orientar a la derechohabiente que, aunque haya remisión de los síntomas, no siempre habrá éxito en la obtención de un embarazo.

BIBLIOGRAFÍA:

- The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, 3rd Edition; Fortner, Kimberly B.; Szymanski, Linda M.; Fox, Harold E.; Wallach, Edward E.; 2007.
- Danforth's Obstetrics and Gynecology, 10th Edition; Gibbs, Ronald S.; Karlan, Beth Y.; Haney, Arthur F.; Nygaard, Ingrid E.; 2008.
- Guías de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2002.
- Nuevos Conceptos en la Patogénesis y Tratamiento de la Endometriosis Asociada al Dolor; Javier Noriega Rangel; MEDUNAB; 2003.

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL CIE 10 N-93.9

ELABORADO POR:

DR. EDWARD ALEXANDER HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1º DE MAYO

DR. JOSÉ ANTONIO BONET MIRÓ, JEFE DE SERVICIO DE GINECO Y OBSTETRICIA, HOSPITAL AMATEPEC

DR. ARNOLDO SALGUERO, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MEDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Cualquier alteración de la duración, frecuencia y cantidad del ciclo menstrual normal, es una **Hemorragia uterina anormal (HUA)**.

El ciclo menstrual dura entre 2 a 8 días, cada 21 a 35 días y produce un volumen de sangrado entre 20 y 80 mL por día.

La **hemorragia uterina disfuncional (HUD)** es una hemorragia anormal que no está producida por causas anatómicas (tumor, inflamación y embarazo). En casi todos los casos es un concepto de exclusión, en la que se han descartado las causas orgánicas (genitales o extragenitales) del sangrado, quedando solo las causas que producen un descontrol en las hormonas gonadotrópicas.

I. PATRONES DE SANGRAMIENTO ANORMAL

1. **Oligomenorrea:** Episodios de sangrado, infrecuentes, irregulares, que ocurren a intervalos mayores de 40 días.
2. **Polimenorrea:** Episodios frecuentes pero regulares de sangrado uterino que ocurren a intervalos de 21 días o menos.
3. **Hipermenorrea o menorragia:** Sangrado excesivo, tanto en cantidad como en duración, que ocurre a intervalos regulares.
4. **Metrorragia:** Sangrado, generalmente no excesivo, que ocurre a intervalos irregulares.
5. **Menometrorragia:** Sangrado generalmente excesivo y prolongado que ocurre a intervalos frecuentes e irregulares.
6. **Hipomenorrea:** Sangrado uterino regular, pero disminuido en cantidad.

7. **Sangrado intermenstrual:** Sangrado uterino, generalmente no excesivo, que ocurre entre períodos menstruales regulares.
8. **Sangrado post menopáusico:** Presencia de sangrado posterior a un año de la última menstruación.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

- I. Ocurre en alrededor del 50% de la perimenopausia, 30% en edad reproductiva, 20% en adolescencia y 1% en la niñez.
- II. Es difícil conocer la incidencia de la hemorragia disfuncional, pero en general se ha estimado que puede corresponder del 10% al 20% de las consultas ginecológicas; en las pacientes en estudio de infertilidad se puede presentar hasta en 35% de los casos.
- III. Esta varía según la edad, siendo más frecuente en los dos extremos de la vida reproductiva y el 70% de estas hemorragias se presentan en pacientes anovulatorias. La mayoría de las hemorragias ovulatorias se presenta en la edad reproductiva.
- IV. La perimenopausia es un período en el que la HUD tiene una relevancia especial, ya que la presencia de un sangrado de etiología desconocida debe alertar, en primer lugar, de la presencia de un proceso neoplásico (todos los cánceres ginecológicos pueden causar una hemorragia uterina anormal, incluso los tumores epiteliales del ovario pueden producir estrógenos).

CLASIFICACIÓN

Tener presente que el sangrado uterino disfuncional es solo uno de los tipos de hemorragias uterinas anormales.

CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN BASE A SU ORIGEN:

- I. **Causas orgánicas**
 1. Complicaciones del embarazo:

Embarazo ectópico, aborto, enfermedad gestacional del trofoblasto, retención de productos de la concepción, endometritis post parto o post aborto.

2. Patología estructural:
 - i. Benigna: fibromas, pólipos, infecciones, hiperplasia endometrial, adenomiosis, malformaciones arteriovenosas.
 - ii. Maligna: cáncer endometrial, cervical y ovárico.
3. Enfermedades sistémicas:

Desórdenes de la coagulación (enfermedad de Von Willebrand, coagulación intravascular diseminada), alteraciones plaquetarias (púrpuras), desórdenes endocrinos (enfermedad tiroidea, hiperprolactinemia), falla renal, falla hepática, obesidad.

II. **Iatrogénicas**

1. Trauma o cuerpo extraño (DIU)
2. Medicamentos (ej.: drogas psicotrópicas, esteroides, tamoxifeno)
3. Anticonceptivos hormonales o terapia de reemplazo hormonal

LA HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL SE CLASIFICA EN DOS GRANDES CATEGORÍAS:

- I. **Anovulatorias:** La hemorragia se produce como consecuencia de un estímulo prolongado de los estrógenos sobre el endometrio en ausencia de progesterona. Esta es la causa más frecuente, especialmente durante el período premenopáusico y en la adolescencia. Su manifestación clínica suele ser la MENOMETRORRAGIA.
- II. **Ovulatorias:** La hemorragia es causada generalmente por una insuficiencia del cuerpo lúteo (ICL). La producción reducida de estrógenos y progesterona condiciona una disminución en la duración de la segunda mitad del ciclo menstrual. Suele manifestarse clínicamente como una POLIMENORREA precedida o no por un manchado premenstrual.

En algunas pacientes pueden coexistir sangrados por causas anatómicas y disfuncionales.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- I. **Historia clínica:** Es necesario conseguir una historia detallada del/los episodio/s de hemorragia. Investigar la existencia de discrasia sanguínea (especialmente en adolescentes) o de otra patología sistémica y el uso de fármacos que puedan comprometer los mecanismos de la coagulación.
- II. **Examen físico y ginecológico** completo (vulva, ano, recto, uretra; examen con espéculo de la vagina y cérvix) que confirme que el origen de la hemorragia se encuentra en la cavidad uterina y descarte el origen uretral o anal de ésta. La exploración bimanual nos dará información sobre las características del útero y la existencia o no de patología anexial.

La Hemorragia Uterina Disfuncional es un diagnóstico de exclusión, por lo que estamos obligados a descartar una patología orgánica que justifique la existencia de una hemorragia uterina.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- I. En toda mujer que presente HUA iniciar el estudio con un hemograma completo y deberán evaluarse tiempos de coagulación (TP, TPT). Si existe la sospecha, se indicará la prueba de embarazo.
- II. La sospecha de una endocrinopatía o fallas sistémicas se confirmará con las pruebas pertinentes.
- III. En la evaluación de toda paciente con HUA debe de realizarse una **Ultrasonografía pélvica (electiva o de emergencia, según el caso)**. Idealmente debe realizarse al sexto día del inicio del periodo menstrual, sin embargo esto estará sujeto a la urgencia y disponibilidad de cada centro de atención.
- IV. En caso de ser necesario, cuando la ultrasonografía no sea concluyente, la **Histerosonografía** permite evaluar patología endocavitaria al ceder el cuadro agudo (miomas submucosos vs. pólipos).
- V. **Biopsia Endometrial:** permite el diagnóstico definitivo de anovulación y el descarte de patología orgánica endometrial como cáncer o pólipos. Debe

considerarse como la primera opción en los establecimientos en que se encuentre disponible y puede realizarse con cualquier sistema de aspiración (Novak, AMEU, Endosampler o cánula descartable).

- VI. **Dilatación y legrado:** permite obtener muestras del endometrio, especialmente en cuellos atróficos o en centros donde no se cuenta con insumos para biopsia endometrial.
- VII. **Histeroscopia:** La histeroscopia permite una visualización directa de la cavidad uterina. Está indicada cuando hay sospecha por ultrasonografía o histerosonografía de pólipo endometrial o mioma submucoso. Se realizará en los centros de atención que cuenten con este recurso.

Toda paciente de 35 años o más con HUA debe contar con una muestra endometrial para biopsia, la cual puede ser obtenida por cualquiera de los métodos descritos arriba (numerales V, VI y VII).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Como se mencionó en la clasificación etiológica, deben descartarse el embarazo y las causas orgánicas para luego estudiar los problemas disfuncionales.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Esta patología deberá ser evaluada por médico ginecólogo:

- I. Paciente que no tenga mejoría con el tratamiento médico.
- II. Necesidad de pruebas diagnósticas o terapéuticas no disponibles en el centro de atención.
- III. Causa anatómica que amerite intervención quirúrgica.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

- I. Hemorragia severa o que se acompañe de compromiso hemodinámico.
- II. Pacientes que no toleren la vía oral o el tratamiento médico.
- III. Pacientes que ameriten intervención quirúrgica.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

El tratamiento tiene básicamente dos objetivos:

I. Controlar el sangrado agudo

II. Prevenir las recurrencias.

MANEJO MÉDICO: Debe ser el tratamiento de primera línea en la HUD, instaurando un ciclo artificial por un lapso de 21 días, con el objetivo de lograr la hemostasia y disponer de un compás de espera que permita obtener los resultados de los estudios practicados, tal como la histología por la biopsia de endometrio, a fin de llegar al diagnóstico definitivo y en base a este, el tratamiento óptimo a instaurar.

I. **ESTRÓGENOS:** Constituyen la piedra angular del tratamiento en la gran mayoría de los casos.

1. **Valerato de Estradiol 1 mg**, iniciar a 8 mg/día de Valerato de estradiol (2 comprimidos cada 6 horas) hasta controlar el sangrado. Duplicar la dosis a las 48-72 horas si no ha cedido el sangrado. Una vez se ha controlado la hemorragia, se continuará el Valerato de Estradiol por 21 días más, disminuyendo la dosis a 2 mg/día (1 comprimido cada 12 horas). Debe combinarse con el uso de Progestágenos en su segunda fase. Evaluar el uso concomitante de antieméticos o bloqueantes H2. Si posterior a 6 días de manejo con este esquema no hay mejoría en el cuadro, considerar otras opciones.

II. **PROGESTÁGENOS (Acetato de Medroxiprogesterona):** En mujeres que presentan un episodio de HUD deben ser utilizados en asociación a los estrógenos, los últimos 10 días del ciclo de 21 días de estrógenos, tiempo suficiente para convertir en secretor el endometrio, a una dosis de 10 mg/día (2 tabletas de 5 mg cada día).

III. **LOS PREPARADOS DE DEPÓSITO POR LA VÍA PARENTERAL (ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150 MG., DEPOPROVERA) NO DEBEN SER UTILIZADOS PARA LA HUD POR LLEGAR A MANTENER UN EFECTO DE HASTA 6 MESES DE DURACIÓN.**

- IV. **ANTICONCEPTIVOS ORALES:** Otra alternativa para el control del sangrado agudo es altas dosis de estrógenos-progestágenos presentes en los anticonceptivos orales. El esquema utilizado en la institución es el de anticonceptivos que contienen 30 mcg de etinilestradiol por tableta, en donde se administran cuatro tabletas por día (una tableta cada seis u ocho horas) durante cinco a siete días. Se continúa con anticonceptivos, una tableta al día, por al menos 21 días más, sin dejar que sangre por privación. Este tipo de tratamiento no es tan efectivo como las altas dosis de estrógenos. Evaluar el uso concomitante de antieméticos o bloqueantes H2.
- V. **DANAZOL:** es un derivado de la testosterona con capacidad para inhibir la ovulación, produce hipoestronismo y atrofia endometrial, y tiene un efecto androgénico (que constituye la principal limitación de uso, constituyéndose en la última opción de tratamiento médico). Su posología es de 200 mg diarios durante 3 a 6 meses, con lo que conseguimos ciclos regulares con poca pérdida de sangre y aceptables efectos secundarios.

Como tratamiento complementario, pueden utilizarse los ANTI INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE): Se recomienda Ibuprofeno por cinco días desde el inicio de la menstruación a las dosis convencionales (400 mg VO cada 8 horas).

Cuadro 1. Efectos secundarios y contraindicaciones del tratamiento médico

	Efectos secundarios	Contraindicaciones
AINE	Náuseas, vómitos, pirosis, diarrea	Úlcera péptica, hemorragia digestiva reciente, insuficiencia renal
Progesterona	Edema, aumento de peso, cansancio, enfermedad tromboembólica	Accidente cerebro vascular, enfermedad tromboembólica, alteración hepática
Estrógenos	Náuseas, vómitos, diarrea, aumento de peso, cefaleas, enfermedad tromboembólica	Enfermedad tromboembólica actual o pasada, accidente cerebro vascular, infarto miocardio, cáncer de mama o genital, diabetes

Anticonceptivos orales	Aumento de peso, manchado, cefaleas, enfermedad tromboembólica	Enfermedad tromboembólica actual o pasada, déficit congénito de Vitamina C, accidente cerebro vascular, infarto miocardio, cáncer de mama o genital, colestasis gravídica, lupus, hepatopatía, diabetes, hipertensión arterial, fumadoras > de 35 años
Danazol	Aumento de peso, acné, fatiga, disminución tamaño de las mamas, cambios de voz	Alteración función hepática, insuficiencia renal, hipertensión arterial, porfiria

MANEJO QUIRÚRGICO: El tratamiento quirúrgico de una HUD sólo estará indicado en aquellos casos en que el tratamiento médico haya fallado o esté contraindicado. Las opciones quirúrgicas son el legrado hemostático, la ablación endometrial y la histerectomía.

- I. **LEGRADO:** Como tratamiento no es un procedimiento de elección, reservándose para aquellos casos de hemorragia abundante y persistente, con compromiso hemodinámico.
- II. **ABLACIÓN ENDOMETRIAL:** Por ablación endometrial se entiende la destrucción del endometrio por diferentes métodos (no obteniendo material para estudio histopatológico) y por resección endometrial, la extirpación, habitualmente electroquirúrgica por vía transhisteroscópica del mismo. En la práctica, cuando se combinan ambas técnicas hablamos de ablación-resección endometrial. Puede ser total, cuando se reseca o destruye todo el endometrio, incluyendo la parte más alta del canal endocervical; o parcial, cuando se respeta el endometrio cercano al orificio cervical interno, aunque ningún método actual garantiza que se haya destruido o extirpado todo el endometrio. Este procedimiento está reservado para aquellos centros de atención que cuenten con éste en su portafolio de servicios. Indicado en pacientes en quienes tienen contraindicada la histerectomía.

III. **HISTERECTOMÍA:** Mediante esta intervención quirúrgica vamos a resolver definitivamente el problema, con una tasa de éxito del 100%.

MANEJO A LARGO PLAZO DE LA HUD

- I. El manejo a largo plazo de la HUD es de suma importancia puesto que al igual que otros problemas médicos de tipo crónico como la diabetes o la hipertensión arterial, **la anovulación que se acompaña de HUD necesitará de un tratamiento a largo plazo.**
- II. Para orientar el tratamiento a largo plazo de la HUD debemos en primer lugar considerar la edad reproductiva de la mujer y cuales son las necesidades particulares para ella, reproductivas o no, así como el tipo de HUD que padece.

Cuadro 2. Manejo a largo plazo de la HUD

Edad Reproductiva	<ol style="list-style-type: none"> I. Anticonceptivos orales combinados, ciclarla hasta que desee dejar la Planificación Familiar, ó II. Citrato de Clomifeno 50 a 150 mg/día si desea embarazo, ó III. Acetato de Medroxiprogesterona 5 mg, 2 tabletas VO c/día por 10 días, iniciar el día 21° hasta el 30° del ciclo, si desea solo controlar el sangrado, mantenerlo hasta corregir la causa de la anovulación.
Peri menopausia	<ol style="list-style-type: none"> I. Acetato de Medroxiprogesterona 5 mg, 2 tabletas VO c/día por 10 días, del día 21 al 30, hasta dejar de ver regla, ó II. Terapia de reemplazo hormonal (TRH), según el Programa de Atención Integral en Salud a la Mujer, ó III. Anticonceptivos orales combinados, si desea Planificación Familiar (riesgo aumentado).
Post menopausia con TRH	<ol style="list-style-type: none"> I. Aumentar dosis de estrógeno por 1 a 3 meses. II. Si persiste, evaluar manejo quirúrgico.
Post menopausia sin TRH	<ol style="list-style-type: none"> I. Observación con seguimiento ultrasonográfico II. Considerar histerectomía si sangrado persiste

CRITERIOS DE EGRESO

- I. Remisión del cuadro por un periodo de 6 meses
- II. Histerectomía

INCAPACIDAD

Se indicará según criterio médico.

SEGUIMIENTO:

- I. En fase aguda, control a los tres días y posteriormente según la evolución.
- II. En manejo a largo plazo, controles en consulta externa cada tres meses.

EDUCACIÓN:

- I. Anotar sus patrones de sangrado en cuanto a fechas, duración y cantidad del sangrado.
- II. Orientar respecto a la importancia de la ingesta correcta de los medicamentos y explicarlo apropiadamente acorde con el grado de escolaridad y entendimiento de la paciente.
- III. Orientar respecto a dónde consultar y bajo que circunstancias debe consultar inmediatamente: hemorragia profusa, intolerancia a la vía oral, efectos secundarios.

BIBLIOGRAFÍA:

- Guía de manejo de HUA, Dra. Emilia Gudelia Hernández Lazo, Hospital 1º de Mayo, 2003.
- Guías de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Hemorragia Uterina Disfuncional, 1993.
- Patofisiología de la hemorragia uterina anormal, Shwayder, Clínicas de Norte América, 2000.
- Tratamiento médico de la Hemorragia uterina disfuncional, Fernández Parra, Hospital Universitario Virgen de la Nieves, España, 2003.

MASA OVÁRICA

CIE 10 R-19.0

ELABORADO POR:

DR. ROBERTO PEÑA CHANG, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL 1º DE MAYO

DRA. ARMIDA DEL CARMEN CANIZALES, GINECO ONCÓLOGA, UNIDAD MÉDICA SAN MIGUEL

DR. RAFAEL QUEZADA MARTÍNEZ, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL REGIONAL SANTA ANA

INTRODUCCIÓN

Se debe tener siempre presente el diagnóstico de cáncer ovárico en mujeres que presentan masas ováricas, sobre todo en mujeres peri o post menopáusicas. En mujeres de edad reproductiva, la mayoría de tumores ováricos serán de origen funcional, los cuales responderán de manera adecuada al manejo expectante.

Es importante una adecuada historia clínica que incluya las características, progreso y duración de los síntomas. Algunos signos específicos pueden ser sugestivos de malignidad, como dolor pélvico/abdominal, frecuencia/urgencia urinaria, incremento del perímetro abdominal y sensación de llenura al comer; especialmente cuando dichos síntomas han estado presentes de forma persistente durante menos de un año y más de dos semanas por mes.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

La medición inicial del riesgo se basa en la edad de la paciente. En la mujer pre menopáusica, el riesgo de malignidad va del 7 al 13%, mientras que en la post menopáusica llega hasta el 45%.

Por otro lado, cuando la masa anexial se presenta en una paciente menopáusica, el manejo quirúrgico puede ser considerado como una de las primeras opciones, ya que el ovario está inactivo fisiológicamente y cerca del 80% de los cánceres de ovario ocurren por encima de los 50 años de edad. Los cuatro principales tumores que se presentan en las primeras décadas de la vida son los teratomas, cistadenomas serosos, quistes lúteos y cistadenomas mucinosos. Los benignos ocurren principalmente en la tercera y cuarta década de la vida; los malignos entre 40 y 60 años.

CLASIFICACIÓN

- I. Quistes no neoplásicos
 1. Quistes fisiológicos: incluyen quistes foliculares y quistes del cuerpo lúteo.
 2. Endometriomas
- II. Neoplasias ováricas epiteliales
 1. Tumor seroso: es el más común y comprende del 50 al 70% de los tumores benignos de ovario.
 2. Tumor mucinoso: son responsables del 25% de las neoplasias benignas del ovario.
 3. Tumores endometrioides: la mayoría de las neoplasias endometrioides son malignas, y representan el 25% de los cánceres epiteliales.
 4. Tumores de células claras: son raramente diagnosticados en su forma benigna, pero el carcinoma de células claras es responsable del 10% de todos los cánceres ováricos.
 5. Tumores de células transicionales: imitan el epitelio de la vejiga y son sumamente raros.
- III. Neoplasias de células germinales
 1. Quiste dermoide o teratoma: representa el 25% de todas las neoplasias ováricas, es bilateral en 15% de los casos y es más frecuente en la edad reproductiva.
 2. Los tumores malignos de células germinales representan el 6% de los cánceres ováricos, siendo el más común el disgerminoma, el cual es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres embarazadas.
- IV. Neoplasias estromales
 1. Los tumores estromales de los cordones sexuales son raros antes de la pubertad, más frecuentes antes y después de la menopausia, la frecuencia es del 1% de todos los tumores ováricos.
 2. Fibroma, adenofibroma
 3. Tumor de Brenner

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- I. Molestias abdominales bajas leves
- II. Dolor pélvico
- III. Dispareunia
- IV. Abdomen agudo, si hay torsión, infarto o rotura
- V. Aumento de tamaño anexial
- VI. Anormalidades en los patrones de evacuación vesical o rectal

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- I. Ultrasonografía abdominal y/o vaginal
 1. Criterios de malignidad:
 - i. Tumor mixto, sólido-quístico.
 - ii. Tabicaciones.
 - iii. Excrescencias papilares intra o extraquísticas.
 - iv. Neovascularización.
 - v. Necrosis tumoral.
 - vi. Líquido intraquístico de aspecto sanguinolento.
 - vii. Bilateralidad.
 - viii. Invasión a estructuras vecinas.
 - ix. Ascitis.
 2. Doppler color:
 - i. Disminución en los índices de resistencia y pulsatilidad de las arterias ováricas.
 - ii. Neoformación de vasos sanguíneos en la cápsula tumoral, en los septos y en las papilas.
- II. Marcadores tumorales (reservados para cuando existan criterios clínicos o ultrasonográficos de malignidad):
 1. Ca 125: tumores de estirpe epitelial (niveles >65 UI/ml en premenopausia y > de 35 UI/ml en la post menopausia)
 2. Ca 19.9: tumores mucinosos.

3. Antígeno carcinoembrionario: tumores de células germinales.
 4. Alfa fetoproteína sérica: tumores del seno endodérmico.
 5. B-HCG: coriocarcinoma.
- III. Tomografía Axial Computarizada (reservado para casos en los que ni la ultrasonografía ni los marcadores tumorales sean concluyentes): Nos ayuda a confirmar el diagnóstico y la extensión, es decir el compromiso de las estructuras vecinas (vejiga, uréteres, recto sigmoides, colon, intestino delgado, epiplón, etc.), presencia de metástasis peritoneales, hepáticas, renales, retroperitoneales y para aórticas.
- IV. Otros estudios para determinar extensión, en caso de masas con sospecha de malignidad, previa cirugía o que se sospeche compromiso de otros órganos por ultrasonografía:
1. Ultrasonografía Abdominal, (hígado, riñón, páncreas, bazo, etc.)
 2. Enema baritado.
 3. Rectosigmoidoscopia.
 4. Pielograma endovenoso.
 5. Radiografía simple de tórax.

Exámenes de laboratorio y gabinete en casos de tumor ovárico

Tumor quístico < de 10 cm. en edad fértil	Tumor quístico > de 10 cm. sin otro hallazgo ultrasonográfico	Tumor sólido en edad fértil	Tumor mixto o quístico > de 10 cm. con hallazgos ultrasonográficos de malignidad	Tumor en post menopáusica sólido o mixto
Generalmente benignos	Generalmente benignos	Teratomas maduros o inmaduros Son muy raros: tecomas, arrenoblastomas, fibromas o coriocarcinomas del ovario D/C riñón pélvico	Septas gruesas > de 3 mm. Nódulo satelital o excrescencias Flujos de baja resistencia intratumoral Ascitis Tumores bilaterales	Seguir protocolo de tumor mixto > 10 cm. o con hallazgos ultrasonográficos de malignidad
No necesitan estudio complementario	Tracto digestivo superior (TDS) en casos de alteraciones gástricas	Rx simple de abdomen PEV	PEV TDS Enema baritado USG abdominal	
	Fosfatasa alcalina LDH	B-hcg Fosfatasa alcalina LDH	Ca 125, B-hcg, LDH, fosfatasa alcalina, depuración de creatinina en orina de 24 horas + alfa feto proteína + antígeno carcino embrionario + evaluación en el servicio o por oncología	

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Masas Anexiales:

I. Ovario

1. Neoplasias ováricas
2. Quistes ováricos
3. Abscesos tubo ováricos

II. Trompa

1. Embarazo ectópico

2. Hidrosálpinx
 3. Neoplasias tubáricas
 4. Quistes paratubáricos
 5. Salpingitis tuberculosa
- III. Miomas uterinos o intraligamentarios
- IV. Tracto gastrointestinal
1. Abscesos apendiculares
 2. Tumores apendiculares
 3. Abscesos diverticulares
 4. Tumores de colon
 5. Fecalota
- V. Genitourinarios
1. Riñón pélvico
 2. Vejiga llena
- VI. Retroperitoneo
1. Hematoma
 2. Quiste linfático
 3. Linfoma
 4. Sarcoma
 5. Quiste del uraco
 6. Meningocele del sacro anterior

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

- I. Las pacientes con diagnóstico o sospecha clínica de masa anexial deben ser evaluadas por un ginecólogo.
- II. Los quistes funcionales del ovario sin dolor abdominal agudo pueden ser manejados por ginecólogo en Centros de Atención de Mediana Complejidad.
- III. Las pacientes con dolor agudo y/o tumores quísticos mayores a 6 cm. deben ser referidas a hospitales que presten atención en la especialidad de ginecología.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

- I. Abdomen agudo (sospecha de torsión, ruptura, hemorragia e infección)
- II. Estudio por sospecha de malignidad y de extensión, según criterio médico y condición de la paciente. Tomar en cuenta las Guías de Ginecología Oncológica.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tumores fisiológicos menores de 6 cm. (quiste folicular y de cuerpo lúteo):

- I. Observación por tres meses y ultrasonografía control, debiendo precisar las medidas del quiste.
- II. Anticonceptivos Orales durante un periodo no menor de tres meses y luego Ultrasonografía control.
- III. Anti inflamatorios no esteroides, en casos de dolor pélvico

Manejo quirúrgico:

- I. Cuando mida más de 6 cm.
- II. Cuando no responde a tratamiento médico y produce sintomatología compresiva.
- III. Sospecha de malignidad.

El tratamiento es la salpingooforectomía, a menos que interese la función reproductiva, en cuyo caso se realizará una tumorectomía con reconstrucción del ovario. Siempre se debe realizar estudio histopatológico.

Manejo según reporte patológico

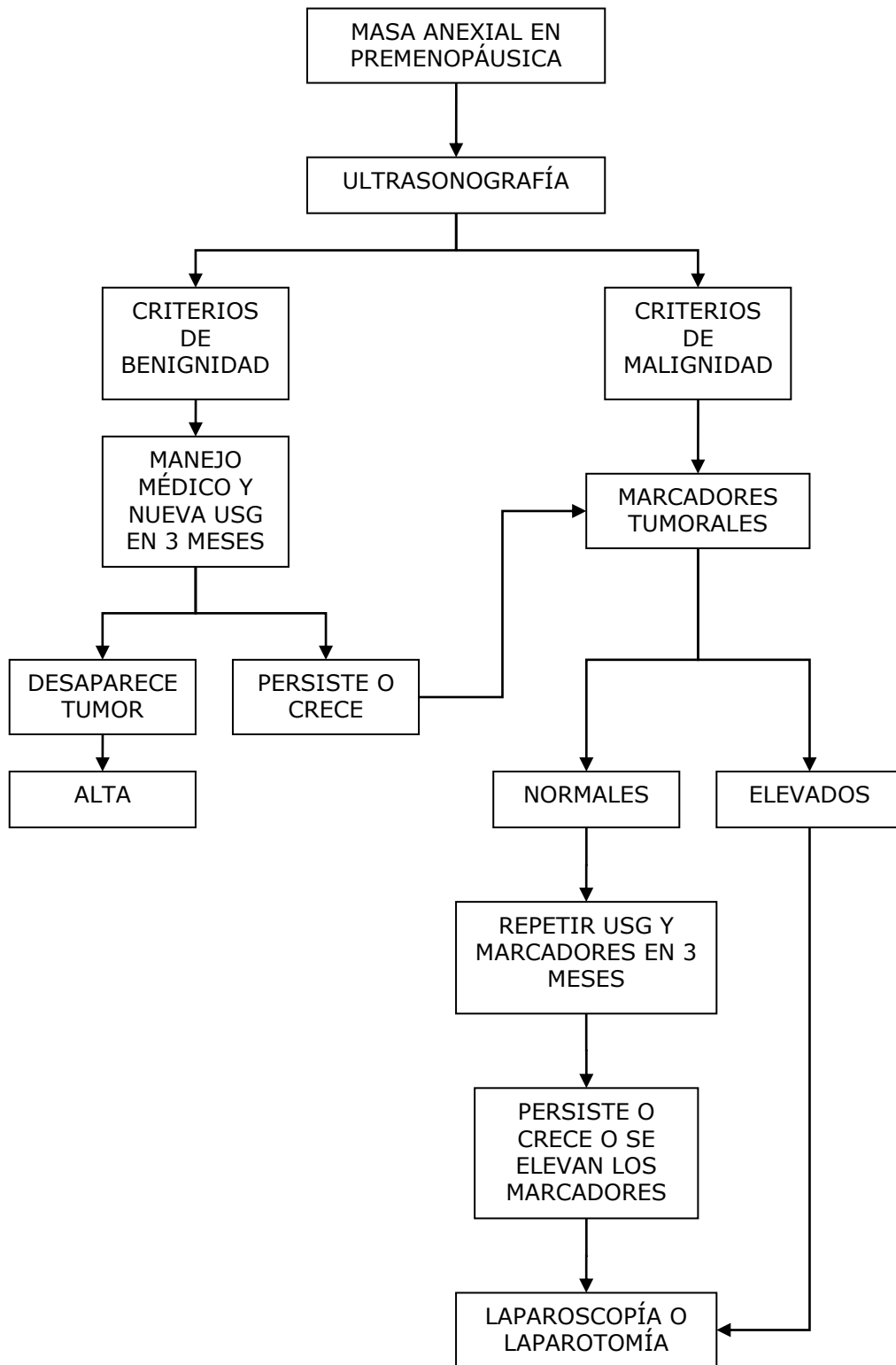
- I. Benigno: seguimiento por ginecólogo
- II. Borderline o maligno: Referir a oncología

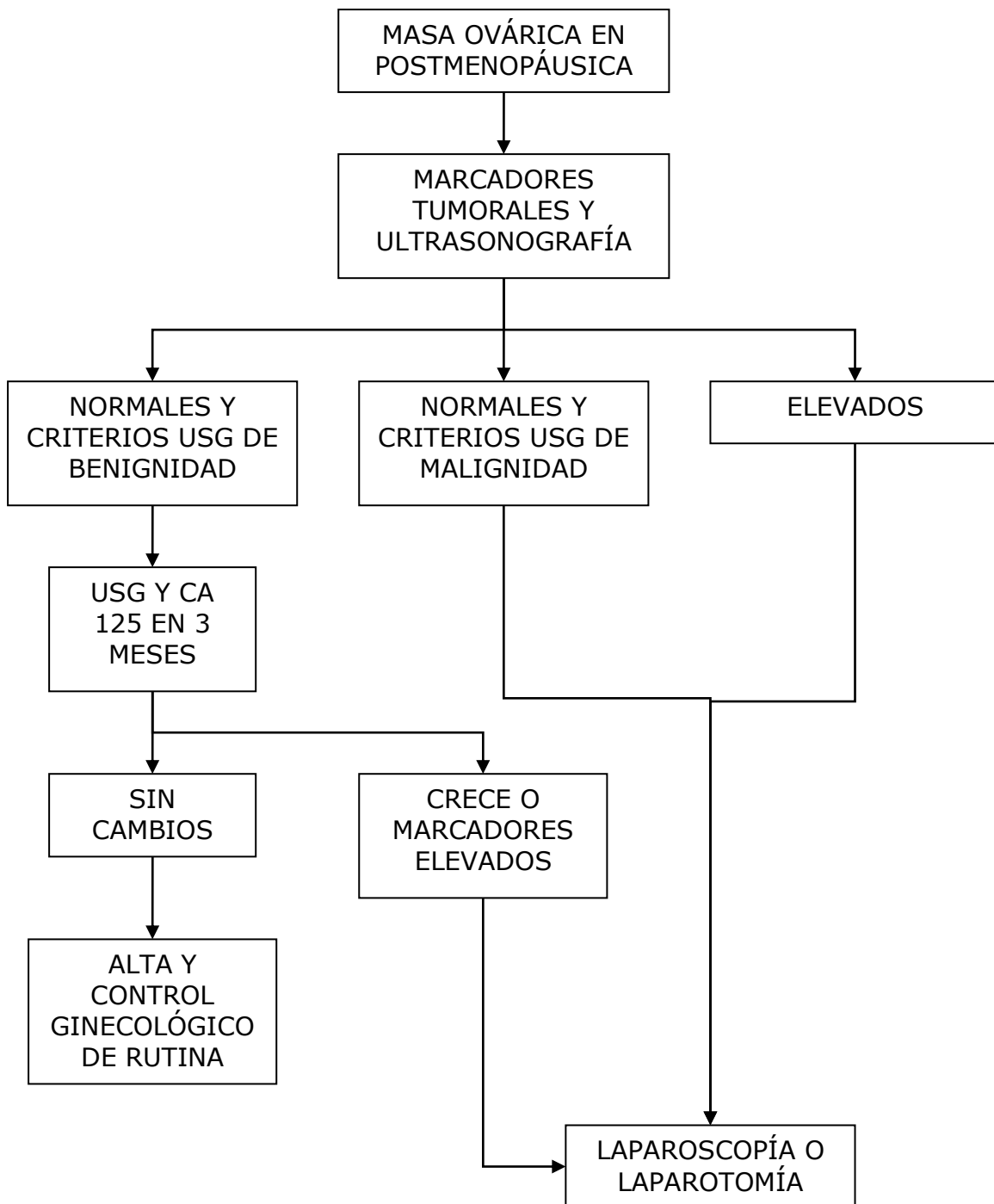
TUMORES BORDERLINE: son aquellos de bajo potencial maligno, pueden ser uni o bilaterales pero con la cápsula intacta representan aproximadamente un 12% de los cánceres de ovario.

MASA ANEXIAL Y EMBARAZO

- I. La condición de embarazo conlleva a cambios anatómicos y la formación del cuerpo lúteo, los cuales desaparecen durante el segundo trimestre del embarazo, por lo que el manejo debe de ser lo más conservador posible y solo intervenir en casos de complicación, ya sea por malignidad o abdomen agudo.
- II. Las posibilidades de producir distocia, alto riesgo de torsión, rotura, hemorragia y la sospecha de malignidad debe generar la necesidad de evaluar el manejo quirúrgico.
- III. La intervención quirúrgica parece no afectar los resultados perinatales y el momento recomendado para la intervención quirúrgica es al inicio del segundo trimestre preferentemente de forma electiva.
- IV. La vía recomendada es la cirugía convencional.
- V. Si se hace necesaria la intervención quirúrgica durante las primeras doce semanas de gestación, se recomienda el uso de progesterona hasta que la placenta comande el embarazo, entre las semanas 12 y 14 de gestación.

FLUJOGRAMA DE MANEJO DE MASA OVÁRICA





CRITERIOS DE EGRESO

Según respuesta de la paciente al manejo.

INCAPACIDAD

Según evolución clínica y criterio médico.

SEGUIMIENTO:

- I. Benigno: alta al resolverse y control ginecológico rutinario.
- II. Maligno: según criterio de protocolos oncológicos.

EDUCACIÓN:

Adherirse a los controles de seguimiento, cuando el caso lo amerite.

BIBLIOGRAFÍA:

- Danforth's Obstetrics and Gynecology, 10th Edition; Gibbs, Ronald S.; Karlan, Beth Y.; Haney, Arthur F.; Nygaard, Ingrid E.; 2008.

SÍNDROME DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS

CIE 10 E-28.2

ELABORADO POR:

DR. CARLOS ENRIQUE DENYS, INFERTÓLOGO, HOSPITAL 1º DE MAYO
DRA. ÁNGELA DE LINARES, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL AMATEPEC
DRA. MARLA RIVAS MORENO, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA
DR. RENÉ ALVARADO, GINECO OBSTETRA, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Es una serie de alteraciones que se presenta a través de una variedad de manifestaciones clínicas, tales como anovulación crónica, infertilidad e hiperandrogenismo, pudiendo acompañarse de hemorragia uterina disfuncional. Es un trastorno funcional complejo que altera el eje hipotálamo-hipófisis-ovario.

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

- I. Afecta entre el 5 al 10% de mujeres en edad reproductiva.
- II. Como causa de infertilidad de origen endocrino se reporta entre el 40 hasta el 60%.
- III. Autosómico dominante.
- IV. Hermanas e hijas tienen el 50% de riesgo de padecer mismo problema.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Para diagnosticar el Síndrome, deberá tener por lo menos **dos** de los siguientes hallazgos:

- 1. Oligomenorrea o anovulación**
- 2. Niveles elevados de andrógenos circulantes o manifestación clínica de exceso de andrógeno**
- 3. Aparecimiento de ovario poliquístico por Ultrasonografía**

- I. Los ovarios poliquísticos no necesitan estar presentes por USG para hacer el diagnóstico del Síndrome.
- II. Por el contrario, su sola presencia NO establece el diagnóstico.

- III. La presencia de un solo ovario con aspecto poliquístico es suficiente como diagnóstico ultrasonográfico, es decir, no necesariamente deberá ser un hallazgo bilateral.
- IV. Ovarios con un volumen mayor a 10 cc también se consideran poliquísticos, independiente de su morfología.
- V. Entre un 8 a un 25% de mujeres normales tienen hallazgos ultrasonográficos de ovarios poliquísticos.
- VI. Cerca de un 14% de mujeres tomando Anticonceptivos Orales tienen hallazgos ultrasonográficos de ovarios poliquísticos.
- VII. Se deben excluir condiciones médicas que causen ciclos menstruales irregulares y exceso de andrógenos. Por ejemplo, hipotiroidismo, hiperprolactinemia, alteraciones de glándulas suprarrenales, entre otras.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- I. Amenorrea (50%)
- II. Obesidad (35-60%)
- III. Signos de hiperandrogenismo clínico:
 - 1. Hirsutismo: score de 8 según Sistema de Puntaje de Ferriman Gallwey (Anexo 1)
 - 2. Acné
 - 3. Alopecia
 - 4. Acantosis nigricans
- IV. Complicaciones en el Embarazo:
 - 1. Aumenta la prevalencia de pérdida temprana del embarazo
 - 2. Diabetes Gestacional
 - 3. Preeclampsia
 - 4. Bajo peso para edad gestacional
- V. Infertilidad

COMPLICACIONES A LARGO PLAZO

- I. Cáncer endometrial: aumenta el riesgo 3 veces
- II. Cáncer de mama: aumenta de 3 a 4 veces
- III. Riesgo de Diabetes Mellitus: 5 veces

IV. Mayor riesgo de enfermedad cardiovascular

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- I. Glucosa en ayunas
- II. Insulina en ayunas
- III. TSH, T3, T4
- IV. Prolactina
- V. Perfil de lípidos y lipoproteínas: colesterol, triglicéridos, lipoproteínas de alta densidad (HDL), lipoproteínas de baja densidad (LDL)
- VI. USG pélvica, de preferencia vaginal; si la paciente no ha tenido relaciones sexuales, deberá ser abdominal
- VII. En presencia de signos clínicos de exceso de estimulación androgénica y en centros de atención que cuenten con el servicio:
 1. Testosterona
 2. Androstenodiona
 3. Si los anteriores se encuentran elevados, indicar:
 - i. 17- α -hidroxiprogesterona
- VIII. Como el síndrome se acompaña de resistencia a la insulina y/o hiperinsulinismo, se recomienda constatarlo realizando una de las siguientes pruebas:
 1. Índice de resistencia a la insulina:
 - i. Glucosa / Insulina: Si el resultado es menor de 4.5, tiene resistencia a la insulina
 2. Valoración del modelo homeostático (HOMA):
 - i. (Glucosa x insulina) / 22.5: Si el resultado es mayor de 67, tiene resistencia a la insulina

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Se deben excluir condiciones médicas que causen ciclos menstruales irregulares y exceso de andrógenos.

- I. Hipotiroidismo
- II. Hiperprolactinemia
- III. Alteraciones de glándulas suprarrenales
- IV. Síndrome de Cushing

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Toda paciente con sospecha o diagnóstico de síndrome de ovarios poliquísticos deberá ser referida para atención por ginecología. El Gineco Obstetra deberá referir al infertólogo, cuando:

- I. Hayan manejado pacientes que deseen embarazo y que tengan resistencia al Citrato de Clomifeno a dosis máxima de 250 mg al día, que no ovulen, confirmado por ultrasonido.
- II. También pacientes que deseen embarazo que ovulan con Citrato de Clomifeno, confirmado por ultrasonido, sin lograr embarazo después de 4 a 6 intentos, para drilling de ovario o uso de menotropinas.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

- I. Presencia de hemorragia uterina anormal con compromiso hemodinámico.
- II. Paciente que será sometida a manejo quirúrgico.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- I. Bajar de peso (lo ideal)
- II. Cambio de hábitos alimentarios
- III. Ejercicio
- IV. Si no desea embarazo:
 1. Acetato de medroxiprogesterona 5 mg, 2 tabletas VO cada día del día 12 al 21 del ciclo o 2 tabletas VO al día del día 17 al 21 del ciclo. Recordar que se debe recomendar uso de preservativo ya que no inhibe la ovulación.
 2. Anticonceptivos orales, que no tengan derivados de levonorgestrel ya que aumenta el hiperandrogenismo. El uso de anticonceptivos inyectables no se recomienda.
- V. Si desea embarazo y no hay otra causa comprobada de la infertilidad:
 1. Citrato de clomifeno, tabletas de 50 mg, iniciando entre el tercer o el quinto día del ciclo por cinco días, una tableta diaria. Seguimiento folicular con ultrasonido días 12, 13 o 14 del ciclo para confirmar ovulación. Si

ovula, tiempo máximo de tratamiento: seis meses. Si no ovula, aumentar una tableta por mes, hasta un máximo de 5 tabletas diarias, siempre con seguimiento folicular.

2. Gonadotropina coriónica: para romper folículo, en los centros en los que esté disponible.
3. Gonadotropinas menopáusicas: de uso exclusivo según protocolo de Farmacoterapia.

VI. Antiandrógenos, para tratamiento de hirsutismo, sin deseo de embarazo, exclusivos de infertología:

1. Espironolactona

VII. Agentes sensibilizantes de la insulina, comprobando previamente la resistencia o hiperinsulinemia: metformina, tableta de 850 mg, una tableta cada 12 horas, dosis ideal: mayor de un gramo diario.

VIII. Tratamiento Quirúrgico: Cuando la paciente desea embarazo, y tiene una resistencia al citrato de clomifeno, previo a las gonadotropinas menopáusicas:

1. Drilling de ovario por videolaparoscopia

CRITERIOS DE EGRESO

- I. Pacientes que no deseen embarazo con ciclos menstruales regulares durante al menos tres meses, de preferencia si han logrado peso ideal, referir a Planificación Familiar.
- II. En pacientes infértiles, después de lograr embarazo, seguimiento ginecológico de rutina posterior al parto.

INCAPACIDAD

Por laparoscopia operatoria: 7 días.

SEGUIMIENTO:

- I. El seguimiento ultrasonográfico sólo será válido si se está monitorizando ovulación o cuando haya sospecha de hiperplasia endometrial.
- II. Pacientes que no deseen embarazo, manejadas con medroxiprogesterona y/o metformina, seguimiento cada seis meses a un año. En tratamiento con

anticonceptivos orales, seguimiento según norma de Planificación Familiar y mantenerlos hasta que desee embarazo.

EDUCACIÓN:

- I. Explicar la cronicidad del cuadro y las expectativas de control, las cuales no siempre son satisfactorias.
- II. Informar sobre las diferentes alternativas de tratamiento cuando desee embarazo y énfasis en ejercicio, dieta y cambio de hábitos en pacientes con sobrepeso.
- III. Habría que informar a la paciente sobre los riesgos de síndrome metabólico y riesgo de diabetes relacionado con el padecimiento del síndrome de Ovarios Poliquísticos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Speroff, León, Fritz, Marc A. Anovulación y Poliquistosis Ovárica. Endocrinología Ginecológica Clínica y Esterilidad (6 a. Edición en Español). Lippincott Williams & Wilkins. 2006; 465-498.
- Jaffe, Robert B., Yen, Samuel S. C., Barbieri, Robert L. Síndrome del Ovario Poliquístico (Anovulación crónica hiperandrogénica). Endocrinología de la Reproducción (4 a. Edición). Editorial Médica Panamericana. 2001; 465-510.
- Consensus on Diagnostic Criteria and Long Term Health Risk related to Polycystic Ovary Syndrome. The Rotterdam ESHRE/ASRM Sponsored PCOS Consensus Workshop Group, revised 2003. Human Reprod 2004: 19;41-47.
- Consensus on Infertility Treatment related to Polycystic Ovary Syndrome. The Thessaloniki ESHRE/ ASRM Sponsored PCOS Consensus Workshop Group, revised 2007. Human Reprod 2008: 3;467-477.
- Ehrmann DA Polycystic Ovary Syndrome. New Engl J Med 2005. 352:1223.
- Metformin for the Treatment of Polycystic Ovary Syndrome. New Engl J Med 2008. 358:47.
- Polycystic Ovary Syndrome A Guide to Clinical Management. New Engl J Med 2005. 353:26-25.

PATOLOGÍA BENIGNA DE LA MAMA

CIE 10 D-24

ELABORADO POR:

DRA. LEYLA ACEVEDO, MASTÓLOGA, HOSPITAL 1º DE MAYO

DRA. MERCEDES ABREGO DE AGUILAR, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL AMATEPEC

DR. MARVIN LÓPEZ PAZ, GINECO ONCÓLOGO, HOSPITAL SANTA ANA

DRA. ARMIDA DEL CARMEN CANIZALEZ AMAYA, GINECO ONCÓLOGA, HOSPITAL SAN MIGUEL

DRA. MIRNA DELMI CHAMAGUA DE ARGUETA, GINECO OBSTETRA, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DR. EDWARD ALEXANDER HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1º DE MAYO

DEFINICIÓN

El término "patología benigna de la mama" comprende un heterogéneo grupo de lesiones que incluye anomalías del desarrollo, trastornos funcionales, lesiones inflamatorias, mastopatías cíclicas, proliferaciones epiteliales o estromales y tumores. Pueden ocasionar dolor, tumoración palpable o secreción por el pezón.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Las lesiones mamarias benignas son frecuentes, representando alrededor del 90% de las presentaciones clínicas vinculadas con la mama. Comienzan a aparecer durante la segunda década de la vida y tienen un pico máximo en la cuarta y quinta década (premenopausia), en oposición a las enfermedades mamarias malignas, en las cuales su incidencia continúa incrementándose después de la menopausia.

La mastopatía fibroquística es la más frecuente, observándose clínicamente en el 50% de las mujeres, teniendo mayor incidencia en nuliparidad. El fibroadenoma predomina en mujeres jóvenes entre los 15 y 45 años.

CLASIFICACIÓN

- I. Enfermedades congénitas de la mama
 1. Cantidad y situación
 - i. Politelia (la más frecuente)
 - ii. Polimastia
 - iii. Amastia
 - iv. Mamas rudimentarias

2. Alteraciones del desarrollo
 - i. Desarrollo mamario precoz
 - ii. Hipertrofia juvenil
 - iii. Ginecomastia
 - iv. Hipoplasia mamaria
 - v. Umbilicación congénita del pezón

- II. Trastornos funcionales
 1. Telorreas
 2. Mastodinia

- III. Alteraciones inflamatorias
 1. Agudas:
 - i. Mastitis puerperal
 - ii. Abscesos
 - iii. Tromboflebitis
 - iv. Necrosis grasa
 - v. Hematomas
 2. Crónicas:
 - i. Inespecíficas (bacterianas)
 - ii. Específicas:
 - a) Tuberculosas
 - b) Parasitarias
 - c) Luéticas
 - d) Micóticas
 - e) Mastitis linfocítica (por diabetes)

- IV. Mastopatía fibroquística
 1. Lesiones no proliferativas
 2. Lesiones proliferativas sin atipia
 3. Lesiones proliferativas con atipias

V. Tumores benignos

(Clasificación histológica de los tumores benignos. O.M.S. 1981)

1. Tumores epiteliales
 - i. Papiloma intraductal
 - ii. Adenoma del pezón
 - iii. Adenoma tubular y lactante
2. Tejido conectivo y tumores epiteliales.
 - i. Fibroadenoma
 - ii. Tumor Phyllodes (cistosarcoma phyllodes)
3. Tumores varios
 - i. Tumores de tejidos blandos
 - ii. Tumores de piel
4. Displasia mamaria / enfermedad fibroquística
5. Lesiones de aspecto tumoral.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas y signos característicos de toda patología mamaria benigna son:

- I. Mastodinia: más del 60% de mujeres la presentan, el 21% de forma intensa.
 1. Cíclica: relacionada con periodo menstrual, siempre premenstrual y se alivia con la menstruación.
 2. No cíclica: dolor no tiene relación con la menstruación.
- II. Masa palpable
- III. Secreción a través del pezón

I. TRASTORNOS DEL DESARROLLO

Los trastornos del desarrollo pueden ser unilaterales o bilaterales, pudiendo existir alteraciones de la forma, número, tamaño, simetría y situación.

1. Alteraciones del número
 - i. Polimastia (mamas accesorias, ectópicas, aberrantes)
 - ii. Politelias (pezones supernumerarios, accesorios)
 - iii. Agenesia (de mama, pezón, areola)

2. Alteraciones del tamaño
 - i. Macromastia/micromastia
 - ii. Macrotelia/microtelia
 - iii. Macroareola/microareola
3. Alteraciones de la forma
 - i. Mamas: cónicas, discoides, globulares, pediculadas, etc.
 - ii. Areolas: prominentes, retraídas
 - iii. Pezón: prominente, aplanado, invertido, pediculado, bipartito
4. Alteraciones de la situación
 - i. Mamas con diferente implantación
 - ii. Mamas con escudo (desviaciones laterales (excéntricas o divergentes): no existe surco intermamario)
 - iii. Mamas supraareolares
 - iv. Pezones exoareolares
 - v. Teletelia (Aumento de la distancia entre los pezones)
5. Alteraciones de peso y densidad
6. Alteraciones de pigmentación
7. Asimetrías
 - i. Por situación
 - ii. Por forma
 - iii. Por tamaño
 - iv. Por ausencia parcial (por ejemplo: amastia, síndrome de Poland)

II. TRASTORNOS FUNCIONALES

Se incluyen en este apartado las telorreas, la ginecomastia y la mastodinia, entidades que suelen deberse a modificaciones de tipo endocrino, si bien en ocasiones pueden tener origen orgánico, por lo que hay que realizar siempre una minuciosa anamnesis, haciendo hincapié en los siguientes aspectos: antecedentes patológicos personales y familiares, edad, ciclo menstrual, aborto o parto reciente, ingesta de fármacos (hormonales, sedantes, anticonvulsivantes, antiácidos, metoclopramida, alfa metildopa, antidepresivos, etc.) y trauma mamario.

1. Telorreas

Se habla de telorrea si hay salida por el pezón o por la areola de algún tipo de sustancia, sea fisiológica o patológica, considerando como fisiológica las épocas de gestación y puerperio. En aproximadamente el 30% de los casos se asocian a normoprolactinemia y ovulación.

Cuando son secreciones no lácteas se habla, en general, de telorreas, mientras que se denomina galactorrea a la salida de leche por el pezón en época no fisiológica, y telorragia cuando hay sangrado por el pezón.

Asimismo, en las areolas pueden ocurrir derrames secundarios a procesos inflamatorios o quísticos de las glándulas presentes en ellas (secreciones amarillentas, verdosas o serosanguinolentas).

Es importante determinar si el derrame es uniorificial o pluriorificial, ya que con frecuencia los derrames funcionales suelen ser bilaterales pluriorificiales, mientras que los de origen tumoral suelen ser uniorificiales y unilaterales.

Las galactorreas pueden tener infinidad de etiologías pero podríamos resumirlo en:

- Fallo en la inhibición hipotalámica de la liberación de prolactina.
- Aumento del factor liberador de prolactina.
- Liberación autónoma de prolactina.
- Idiopática.
- Síndromes amenorrea-galactorrea. Incluyen un grupo de entidades que clínicamente pueden inducir a confusión, pero que tienen diferentes orígenes.

2. Mastodinia

Se refiere al dolor mamario de carácter cíclico, unilateral o bilateral, que acompaña al síndrome de tensión premenstrual, normalmente en la segunda fase del ciclo menstrual, en principio no relacionado con ningún proceso orgánico. Se menciona este cuadro en el apartado de mastopatías cíclicas.

Es importante conocer que la mastalgia se define como dolor mamario no cíclico, es decir, producido por patología orgánica, traumática, vascular, neurológica, inflamatoria, tumoral, etc., y se caracteriza por un cuadro clínico de dolor mamario y nodularidad difusa, iniciándose en la edad reproductiva y con tendencia a desaparecer después de la menopausia. Con frecuencia desconocemos la fisiopatología desencadenante de la mastalgia, en la cual interaccionan factores hormonales, alimentarios, como las dietas ricas en grasas, metabólicos y emocionales, de ahí que sea difícil escoger la terapia más adecuada en cada caso.

3. Ginecomastia:

Concepto: Hipertrofia del tejido mamario en el varón.

Aunque puede ser uni o bilateral, predomina en el lado izquierdo, excepto en la cirrosis hepática, que es derecha.

Los relativamente raros casos de cáncer de mama en el varón se dan en pacientes con ginecomastia. La etiología puede ser endocrina, hepática, trauma, farmacológica, malnutrición. El cáncer de mama en el hombre tiene una incidencia de 1%.

III. PROCESOS INFLAMATORIOS

El cuadro clínico se presenta con los cuatro pilares de toda inflamación: rubor, calor, edema y dolor; además, si hay fluctuación es que se trata de un absceso. Cuando existe linfangitis el proceso afecta a los sistemas de drenaje. El diagnóstico se hará en función de la clínica.

Durante el proceso inflamatorio la mamografía no aporta dato adicional alguno, por lo que en la práctica no será considerada, pero una vez resuelto el episodio, se tomará el estudio de rutina según la Norma del Programa de Atención Integral en Salud a la Mujer.

Los procesos inflamatorios de la mama pueden ser agudos y crónicos, según su forma de presentación.

1. Procesos inflamatorios agudos

Son principalmente infecciones bacterianas, el germen más habitual el es estafilococo dorado. También pueden presentarse estreptococos

neumococos, colibacilos y el bacilo tífico (que se segrega a la leche). La puerta de entrada es a través del pezón, ya sea por fisura o por irritación. Se observan más frecuentemente en períodos de lactancia y puerperio, pudiendo presentarse de forma esporádica. Se sospechará sobre todo en la madre con fiebre de 39 a 40°C, con zona eritematosa inicialmente segmentaria, dolorosa e indurada en la mama y linfangitis mamaria con o sin adenopatías. En mujeres que no dan lactancia, los gérmenes predominantes son los anaerobios.

2. Procesos inflamatorios crónicos

Suelen aparecer como consecuencia de un absceso mamario mal drenado o con tratamiento médico insuficiente. Clínicamente se aprecia una induración dolorosa e irregular que puede, o no, estar adherida a la piel, con adenopatía axilar variable y cuadro de larga evolución. Se forma una induración más o menos dolorosa, irregular, profunda y a veces con adherencia a piel, que, por su lenta evolución, remedan un carcinoma en ocasiones. La piel se pone tensa y enrojecida, y, en el curso de sus fluctuaciones, puede drenar y fistulizar repetidas veces.

IV. MASTOPATÍAS CÍCLICAS

1. Adenosis

Se considera esta denominación como expresión de un cuadro clínico y no de una lesión patológica, que se presenta en mujeres de entre 30 y 40 años, y donde coexisten el dolor y la presencia de nodulaciones. También tiene presentación cíclica y predominio premenstrual, desapareciendo con la regla.

2. Mastopatía fibroquística

Aparece en mujeres a partir de los 40 años, es una entidad clínico patológica que se presenta como una zona dura y, en general, molesta y es de evolución cíclica también. En este grupo, la aparición de una tumoración en relación con la edad conllevará realizar exploraciones

complementarias como la mamografía, que muchas veces se seguirá de una comprobación ecográfica y práctica de punción.

La mastopatía fibroquística es el trastorno mamario benigno más frecuente.

V. TUMORES BENIGNOS

Se hará referencia a los más frecuentes en la práctica clínica.

Las características clínicas de benignidad son:

- Superficie lisa y bordes bien delimitados.
- Desplazable fácilmente, no fijación a planos profundos ni a la piel.
- No existencia de adenopatías sospechosas en ninguna de las áreas de drenaje de los tejidos mamarios.

Ante una tumoración siempre debemos practicar una punción-aspiración con aguja fina CAAF, para diferenciar si la lesión es sólida o quística, y el material obtenido se enviará para estudio citológico en ambos casos.

1. Quistes mamarios

Constituyen las tumoraciones benignas más frecuentes de la mama, con una mayor frecuencia desde los 35 años y en la perimenopausia (40-50 años), siendo raros tras los 55 años. Clínicamente se distinguen macroquistes (1-6 cm) uni o multiloculares y microquistes (1-2 mm.). Igualmente pueden ser únicos, múltiples y complejos.

Estará indicada la biopsia en los siguientes casos:

- Contenido hemático.
- Persistencia de masa palpable tras aspiración.
- Recidiva
- Lesiones mixtas (lesiones sólidas y quísticas).
- Citología sospechosa.
- Estudio de imágenes sospechosa.

2. Fibroadenoma

Es el tumor sólido benigno más frecuente en la mama, con mayor incidencia entre los 15 y los 35 años de edad.

Su tamaño generalmente no sobrepasa los 5 cm., aunque a veces puede ocupar toda la mama y en esos casos hablamos de fibroadenoma gigante. No suele ser doloroso. Clínicamente se trata de tumoraciones blanco-nacaradas, generalmente de 1-2 cm., con superficie lisa, de consistencia firme, fibrosa y encapsulada. A la palpación se aprecia el típico nódulo benigno, duro, bien delimitado y desplazable.

VI. PROCESOS PSEUDOTUMORALES DE LA MAMA:

1. Ectasia ductal:

Clínicamente cursa con telorrea verdosa o espesa; purulenta en fase de mastitis. Sufre frecuentes reactivaciones.

El diagnóstico es clínico, apoyado por la citología de la telorrea y la visualización del ducto dilatado en la ductografía. Usualmente cede espontáneamente y ocasionalmente requiere antibióticos y antiinflamatorios.

2. Galactocele:

Se da sobre todo en puérperas, siendo raro en gestantes y excepcional en la infancia y en nulíparas.

Clínicamente se aprecia un nódulo sensible y palpable, de contornos generalmente lisos. Es móvil y no tiende a adherirse. A la palpación da sensación de fluctuación. Al apretarlo deja fóvea y puede fluir un chorro de leche por el pezón.

DIAGNÓSTICO

I. Historia clínica, con énfasis en:

1. Fecha de inicio de enfermedad, sintomatología: tumor, dolor, retracción del pezón, secreción por pezón, eritema, ulceraciones, palpación de ganglios, traumatismos previos, uni o bilateral.
2. Cíclico (relacionado o no a ciclo menstrual).
3. Antecedentes personales relacionados al estatus hormonal: paridad, ciclos menstruales, tratamientos hormonales, edad de la menarquia y menopausia, lactancia.

4. Antecedentes familiares: antecedentes de enfermedad mamaria.

II. Examen físico:

Deberá ser realizado siguiendo una pauta previamente definida:

1. Inspección estática: Con la mujer sentada frente al examinador para visualizar diferencias entre ambas mamas, retracciones, ulceraciones, enrojecimiento, edema, etc.
2. Inspección dinámica: Solicitando a la mujer que levante ambos brazos por encima de la cabeza, lo que hará más evidente posibles alteraciones mamarias e indicará la zona de la mama que merece mayor atención. A continuación pedirle que ponga sus manos en la cintura y presione fuertemente para contraer los músculos pectorales.
3. Examen de ambas axilas: Con la mujer sentada con el antebrazo en flexión sostenido por la mano del examinador y frente a este para determinar la presencia, cantidad y tipo de adenopatías.
4. Examen de ambas fosas supraclaviculares: se examinará con la mujer sentada. El descenso del mentón facilita la palpación, para relajar la musculatura del cuello.
5. Palpación mamaria: Para esta maniobra, es conveniente que la mujer se encuentre en decúbito dorsal con ambos brazos detrás de la cabeza. Deberá palparse la totalidad de la mama en forma suave, precisa y ordenada con las yemas de los dedos de la mano, desde el lado contralateral a la mama examinada.
6. El examen puede extenderse hacia la clavícula, zona media esternal y principalmente hacia la axila.
7. Búsqueda de secreción del pezón: el examen de la areola y el pezón debe realizarse en forma sistemática con inspección y palpación. Si hay secreción por el pezón se determinará si es espontáneo o provocado, el tipo de secreción (en especial si es seroso o sangre) si es unilateral, multiorificial o uniorificial.

III. Métodos auxiliares de diagnóstico:

1. Citología de secreciones o Impronta: cuando hay telorrea. La impronta se realiza colocando la lámina sobre el pezón o la superficie del tumor o zona sospechosa a biopsiar.
2. Citología por aspiración con aguja fina (CAAF): se efectúa para obtener material celular con fines diagnósticos de nódulos quísticos o sólidos. Existe la punción dirigida por ultrasonido en lesiones no palpables. Es confiable en el 90%, falsos negativos entre el 3 al 8%, falsos positivos del 2 al 4%, sensibilidad y especificidad del 95%.
3. Ultrasonografía mamaria: el principal objetivo es la identificación de lesiones sólidas o quísticas, visualizar formaciones intraquísticas, como complemento de mamografía, para guiar biopsias con aguja fina en lesiones no palpables. Este método es preferible en pacientes jóvenes menores de 40 años y con prótesis.
4. Mamografía para detección de lesiones sólidas o microcalcificaciones y como tamizaje según el Programa de Atención Integral en Salud a la Mujer.
5. Cultivo de secreción en procesos inflamatorios, tomando en cuenta que se debe enviar muestra para BAAR, no BAAR y micológico.
6. Galactografía, para patología ductal uniorificial.
7. Biopsia: método diagnóstico definitivo, indicado en mamografías y ultrasonografías con BIRADS 4 y 5; nódulos sólidos sospechosos, quísticos recidivantes y de crecimiento rápido.

El estudio mamográfico como parte del tamizaje mamario se recomienda a partir de los cuarenta años y la ultrasonografía se indica en pacientes jóvenes y como complemento de mamografía en pacientes arriba de 40 años.

AMBAS SE EVALÚAN DE LA SIGUIENTE MANERA:

SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN Y RECOMENDACIONES

BI-RADS 0: Evaluación adicional

BI-RADS 1: Negativa

BI-RADS 2: Benigna
BI-RADS 3: Probablemente benigna
BI-RADS 4: Anormalidad sospechosa
BI-RADS 5: Altamente sugestiva de malignidad
BI-RADS 6: Malignidad conocida

Categoría 0: se considera una categoría incompleta, para establecer una categoría precisa evaluación adicional, bien sea mediante técnicas de imagen (proyecciones adicionales, ultrasonografía o mamografía) o comparación con estudios anteriores.

Categoría 1: normal, ningún hallazgo a destacar. Se recomienda seguimiento a intervalo normal.

Categoría 2: normal, pero existen hallazgos benignos. Se recomienda seguimiento a intervalo normal.

Categoría 3: hallazgos con una probabilidad de malignidad <2%. Se describen 3 hallazgos específicos:

- nódulo sólido circunscrito no calcificado
- asimetría focal
- microcalcificaciones puntiformes agrupadas

Para su asignación es preciso realizar una valoración completa por la imagen (proyecciones adicionales, ultrasonografía o mamografía, comparación con estudios previos), y por definición se excluyen las lesiones palpables. La actitud recomendada es el seguimiento con intervalo corto, que consistirá en un estudio a los 6 meses y a los 12 y 24 meses. En caso de aumento o progresión de la lesión es recomendable practicar una biopsia.

Categoría 4: incluye aquellas lesiones que van a requerir intervencionismo, si bien tienen un rango de probabilidad de malignidad muy amplio (2-95%).

La actitud recomendada es la biopsia, aunque no se especifica qué técnica intervencionista se debe utilizar en cada caso

(punción citológica, con aguja gruesa, con sistemas asistidos por vacío o biopsia quirúrgica).

Categoría 5: hallazgos típicamente malignos, con una probabilidad >95%. La actitud recomendada es tomar acciones apropiadas.

Categoría 6: lesiones con malignidad demostrada mediante biopsia, previa a terapias definitivas (cirugía, radioterapia o quimioterapia), y por lo tanto no se debe confirmar su malignidad. Se utiliza en casos de segundas opiniones o en la monitorización de la quimioterapia neoadyuvante.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

- I. A ginecología en unidad médica:
 - 1. Patología inflamatoria que no mejora después de tratamiento médico en una semana
 - 2. Nódulo palpable
 - 3. Alto riesgo de cáncer
 - 4. Secreciones patológicas
 - 5. Mastalgia no cíclica
 - 6. Alteración del complejo areola-pezones que no cede a tratamiento médico
- II. A hospital con la especialidad de ginecología:
 - 1. Patología inflamatoria que necesita drenaje quirúrgico
 - 2. Pacientes en quienes está indicada la biopsia (core o percutánea e incisional)

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

- I. Absceso de mama
- II. Pacientes que serán sometidas a intervención quirúrgica

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

I. MANEJO GLOBAL DE LA MASTALGIA

Principios generales:

1. Tratamiento: Las distintas hipótesis etiopatogénicas y las distintas formas clínicas del dolor han conducido diversas posibilidades terapéuticas:

- i. Tranquilizar a la paciente y descartar el cáncer: Ello basta para prácticamente el 85% de las pacientes.
- ii. Promoción de estilos de vida saludable (dieta y ejercicio)
- iii. Reglas higiénicas:
 - a) Uso de sujetador sin elementos traumáticos.
 - b) Eliminación de las metilxantinas de la dieta (café, té, chocolate, colas).
- iv. Acetato de Medroxiprogesterona 5 mg. Varios estudios han demostrado una mejoría importante en el dolor y la nodularidad mamarios con la administración de derivados de la progesterona por vía oral, 10 mg al día del día 15 al 25 del ciclo.
- v. Bromocriptina 2.5 mg: en los casos que se presente mastalgia más hiperprolactinemia, iniciando con media tableta al día, a dosis respuesta, por tres a seis meses.

2. En casos de sintomatología severa se evaluará el uso de los siguientes fármacos:

- i. Danazol: Como antigonadotrófico, a dosis inicial de 200 mg al día, para rebajarla a 100 mg al día como mantenimiento, durante 3 meses. Ha demostrado ser el fármaco más potente, con relativamente bajos efectos secundarios.
- ii. Tamoxifeno: Como antiestrógeno, a dosis de 10 a 20 mg al día, durante 10 días a partir del día 15 del ciclo, durante tres meses. Ha mostrado eficacia en el tratamiento de la mastalgia, pero la posibilidad de inducir tumores hepáticos, patología endometrial y

eventos tromboembólicos ha obligado a relegarlo a una segunda línea.

iii. Otros tratamientos:

a) Antiinflamatorios no esteroideos: recordar que producen Insuficiencia Renal por uso prolongado.

II. MANEJO QUIRÚRGICO

El manejo quirúrgico está indicado en los siguientes casos:

1. CAAF no concluyente
2. Masa palpable aunque el estudio de imágenes sea negativo
3. Aspiración de quiste de contenido sanguinolento
4. Quiste recidivante
5. Toda anomalía mamográfica o ultrasonográfica no palpable sospechosa de un carcinoma debe ser resecada por una técnica de Marcaje pre quirúrgico.
6. En caso de tumoraciones grandes debe evaluarse la Cuadrantectomía.
7. Los procedimientos quirúrgicos innecesarios deben ser evitados.
8. Ante un cuadro clínico-radiológico dudoso, hay que hacer una CAAF y/o biopsia. Si después del tratamiento médico persisten lesiones dominantes de mastopatía fibroquística o un área residual significativa, se debe recurrir a la biopsia o a la exéresis quirúrgica de la zona para su estudio histológico.

III. MANEJO DE LA TELORREA:

1. El derrame fisiológico no requiere un tratamiento específico.
2. Ante una secreción sanguinolenta (producida la mayoría de veces por papilomas intraductales), una exploración quirúrgica del ducto es esencial como método diagnóstico, puesto que las pruebas de imagen y la citología de la secreción no excluyen de pleno un proceso maligno.
3. La cirugía (escisión del ducto mayor) es también una opción para el manejo del derrame persistente debido a una ectasia ductal si es preocupante o molesto para la paciente. Esta opción solo debe ser

- ofrecida a la mujer que no contempla en un futuro la posibilidad de amamantar.
4. Cuando la historia clínica sugiere un derrame espontáneo, pero la evaluación clínica y pruebas de imagen son normales y no hay evidencia de secreción cuando se aplica presión en el complejo pezón/areola, se recomienda un seguimiento clínico durante 3 meses.
 5. Ante una galactorrea, en primer lugar se procurará corregir la causa etiológica específica, reservándose el tratamiento para las galactorreas con hiperprolactinemia idiopáticas y tumorales. Este tratamiento podrá ser médico, siendo de elección los fármacos dopaminérgicos.

IV. TRATAMIENTO DE LOS PROCESOS INFLAMATORIOS AGUDOS

El tratamiento sintomático con frío local y la administración de antiinflamatorios, como el ibuprofeno a dosis de un comprimido cada 8 horas, producen alivio en las pacientes. Además, es imprescindible añadir antibióticos contra cocos grampositivos, tales como Cefadroxilo a dosis de 500 mg cada doce horas durante 7 a 10 días.

En pacientes inmunodeprimidos se debe añadir un anaerobicida como el metronidazol a dosis de 500 mg cada 8 horas.

En caso de alergia a los betalactámicos, puede ser útil la clindamicina a dosis de 300 mg cada 8 horas según la gravedad de la infección y el ciprofloxacino a dosis de 500 mg cada 12 h.

Es importante tomar como base el antibiograma para evaluar los cambios de antibióticos.

Si hay absceso, se precisa el tratamiento quirúrgico.

Actualmente se ha comprobado que debe estimularse a las pacientes para que no interrumpan la lactancia o, en su defecto, que realicen extracción manual de la leche de la glándula afectada, con lo que se promueve el drenaje de leche y se acelera el proceso de resolución del cuadro.

CRITERIOS DE EGRESO

- I. Resolución de proceso inflamatorio agudo o crónico.

- II. Posterior a exéresis de tumoración con reporte anatomopatológico de benignidad.

INCAPACIDAD

- I. En casos de procesos inflamatorios agudos se recomienda una incapacidad de 3 a 5 días.
- II. En caso de drenaje quirúrgico o biopsia excisional 7 a 10 días.
- III. En caso de cuadrantectomía 10 a 15 días.

SEGUIMIENTO:

Según la patología diagnosticada.

EDUCACIÓN:

- I. Explicar la naturaleza benigna de la patología
- II. Uso de sostén adecuado sin estructura metálica acorde al tipo de actividad a realizar
- III. Dieta libre de metilxantinas
- IV. Educar a la paciente sobre guardar mamografías previas (placas y reportes) y llevarlas a los estudios posteriores, sean estos otras mamografías o ultrasonografías.

BIBLIOGRAFÍA:

- Patología benigna de mama M. Rulla J.F. Juliána Y. Guerrero Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. FMC 2000; 07: 502 - 511
- Ginecología de Gori, 2001.

INCONTINENCIA URINARIA

CIE 10 R-32

ELABORADO POR:

DR. EDUARDO CÓRDOVA MACÍAS, JEFE DE DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. CARLOS LÓPEZ MARTÍNEZ, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. MARVIN MORENO MARIONA, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL AMATEPEC

DR. PRIMO ROBERTO MARTÍNEZ, UROGINECÓLOGO, HOSPITAL SAN MIGUEL

DR. MERLO ANGEL MÉNDEZ GENOVÉS, GINECO OBSTRETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DEFINICIÓN

La Incontinencia Urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar objetivamente y que produce un problema social, médico e higiénico a la persona que la presenta (International Continence Society).

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

- I. Aproximadamente entre el 25% y el 30% de las mujeres presenta en algún momento de su vida uno o varios episodios de Incontinencia Urinaria, sin embargo la incidencia exacta de esta enfermedad es difícil de calcular debido a que muchas mujeres no consideran estos episodios como un problema o no lo consultan con su médico por sentimientos de vergüenza.
- II. En el estudio "Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria" realizado por Marroquín, Bolainez y Córdova en el ISSS en el año 2007, se encontró: El 42% de las mujeres del estudio reportó haber presentado algún episodio de incontinencia urinaria, la prevalencia aumentó al incrementarse la edad y el 50% de las pacientes consideraron los síntomas de moderados a severos. Según el tipo de incontinencia, el 45% de las mujeres presentan incontinencia urinaria de esfuerzo, el 44% incontinencia urinaria de tipo mixto y el 11 % incontinencia urinaria de urgencia.
- III. De acuerdo a las proyecciones del número de mujeres derechohabientes mayores de 20 años en el ISSS para el año 2008 (Departamento de actuariado y estadística), se estima que de las 510,863 mujeres, el 25% de ellas (127,716) presentarán problemas de incontinencia urinaria y de todas ellas, el 7% (35,760 mujeres) presentarán una incontinencia de moderada a severa que las convierte en pacientes potenciales.

- IV. El 40% de las mujeres que presentan incontinencia urinaria tienen otro problema de piso pélvico asociado.

CLASIFICACIÓN

I. Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE):

Es la pérdida involuntaria de orina que se produce con el aumento de la presión abdominal (tos, estornudos, risa, levantamiento de objetos, cambios de posición, ejercicio, etc.). En este tipo, existe un desplazamiento hacia abajo de la vejiga y la uretra por la debilidad de las estructuras encargadas del soporte del piso de la pelvis.

1. CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: Tipo 0, I y II por hipermovilidad uretral, tipo III por deficiencia esfinteriana.
 - i. Tipo 0: Historia típica de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo pero no se puede demostrar durante el examen. Probablemente la paciente evita el escape urinario mediante contracción momentánea del esfínter uretral externo.
 - ii. Tipo I: Mínimo descenso del cuello vesical y la uretra con incontinencia aparente, sin cistocele.
 - iii. Tipo II: Cistouretrocele obvio con escape urinario evidente durante el esfuerzo.
 - iv. Tipo III: Cuello vesical abierto durante el llenado, escape urinario con mínimo esfuerzo o permanentemente a través del meato. Usualmente historia de fracasos quirúrgicos anti-incontinencia o de trastorno neurológico.

II. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU):

Está caracterizada por el deseo incontrolable de orinar, hasta el punto de la pérdida involuntaria de orina. Generalmente se produce por falta de control a nivel del músculo detrusor o por alteraciones neurológicas. Se acompaña de aumento de la frecuencia de las micciones en el día y en la noche (nicturia), urgencia miccional e incontinencia y sensación de micción incompleta.

III. Incontinencia urinaria mixta (IUM):

Se presenta cuando ambos tipos de Incontinencia se asocian, es decir, existe incontinencia de urgencia y pérdida de orina con los esfuerzos.

IV. Incontinencia urinaria por rebosamiento:

Es el escape de orina con una capacidad vesical mayor de lo normal. Se asocia con vaciamiento incompleto debido a deterioro en la contractilidad vesical o a obstrucción en el tracto urinario de salida.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

I. Incontinencia urinaria de esfuerzo:

1. **Síntoma:** Es la queja de pérdida involuntaria de orina relacionada con la tos, pujo, ejercicios físicos o cambios súbitos de posición.
2. **Signo:** Es la observación de la pérdida involuntaria de orina por la uretra al realizar maniobras que aumenten la presión abdominal.

II. Incontinencia urinaria de urgencia:

1. **Síntoma:** Es la sensación de pérdida involuntaria de orina asociada a un súbito e imperioso deseo de micción (urgencia) por miedo al escape de orina.
2. **Signo:** Es la presencia de pérdida involuntaria de orina en forma sincrónica con urgencia miccional.

III. Incontinencia urinaria por rebosamiento:

1. **Síntoma:** Es la sensación de pérdida involuntaria de orina la cual puede ocurrir asociada a ausencia de deseo miccional, a la realización de esfuerzos o precedida de urgencia miccional.
2. **Signo:** vaciamiento vesical incompleto (retención urinaria), evidenciado por el ultrasonido, en un cistouretrograma o por vaciamiento vesical con sonda.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- I. Examen General de Orina.
- II. Urocultivo.
- III. Glicemia.
- IV. Urodinamia Monocanal.
- V. Urodinamia Multicanal, por Urología, en casos de incontinencia urinaria:
 1. Congénita.
 2. Recidivante.
 3. Posterior a radiación.
 4. Por neuropatía.
 5. En ausencia de defecto anatómico.
 6. Severa.
 7. Sospecha de Deficiencia Intrínseca.

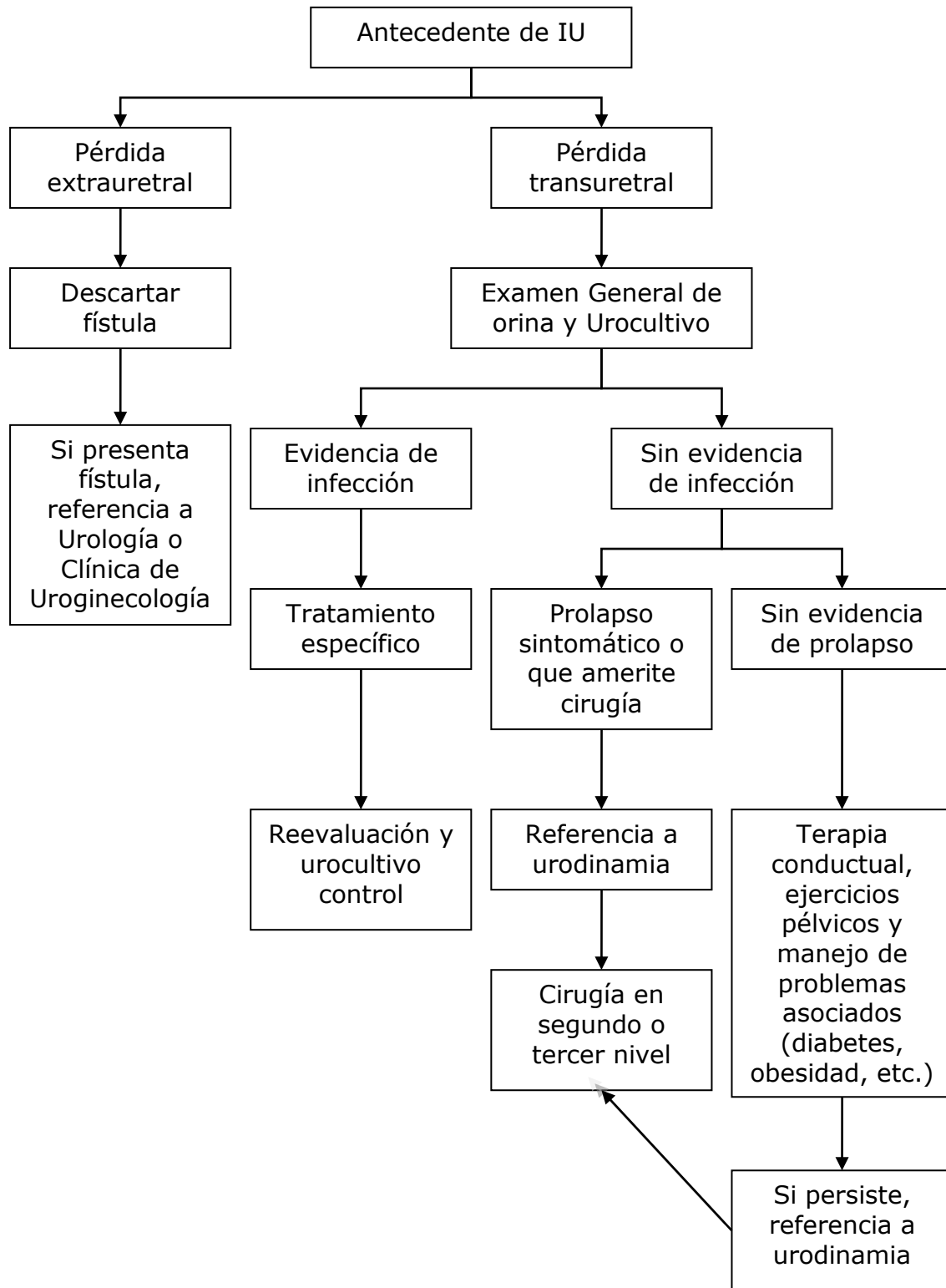
Pacientes referidas de primer o segundo nivel a clínica de Uroginecología deberán llevar ya reportados los primeros tres exámenes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- I. Urgencia urinaria debido a uso de medicamentos
- II. Urgencia urinaria asociada a Infección de Vías Urinarias
- III. Incontinencia urinaria extra uretral (fístulas)
- IV. Incontinencia urinaria de esfuerzo
- V. Incontinencia urinaria de urgencia:
 1. Vejiga hiperactiva seca
 2. Vejiga hiperactiva húmeda
- VI. Incontinencia urinaria mixta
- VII. Incontinencia urinaria por rebosamiento: neurológica, obstructiva y otros
- VIII. Medicamentos y sustancias:

Tipo de sustancia	Mecanismo y síntomas de IU que pueden desencadenar
Alcohol	Depresión central y efecto diurético: IUU y vejiga hiperactiva
Café/té	Contracciones: IUU y vejiga hiperactiva
Antidepresivos	Disminuye contracción vesical: retención e IU por rebosamiento
Diuréticos	Contracciones por diuresis aumentada: IUU y vejiga hiperactiva
Sedantes e hipnóticos	Depresión central: IUU y vejiga hiperactiva
Antipsicóticos	Disminuye contracción vesical: retención e IU por rebosamiento
Agonistas alfa-adrenérgicos	Aumento del tono del esfínter: retención e IU por rebosamiento
Antagonista alfa-adrenérgico	Relajación del esfínter: IUE
Agonistas beta-adrenérgicos	Disminuye contracción vesical: retención e IU por rebosamiento

MANEJO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD:



CRITERIOS DE REFERENCIA A CLÍNICA DE UROGINECOLOGÍA Y PISO PÉLVICO:

Las pacientes deben ser referidas a la Clínica de Uroginecología y Piso Pélvico de hospitales si presenta:

- Falla del tratamiento quirúrgico
- Falla del tratamiento médico
- Candidatas a tratamiento quirúrgico

I. Incontinencia urinaria de esfuerzo:

1. Historia sugestiva de incontinencia urinaria + comprobación de fuga de orina al incrementar presión abdominal mediante prueba de esfuerzo + falla a manejo conservador mediante terapia conductual y ejercicios de Kegel bien realizados durante tres meses al menos.
2. Prolapso genital estadio III o mayor asociado a incontinencia urinaria de esfuerzo

II. Incontinencia urinaria de urgencia:

1. Historia sugestiva de fuga de orina precedida de urgencia urinaria + fallo de manejo conservador con: terapia conductual + ejercicios de Kegel bien realizados + manejo con fármacos (Imipramina 25 mg 1 tableta al día) por periodo no menor a tres meses.
2. Prolapso genital estadio III o mayor asociado a incontinencia urinaria de urgencia.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

El ingreso hospitalario quedará reservado a aquellas pacientes a quienes se les ha planeado dentro de su manejo un acto quirúrgico correctivo en el caso de las pacientes catalogadas como incontinencia urinaria de esfuerzo o mixta.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

Tradicionalmente se ha recomendado la terapia de reemplazo hormonal para el manejo de la IU. Estudios recientes han demostrado que dicha terapia tiende a empeorar la sintomatología de todos los tipos de IU, sobre todo la de urgencia.

Tanto la terapia conductual como el entrenamiento del piso pélvico son alternativas de manejo utilizadas en el tratamiento de la incontinencia urinaria en todas sus variantes.

MODIFICACIÓN CONDUCTUAL

I. Indicaciones:

1. Urgencia urinaria
2. Trastornos de vaciamiento vesical
3. Micción disfuncional
4. Incontinencia urinaria
5. Trastornos miccionales de origen psicológico
6. Falla en los tratamientos convencionales

II. Evaluación

1. Análisis de síntomas
2. Diario miccional (Anexo 2)
3. Estudios de urodinámica

III. Evaluación general de la paciente:

1. Estado emocional, mental y psicológico
2. Enfermedades concomitantes
3. Medicación
4. Desordenes psiquiátricos

IV. Medio ambiente:

1. Acceso a sanitario
2. Condiciones de vivienda
3. Condiciones de trabajo
4. Relaciones familiares y sociales

V. Técnicas

1. Regulación de ingesta de líquido
2. Cambio de medicación
3. Tratamiento de padecimientos concomitantes
4. Psicoanálisis/psicoterapia (terapia de apoyo)
5. Cambios en medio ambiente

VI. **Condicionar:**

1. Horario de micción
2. Maniobras facilitadoras de la micción: maniobra de Credé (presión suprapúbica al momento de miccionar), etc.
3. Incremento de intervalo de micciones

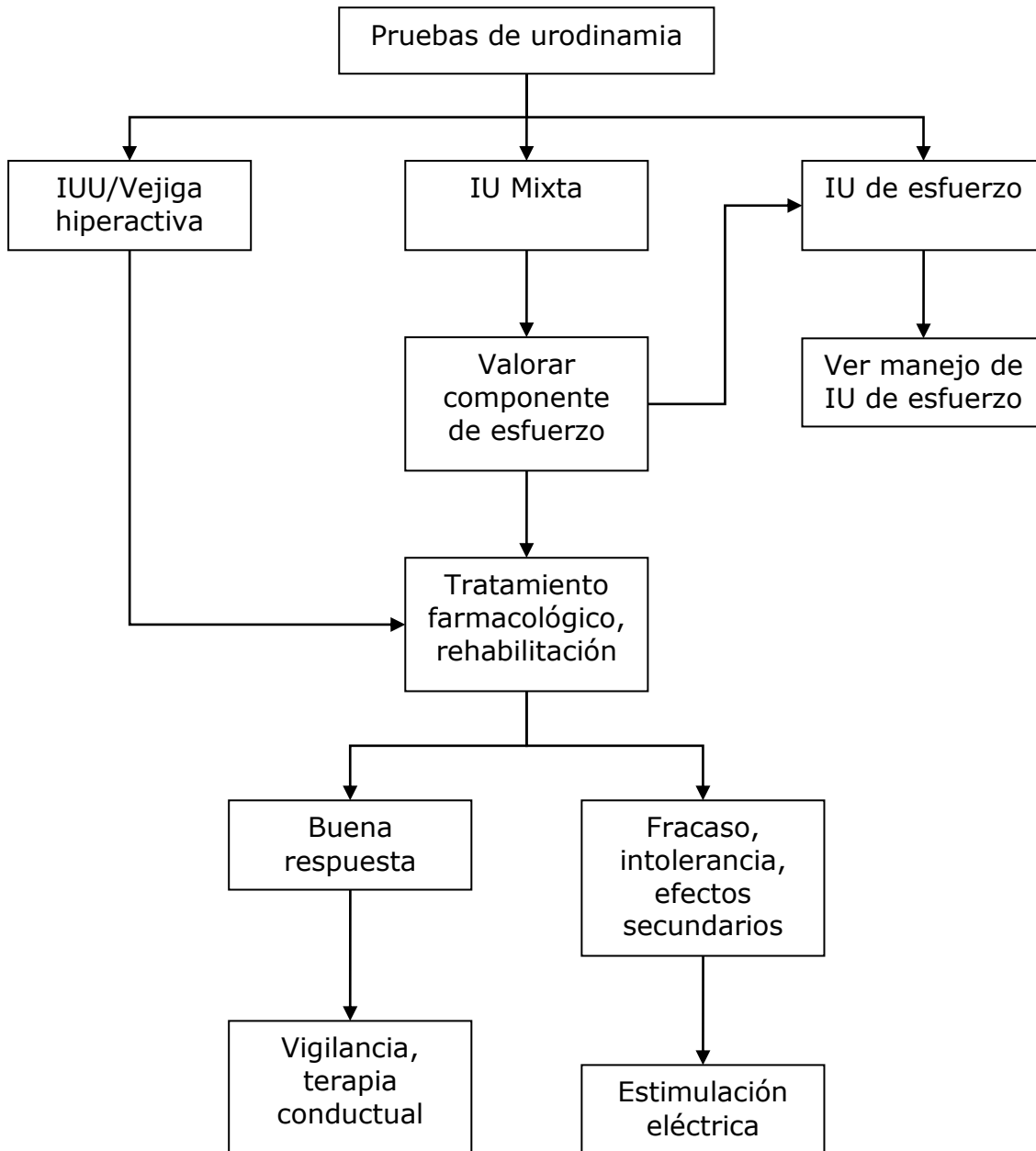
ENTRENAMIENTO DEL PISO PELVICO

- I. **Función:** aumento de la fuerza, tono y coordinación muscular del piso pélvico.
- II. **Plasticidad muscular:** cambio de fibras lentas a rápidas
- III. **Mejoría de la función muscular**
- IV. **Fase de supervisión y mantenimiento**
 1. Citas programadas
 2. Monitoreo de realización adecuada
 3. Exploración de fuerza muscular (Anexo 3)
- V. **Forma de evaluación:**
 1. Subjetiva
 - i. Escala análogo – visual (cambios en cuanto a número de episodios de fuga de orina previo y posterior al tratamiento)
 - ii. Cuestionarios: calidad de vida y severidad
 2. Objetiva:
 - i. Pruebas de consultorio (prueba de esfuerzo)
 - ii. Diario miccional
 - iii. Urodinamia
 - iv. Investigar incontinencia oculta

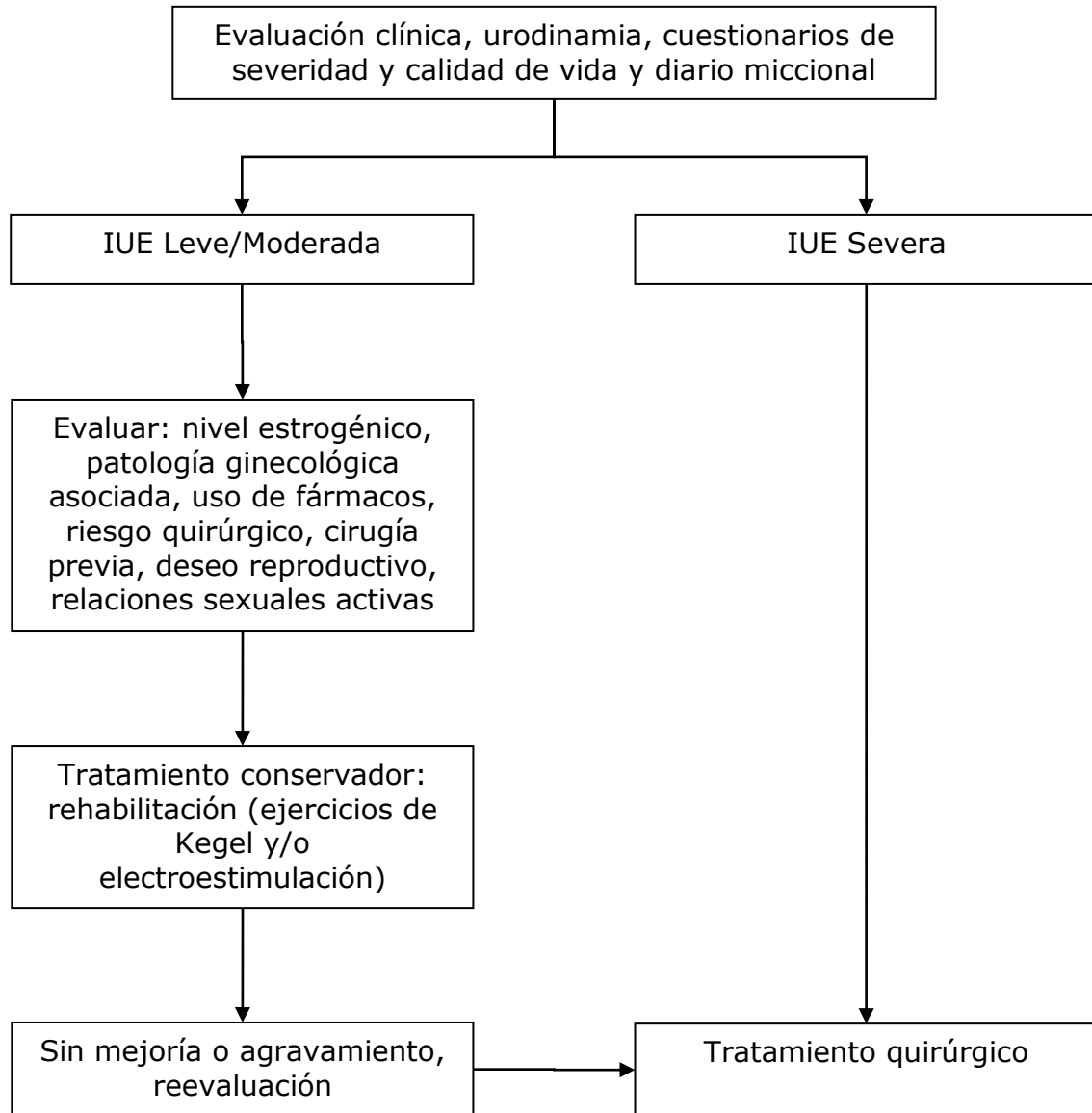
TRATAMIENTO MÉDICO

- I. Tolterodina 2 mg, de una a cuatro tabletas diarias, durante seis semanas hasta tres meses, para evaluar resultados. Posteriormente se puede continuar por un periodo de hasta un año. Uso exclusivo de Clínica de Uroginecología y Piso Pélvico.
- II. Imipramina 25 mg, de una a tres tabletas diarias, durante seis semanas hasta tres meses, para evaluar resultados. Posteriormente se puede continuar por un periodo de hasta un año.

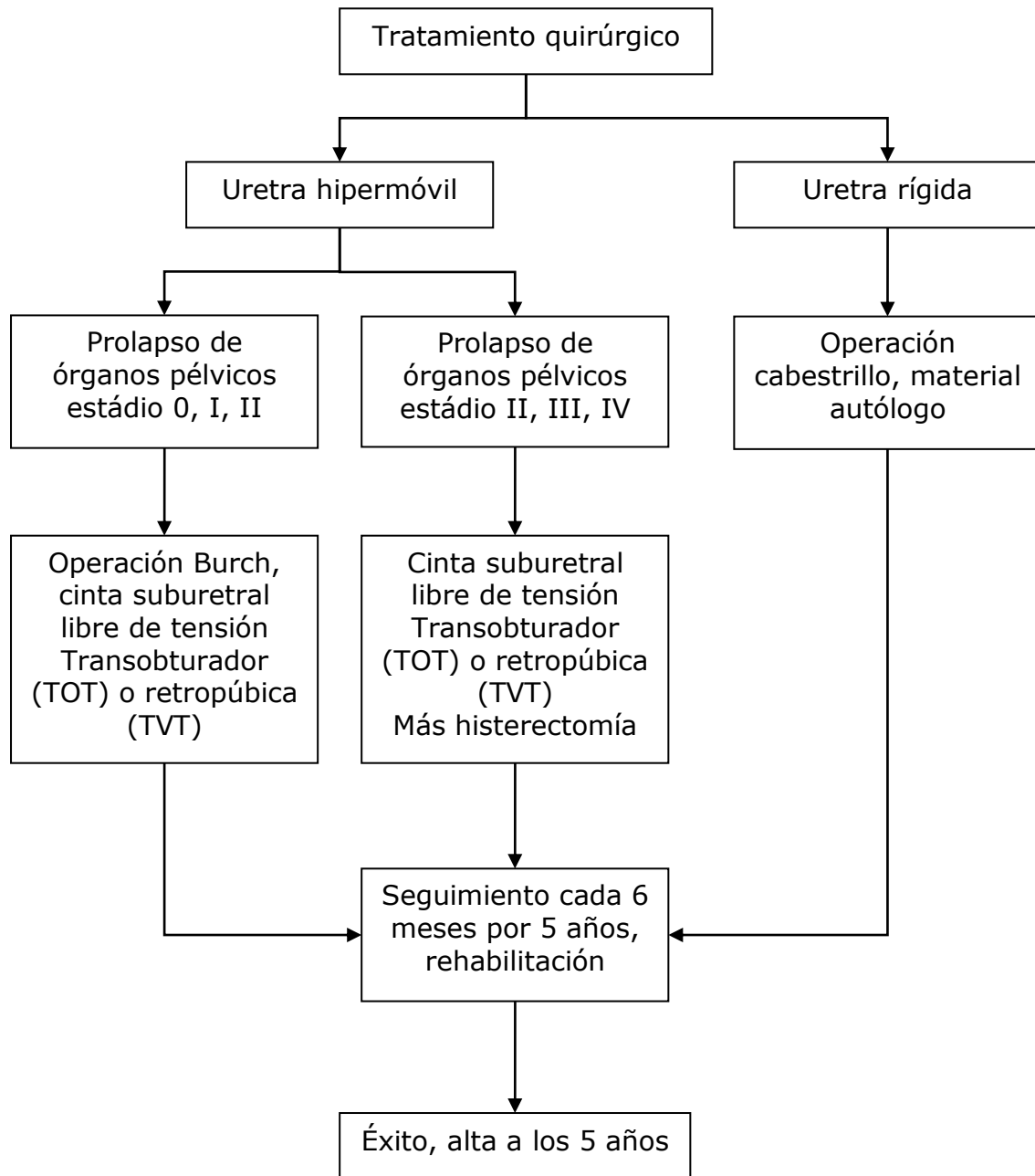
MANEJO MÉDICO EN CLÍNICA DE UROGINECOLOGÍA



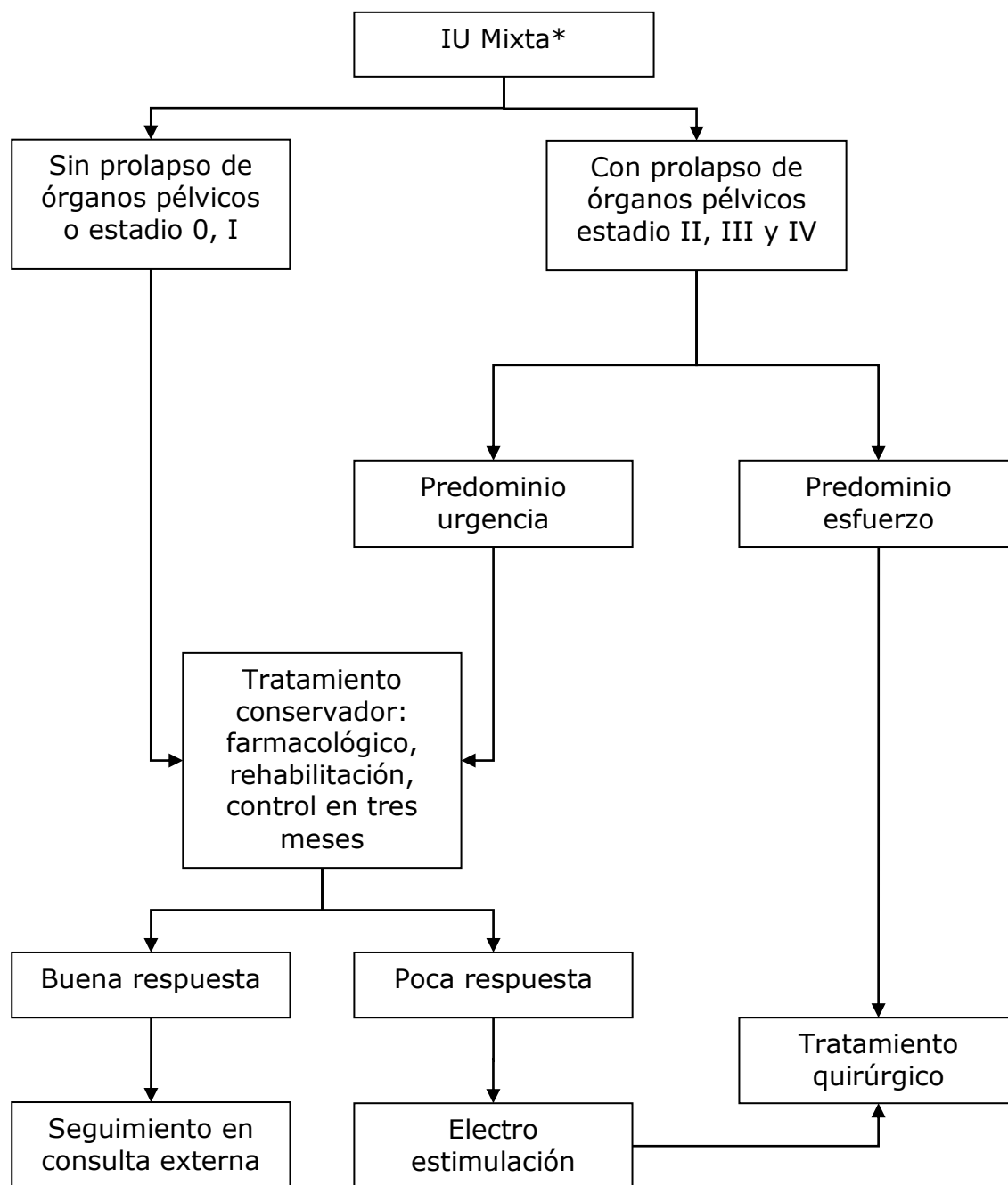
MANEJO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO



MANEJO QUIRÚRGICO DE LA IU DE ESFUERZO



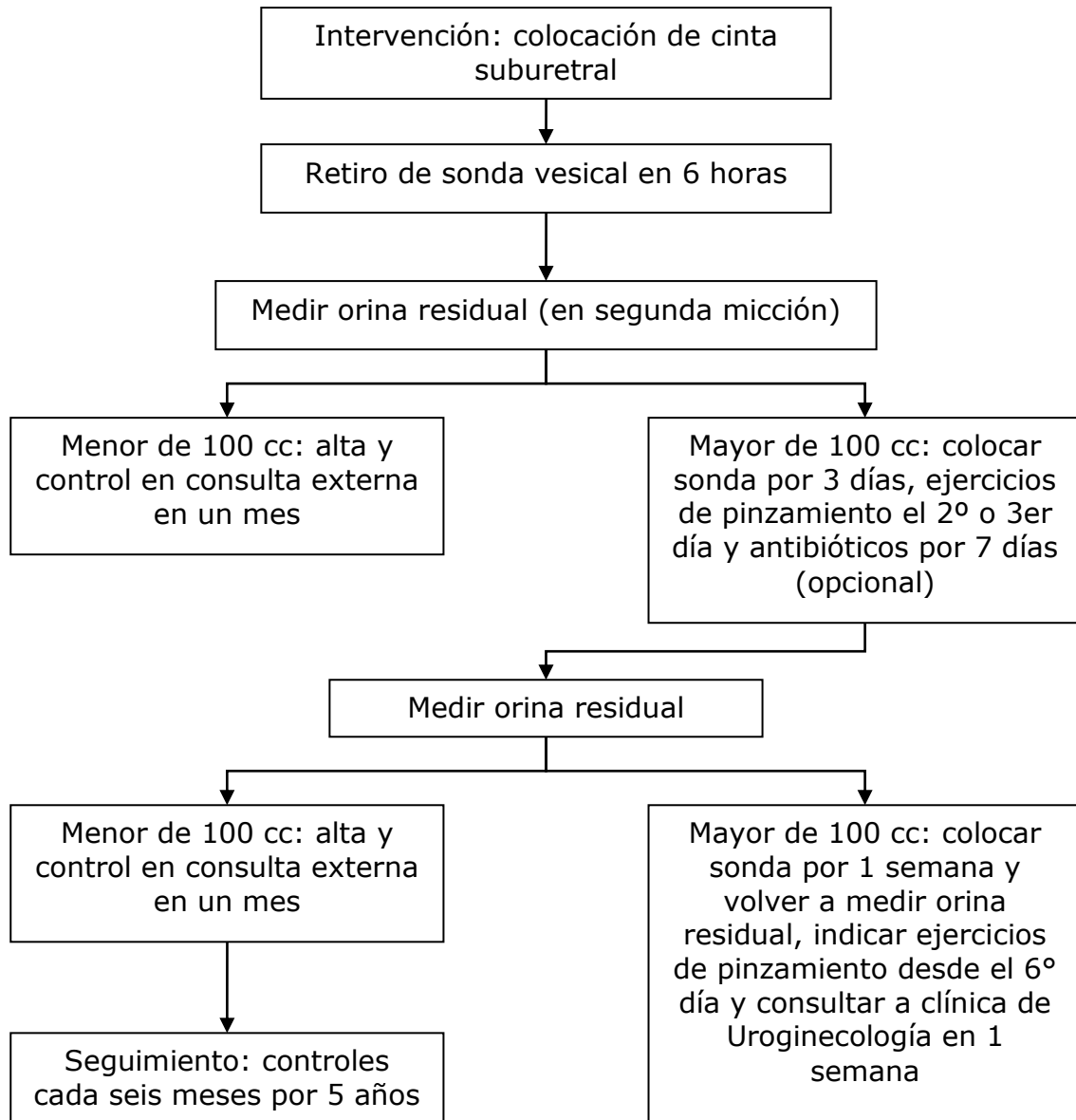
MANEJO DE INCONTINENCIA URINARIA MIXTA

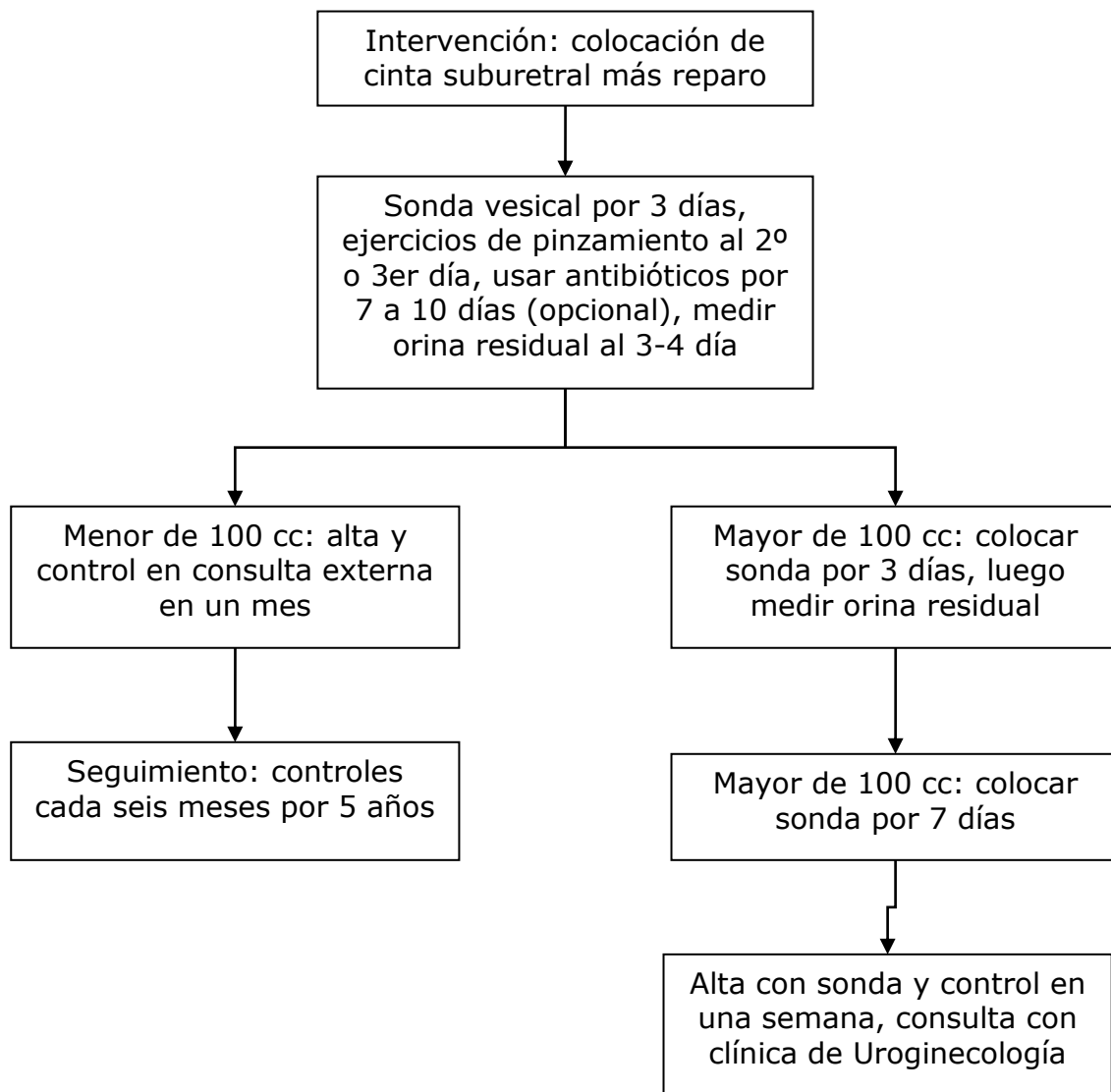


- ◆ Evaluar respuesta a tratamiento farmacológico en las primeras 2 semanas, si la tolerancia es adecuada, continuar por tres meses. Además, iniciar con terapia conductual y ejercicios de piso pélvico en todos los casos.

CRITERIOS DE EGRESO Y SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO A PACIENTES A QUIENES SE LES COLOCA MALLA PARA CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO





INCAPACIDAD

- I. Solo colocación de cintas suburetrales libres de tensión: transobturador (TOT) o retropúbico (TVT): 21 días.
- II. Reparación de defectos de pared vaginal anterior + colocación de cintas suburetrales libres de tensión: transobturador (TOT) o retropúbico (TVT): 30 días.

III. Histerectomía abdominal o vaginal más reparo de defectos de pared vaginal anterior más colocación de cintas suburetrales libres de tensión: transobturador (TOT) o retropúbico (TVT): 40 días.

EDUCACIÓN:

FISIOTERAPIA PISO PÉLVICO

EJERCICIOS DE KEGEL (ANEXO 6)

BIBLIOGRAFÍA:

- P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein; Incontinence; International Continence Society, 2005.

PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

CIE 10 N-81

ELABORADO POR:

DR. EDUARDO CÓRDOVA MACÍAS, JEFE DE DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. CARLOS LÓPEZ MARTÍNEZ, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. MARVIN MORENO MARIONA, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL AMATEPEC

DR. PRIMO MARTÍNEZ, UROGINECÓLOGO, HOSPITAL SAN MIGUEL

DR. MERLON MÉNDEZ GENOVÉS, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DEFINICIÓN

Se entiende por prolapso genital el descenso del útero y/o la vagina en el sentido del eje de la pelvis.

El prolapso vaginal puede presentarse sin prolapso uterino, pero el útero no puede descender sin que lo haga también la porción superior de la vagina.

I. CISTOCELE

Se define como el descenso de la vejiga, de forma que la pared vaginal anterior se hace visible a través del introito en mayor o menor medida en relación con la intensidad del trastorno.

II. RECTOCELE, ENTEROCELE

Es el descenso de la pared vaginal posterior acompañado por una saculación más o menos importante del recto (rectocele) e, incluso, de asas intestinales (enterocele).

III. PROLAPSO UTERINO

El descenso del útero se denomina histerocele. En general se asocia a un mayor o menor grado de cistocele o rectocele. En ocasiones hay una eversión total de las paredes vaginales y del útero en su interior.

IV. PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL

Se trata de la caída o descenso de la cúpula vaginal, tras la realización de una histerectomía abdominal o vaginal.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

El prolapso de los órganos pélvicos no es causa de mortalidad pero si afecta la calidad de vida y a menudo se hace sintomático hasta los grados más avanzados.

En el estudio "CAUSAS DE INDICACION DE HISTERECTOMÍA" realizado por Merino y Ramírez en los meses de enero a junio del 2004 en el Hospital Materno Infantil primero de Mayo del ISSS, el prolapso de órganos pélvicos constituye la primera causa de indicación de histerectomía vía vaginal con un 36.5 %.

CLASIFICACIÓN

En la actualidad se ha propuesto la clasificación POP Q; sin embargo, debido a su complejidad, se prefiere la utilización de la versión simplificada.

INTERPRETACIÓN SIMPLIFICADA DE LA CLASIFICACIÓN POP Q

- **Estadio 0:** sin descenso de las estructuras durante maniobras de esfuerzo.
- **Estadio I:** el punto de mayor prolapso llega hasta un centímetro por encima del anillo himeneal.
- **Estadio II:** el punto de mayor prolapso se encuentra entre un centímetro por encima y un centímetro por fuera del anillo himeneal.
- **Estadio III:** el punto de mayor prolapso se extiende más de un centímetro por fuera del anillo himeneal, pero no es una eversión vaginal completa.
- **Estadio IV:** la vagina está completamente evertida.

TIPOS DE PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL

- **Prolapso vaginal simple o puro**, que suele ocurrir sólo o con enterocele hasta un 85-90%.
- **Prolapso vaginal completo o compuesto**, que tiene un cistocele o un rectocele o ambos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

La severidad o presencia de la sintomatología dependerá del grado de afectación del prolapso y de las estructuras involucradas.

I. **Síntomas del prolapso**

1. Sensación de salida del tejido o "bulto" a través del introito.
2. Sensación de cuerpo extraño genital.
3. Trastornos del vaciamiento vesical.
4. Infecciones de vías urinarias a repetición.
5. Trastornos para defecar.
6. Trastornos sexuales.
7. Trastornos locales (resequedad).

II. **Signos del prolapso**

1. Evidencia de masa que protruye a través del introito vaginal en reposo o al realizar esfuerzos.

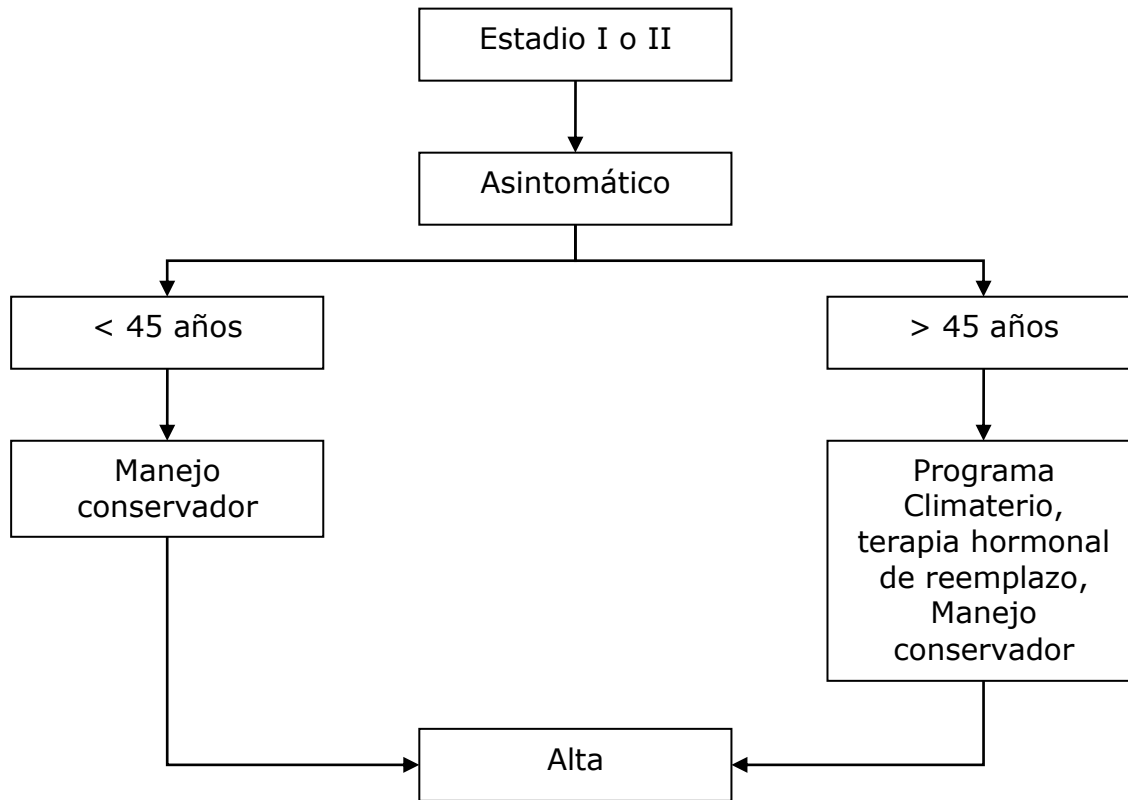
EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- I. Examen general de orina
- II. Urocultivo
- III. Glicemia
- IV. Ultrasonografía: en pacientes que se sospecha una patología uterina o que se requiera valorar orina residual post micción normal.
- V. En casos de pacientes con incontinencia urinaria, completar estudio con lo señalado en la guía respectiva.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- I. Prolapso rectal
- II. Hemorroides
- III. Inversión uterina crónica
- IV. Fibroma abortado
- V. Tumores gigantes de ovario

MANEJO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD:



En centros de atención de baja complejidad deberán manejarse solo las pacientes a quienes se les ofrece tratamiento conservador en los estadios I y II asintomáticas.

CRITERIOS DE REFERENCIA:

- I. En el momento que se considera paciente candidata para manejo quirúrgico deberá ser referida a evaluación por Gineco Obstetra en hospitales.
- II. Serán manejadas las pacientes a las que se les ha definido tratamiento quirúrgico correctivo, de acuerdo a la capacidad de cada centro de atención para el manejo de éstas, y a los grados de afectación y complejidad de cada caso en particular.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Únicamente requerirán ingreso hospitalario aquellas pacientes a las que se les definió tratamiento quirúrgico como opción de manejo y las que presenten procesos infecciosos asociados a ulceración de cérvix o cúpula debidas a prolapso de estructuras pélvicas que su nivel de compromiso requiera manejo con medicamentos parenterales y/o curación por el médico tratante.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

MANEJO CONSERVADOR

El manejo conservador incluye

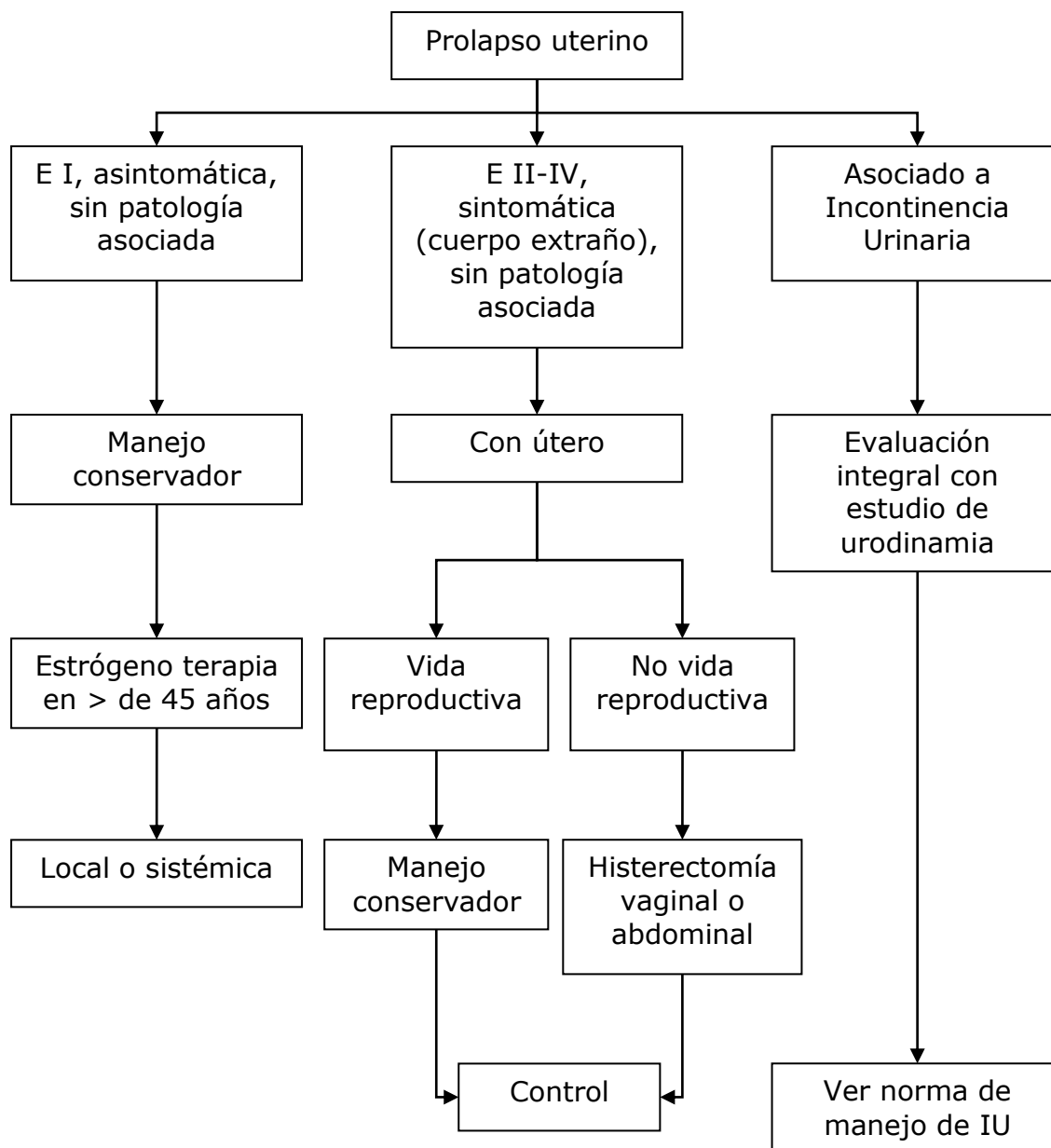
1. Reentrenamiento de los músculos del piso pélvico
2. Manejo con estrógenos locales, crema vaginal de estriol (1-2 gramos 2 veces por semana), el cual permite mejorar la calidad del tejido. Se puede valorar terapia estrogénica oral en pacientes incluidas en el programa de climaterio.

El manejo conservador disminuye la severidad de los síntomas, retrasa y/o evita la cirugía, o previene el empeoramiento del prolapso.

Se recomienda el manejo no quirúrgico en los casos en que el riesgo quirúrgico sobrepasa el beneficio, en mujeres que no desean cirugía o en los casos de prolapso estadio I y II.

MANEJO QUIRÚRGICO

El manejo quirúrgico de los trastornos del piso pélvico se puede realizar por diferentes vías: vaginal, abdominal, laparoscópica o combinación de las anteriores; siendo el abordaje vaginal el más usado en 80 a 90% de los procedimientos y puede ser categorizado como obliterativo o reconstructivo.



CRITERIOS DE SEGUIMIENTO

- I. En casos de manejo conservador, control en Consulta Externa cada seis meses o en la Clínica de Climaterio según norma del Programa de Atención Integral en Salud a la Mujer.
- II. Control post quirúrgico de rutina.

INCAPACIDAD

- I. Reparación de defectos de pared vaginal anterior y/o posterior: 20 días.
- II. Histerectomía abdominal o vaginal más reparación de defectos de pared vaginal anterior y/o posterior: 40 días.

EDUCACIÓN:

EJERCICIOS KEGEL (ANEXO 5)

BIBLIOGRAFÍA:

- P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein; Incontinence; International Continence Society, 2005.

FIBROMATOSIS UTERINA

CIE 10 D-25

ELABORADO POR:

DR. DAVID MENJÍVAR DÍAZ, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL 1º DE MAYO

DRA. REBECA GUANDIQUE DE ALONZO, JEFA SERVICIO GINECO OBSTETRICIA, HOSPITAL SAN MIGUEL

DRA. MERCEDES ABREGO DE AGUILAR, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL AMATEPEC

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALU A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Los Fibromas son tumores benignos constituidos por fibra muscular lisa con estroma conjuntivo en cantidad variable. Además de músculo liso, también se componen de la matriz extracelular (colágeno, proteoglicano y fibronectina). La histología es virtualmente indistinguible del miometrio normal, exceptuando un patrón circular y celularidad aumentada.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Los fibromas son el tumor benigno más común del tracto genital femenino. Tienen una prevalencia del 20 al 40% en mujeres arriba de los 30 años. Exámenes anatomopatológicos del útero, en histerectomías realizadas por otras causas, revelan miomas en hasta un 80%, puesto que la mayoría son asintomáticos. Son excepcionales antes de la pubertad y después de la menopausia.

Existen cambios degenerativos que incluyen:

- I. Degeneración hialina (65%)
- II. Degeneración quística (4%)
- III. Degeneración grasa
- IV. Degeneración roja o carnosa (durante el embarazo, del 5 a 8%)
- V. Calcificaciones (4 al 10%)
- VI. Malignización (sarcomatosa, rara hasta 0.8%)

ETIOLOGÍA

- I. La etiología es desconocida, sin embargo se han descrito diversas teorías. Los fibromas representan neoplasias monoclonales, se originan de una célula miometrial individual que se torna neoplásica por interacción de diversos factores.
- II. No cabe duda que el crecimiento de los fibromas es dependiente de hormonas sexuales, sin embargo, no se ha demostrado la asociación de éstas hormonas con el apareamiento de los fibromas. En ese mismo sentido, los anticonceptivos orales combinados no se han asociado ni al desarrollo ni al crecimiento de éstos, debido a las bajas dosis hormonales; y la terapia hormonal de reemplazo solamente se ha relacionado al crecimiento de fibromas, no así a su apareamiento.
- III. Puede existir un patrón hereditario, en el cual el 40% de mujeres con familiares de primer grado que tienen fibromas, desarrollarán fibromas en algún momento de la vida. Además, se han demostrado mutaciones cromosómicas como responsables en el apareamiento de la fibromatosis.

CLASIFICACIÓN

Los fibromas se clasifican por su localización en el útero, pero tiene la limitante que son pocos los miomas realmente puros, la mayoría de los miomas tienen más de una localización anatómica y, por lo tanto, son híbridos.

- I. Fibromas subserosos (45%): de crecimiento hacia la cavidad peritoneal, razón por la cual son prácticamente asintomáticos.
- II. Fibromas intramurales (50%): de crecimiento intramiometrial, asociados a metrorragia por la incapacidad uterina de contraer los vasos sanguíneos durante las menstruaciones.
- III. Fibromas submucosos (5%): de crecimiento hacia la cavidad endometrial, altamente sintomáticos (menorragia, dismenorrea) aún cuando sean de tamaño pequeño.

Los subserosos y submucosos pueden ser pediculados o sésiles.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SÍNTOMAS:

El diagnóstico se basa fundamentalmente en los datos de la historia clínica. Solo de un 20 al 50% de las mujeres tienen síntomas relacionados a fibromas, los cuales dependen del tamaño, número y localización de los fibromas.

- I. Hemorragia uterina anormal: es el síntoma más frecuente, puede conducir a anemia.
- II. Presión pélvica (a órganos vecinos, segundo síntoma en frecuencia):
 1. Frecuencia urinaria
 2. Estreñimiento
 3. Dispareunia
- III. Dismenorrea
- IV. Infertilidad:
 1. Interferencia con la implantación:
 - i. Submucosos (pedunculados en cavidad endometrial)
 - ii. Intramiométriales que deforman la cavidad endometrial
 2. Interferencia en el transporte tubárico:
 - i. Por obstrucción
 - ii. Por distensión
- V. Complicaciones del embarazo:
 1. Presentaciones anormales
 2. Complicaciones del trabajo de parto
 3. Pérdida recurrente del primer trimestre
 4. Pérdida recurrente del segundo y tercer trimestre (Parto Pretérmino)
- VI. Aumento del perímetro abdominal

VII. Pueden presentar un rápido crecimiento durante el embarazo. Al alcanzar un tamaño considerable, se reduce la circulación sanguínea, resultando en necrosis central avascular, conocida como degeneración roja, la cual produce un cuadro de abdomen agudo.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- I. Examen físico (exploración bimanual), al encontrar un útero aumentado de tamaño, en el cual debe basarse fundamentalmente el diagnóstico.
- II. La ultrasonografía es el método diagnóstico más frecuente.
- III. La histerosalpingografía, la histerosonografía y la histeroscopia ayudan al diagnóstico cuando la localización es submucosa, como complemento a una ultrasonografía.
- IV. La laparoscopia, sobre todo para miomas subserosos, también como complemento a una ultrasonografía.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Toda masa pélvica debe ser investigada y ser descartada miomatosis uterina. El diagnóstico diferencial de la fibromatosis debe incluir:

- I. Adenomiosis
- II. Tumores o quistes de Ovario
- III. Pólipos
- IV. Hematomas o abscesos pélvicos
- V. Quistes mesentéricos
- VI. Tumores del aparato digestivo o urinario
- VII. Cáncer de cérvix o endometrio
- VIII. Dismenorrea primaria

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

- I. Útero para 12 semanas o más

- II. Menometrorragias que no ceden a tratamiento médico
- III. Anemia refractaria a tratamiento
- IV. Trastornos intestinales causados por efecto de masa
- V. Frecuencia o incontinencia urinaria causadas por efecto de masa
- VI. Infertilidad

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

- I. Hemorragia uterina anormal con compromiso hemodinámico
- II. Abdomen agudo (por sospecha de degeneración)
- III. Compresión de vías urinarias que causa dilatación ureteral
- IV. Prolapso de mioma submucoso
- V. Cirugía electiva

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

Los fibromas no deberían ser tratados si no ocasionan síntomas. Además, inicialmente se debe dar tratamiento sintomático, antes de ofrecer un manejo quirúrgico. El manejo debe individualizarse dependiendo de:

- I. La sintomatología
- II. Edad
- III. Estado hormonal
- IV. Deseos de descendencia

Las pacientes con hemorragia uterina anormal recibirán el manejo descrito en la guía correspondiente.

MANEJO EXPECTANTE

La edad de la paciente y el deseo de fertilidad deben ser condicionantes para el inicio de tratamiento. No está establecido un tamaño límite al momento del cual se deba iniciar el manejo. Se pueden observar por periodos de seis meses (citas cada seis meses), durante los cuales, si se detecta crecimiento al examen físico, se reevaluará con ultrasonografía.

MANEJO MÉDICO

- I. Antiinflamatorios no esteroideos, en casos de dismenorrea.
- II. Anovulatorios orales combinados de baja dosis durante seis meses.
- III. Progestinas: se ha utilizado el Acetato de Medroxiprogesterona a dosis de 150 mg cada mes durante cuatro a seis meses. No se recomienda utilizar este tratamiento si está asociado a hemorragia uterina anormal.
- IV. Análogos de la Hormona Liberadora de Gonadotropina (GnRH), uso exclusivo según protocolo de Farmacoterapia: reduce el tamaño del tumor en un 50% utilizada durante un lapso de 4 meses. Puede utilizarse como terapia conservadora o como coadyuvante previa cirugía: por un periodo mínimo de tres meses y máximo de cuatro en el manejo preoperatorio de pacientes nuligestas o infértiles con miomas submucosos o intramurales que deforman considerablemente el endometrio y serán sometidas a miomectomía (Dosis: Acetato de Goserelina inyección subcutánea en la pared abdominal anterior 3.6 mg cada 28 días; Acetato de Leuprorelina inyección subcutánea o intramuscular de 3.75 mg cada 30 días). Debido que, al suspender el tratamiento, el fibroma regresa a su estado previo, en pacientes jóvenes es mejor utilizarlo antes de una histerectomía si el tumor es grande, con el fin de reducir el riesgo de complicaciones transoperatorias. En pacientes perimenopáusicas, en quienes no se espera que la estimulación hormonal sea importante posterior al tratamiento, se recomienda como terapia conservadora. Los efectos secundarios más comunes son: rubores, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, mareos, rash, acné, sensibilidad mamaria, cefalea y pérdida de masa ósea. Dosis: una dosis mensual durante 4 meses.
- V. Para los fibromas degenerados:
 1. Ingreso hospitalario
 2. Analgésicos, Ketorolaco 30 mg cada 8 horas o Diclofenac 75 mg cada 12 horas.

MANEJO QUIRÚRGICO

- I. Miomectomía: debe ser considerada cuando se desea conservar el útero con fines de fertilidad. También es la cirugía de elección en fibroma único, subseroso pedunculado. La miomectomía se puede realizar a través de cualquiera de los abordajes siguientes: laparotomía, laparoscopia o histeroscopia, lo cual está determinado por la localización y tamaño del tumor y disponibilidad en el centro de atención. Para pacientes con deseos de fertilidad, se recomienda diferir el embarazo hasta por 4 a 6 meses y está indicado el parto por cesárea posterior a una miomectomía.
- II. Histerectomía: Es el tratamiento quirúrgico de elección cuando ya se tiene paridad satisfecha. También debe ser considerada en:
 1. Fibromas de crecimiento rápido o con cambios degenerativos.
 2. Hemorragias uterinas severas o refractarias al tratamiento médico.
 3. Úteros mayores de 12 semanas con sintomatología compresiva.
 4. Miomas en post menopausia con tendencia a crecer.

CRITERIOS DE EGRESO

- I. Paciente histerectomizada o miomectomizada.
- II. Menopausia, estas pacientes deben ser incluidas en el Programa de Atención Integral en Salud a la Mujer.

INCAPACIDAD

- I. Para miomectomía de 20 a 30 días. Para histerectomía de 30 a 40 días.
- II. Por hemorragias uterinas anormales moderadas o severas, evaluar de tres a cinco días.

SEGUIMIENTO:

- I. Para manejo expectante o médico, cada seis meses.

- II. Seguimiento ultrasonográfico, solamente en casos de crecimiento detectado al examen físico.
- III. Control post quirúrgico con reporte patológico a las seis semanas.

EDUCACIÓN:

- I. Recalcar la naturaleza benigna de la patología.
- II. Hacer énfasis que el manejo quirúrgico no es la opción ideal para todos los casos.
- III. Consultar por hemorragias uterinas o sensibilidad de masa pélvica.
- IV. Informar a la paciente manejada con miomectomía con fines de fertilidad, que el procedimiento no garantiza un embarazo. Además, la miomectomía se asocia a mayor pérdida sanguínea transoperatoria y puede ser necesaria una histerectomía de urgencia.

BIBLIOGRAFÍA:

- The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, 3rd Edition; Fortner, Kimberly B.; Szymanski, Linda M.; Fox, Harold E.; Wallach, Edward E.; 2007.
- Danforth's Obstetrics and Gynecology, 10th Edition; Gibbs, Ronald S.; Karlan, Beth Y.; Haney, Arthur F.; Nygaard, Ingrid E.; 2008.
- Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción; Lluís Cabero Roura; 2003.
- Tratado de Ginecología, Novena Edición; Novak.

ADENOMIOSIS

CIE 10 N-80.0

ELABORADO POR:

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DRA. REBECA GUANDIQUE DE ALONZO, JEFA SERVICIO GINECO OBSTETRICIA, HOSPITAL SAN MIGUEL

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

La adenomiosis, es una condición benigna del útero, que se caracteriza por la penetración y el crecimiento de tejido endometrial dentro del miometrio.

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

Es común en mujeres con paridad, entre las edades de 35 y 50 años. Se estima la ocurrencia en un 20% de la población femenina. El 50% de las mujeres con adenomiosis son asintomáticas.

La causa de la adenomiosis es desconocida, aunque se le ha asociado con una variedad de traumas que pueden en algún momento romper la barrera entre el endometrio y el miometrio, incluyendo cesáreas, esterilizaciones, legrados, etc.

CLASIFICACIÓN

- I. Difusa: en la que gran parte o todo el útero se ve afectado.
- II. Focal: consiste en una masa localizada dentro del miometrio.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- I. Dismenorrea y menorragia.
- II. El examen físico frecuentemente revela un útero blando y globoso aumentado de tamaño.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

La ultrasonografía pélvica transvaginal puede sugerir el diagnóstico, sin embargo, la confirmación se realiza únicamente por estudio histopatológico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial de la adenomiosis debe incluir:

Endometriosis, Miomatosis Uterina, Tumores Ováricos, Dismenorrea Primaria, Pólipos Endometriales, Hiperplasia Endometrial y Cáncer de Endometrio.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Toda paciente con historia de dismenorrea o menorragias severas debe ser evaluada por médico ginecólogo. Será el especialista, posterior a la evaluación ginecológica, ultrasonográfica y complejidad de cada caso, quien defina si amerita referencia para tratamiento quirúrgico en el nivel correspondiente.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Presencia de hemorragia uterina anormal con compromiso hemodinámico.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- I. Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA), 150 mg IM cada mes por tres a seis meses.
- II. Antiinflamatorios no esteroideos en casos de dismenorrea.
- III. El tratamiento definitivo es la histerectomía total, considerando la edad, los síntomas y la paridad satisfecha.

CRITERIOS DE EGRESO

- I. En casos de menopausia, pasar a Clínica de Menopausia.
- II. Posterior a histerectomía total.

INCAPACIDAD

- I. Deberá ser considerada en casos de dismenorrea severa o menorragia, recomendándose usualmente un periodo de tres a cinco días.
- II. Histerectomía total: 40 días.

SEGUIMIENTO:

- I. El **seguimiento** de las pacientes sometidas a cualquier terapéutica médica, se realizará considerando la desaparición de los síntomas, así como la existencia o no de efectos secundarios. Estos controles se realizan a los 3 o 6 meses de medicación.
- II. En casos de no mejoría con tratamiento médico, se considerará el tratamiento mediante cirugía.

EDUCACIÓN:

- I. Explicar la cronicidad del cuadro y las expectativas de curación, las cuales no siempre son satisfactorias. Informar a la paciente sobre las diferentes alternativas de tratamiento médico y quirúrgico.
- II. Hacer énfasis a la derechohabiente sobre la naturaleza benigna del cuadro.

BIBLIOGRAFÍA:

- The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, 3rd Edition; Fortner, Kimberly B.; Szymanski, Linda M.; Fox, Harold E.; Wallach, Edward E.; 2007.
- Danforth's Obstetrics and Gynecology, 10th Edition; Gibbs, Ronald S.; Karlan, Beth Y.; Haney, Arthur F.; Nygaard, Ingrid E.; 2008.
- Comprehensive Gynecology, 5th ed.; Katz; 2007.

PÓLIPO ENDOMETRIAL

CIE 10 N-84.0

ELABORADO POR:

DR. DAVID MENJÍVAR DÍAZ, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. JOSÉ ANTONIO BONET MIRÓ, JEFE SERVICIO GINECO OBSTETRICIA, HOSPITAL AMATEPEC

DR. JOSÉ ARNOLDO SALGUERO, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Los pólipos endometriales son proyecciones sésiles o pediculadas intrauterinas que surgen como tumores blandos, solitarios o múltiples, y generalmente corresponden a hiperplasia de las glándulas y del estroma endometrial, tienen la característica de ser muy vascularizados.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

- I. Se encuentra aproximadamente entre el 10% y el 24% de los úteros examinados por biopsia endometrial.
- II. Son raros antes de los 20 años, siendo más frecuentes entre los 40 y 50 años de edad.
- III. Los pólipos endometriales son la causa de aproximadamente el 25% de las metrorragias en la perimenopausia. Declinan gradualmente con la menopausia.
- IV. La etiología y patogénesis de los pólipos endometriales continua siendo desconocida, aunque frecuentemente se han relacionado con los niveles de estrógenos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SINTOMATOLOGÍA

- I. En general los pólipos endometriales son pequeños y por consiguiente asintomáticos en la mayoría de los casos; cuando presentan sintomatología, la metrorragia es el síntoma más frecuente, pudiendo presentarse además

menorragias, polimenorreas, sangrados intermenstruales o un pequeño sangrado después del coito.

- II. Algunas mujeres continúan con un sangrado marrón después del periodo menstrual normal.
- III. En algunos casos los pólipos interfieren con la fecundación.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

- I. Exámenes según Guía de HUA
- II. Ultrasonografía: recordar que idealmente debe ser realizada el sexto día de menstruación.
- III. Histerosonografía, cuando la ultrasonografía no es concluyente
- IV. Biopsia

La ultrasonografía y la histerosonografía no distinguen confiablemente entre pólipos malignos y benignos, por lo que es mandatorio el estudio por biopsia. La histerosonografía es la modalidad diagnóstica no invasora más útil para la evaluación de los pólipos, con sensibilidad de 93% y especificidad del 94%.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial de los Pólipos Endometriales debe incluir:

- I. Hiperplasia endometrial.
- II. Miomas submucosos
- III. Atrofia senil (quística).
- IV. Adenocarcinoma de endometrio.
- V. Adenomiosis
- VI. Patologías cervicales que producen sangrado
- VII. Hemorragia uterina anormal

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

- I. Pacientes con hemorragia uterina anormal deben ser referidas a ginecología para evaluación con ultrasonografía (ver guía de HUA).

- II. Referir a histeroscopia para extirpación del pólipo una vez confirmado el diagnóstico.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Sangrado con compromiso hemodinámico.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- I. El manejo inicial es el mismo de una hemorragia uterina anormal.
- II. El método ideal para la extirpación de los pólipos endometriales es la Histeroscopia.
- III. Se realizará legrado hemostático si el sangrado es activo o severo y no mejora con el tratamiento hormonal.

CRITERIOS DE EGRESO

Una vez reseado y descartada la malignidad por medio de estudio histopatológico, continuar controles ginecológicos de rutina.

INCAPACIDAD

Por legrado o histeroscopia, 5 a 7 días. Se evaluarán prórrogas ante la presencia de complicaciones.

SEGUIMIENTO:

- I. En pacientes que fueron manejadas con legrado, ultrasonografía control al sexto día de sangrado del próximo ciclo.
- II. Es muy raro que los pólipos se vuelvan malignos, aunque el riesgo aumenta con la edad y en la menopausia. Las recidivas son poco frecuentes.

EDUCACIÓN:

- I. Recomendaciones sobre las posibles complicaciones de histeroscopia o legrado.
- II. Anotación de fechas de menstruación y días de duración.

BIBLIOGRAFÍA:

- Fundamentos de Oncología Ginecológica; A. Celorio, F. Calero, A. Armas; Publicado en 1986; Ediciones Díaz de Santos; España.
- Patología ginecológica: Bases para el diagnóstico morfológico
- P Grases, Pedro J; Publicado en 2002; Elsevier España
- Tratado de Ginecología de Mishell, Tercera Edición, 2003.
- Servicios y Departamentos de Ginecología y Obstetricia, Unidad de Endoscopia, Hospital Dr. Luis Tisné, Universidad de Chile, 2007.

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

CIE 10 N-85.0

ELABORADO POR:

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. JOSÉ ANTONIO BONET MIRÓ, JEFE SERVICIO GINECO OBSTETRICIA, HOSPITAL AMATEPEC

DR. JOSÉ ARNOLDO SALGUERO, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Es el crecimiento excesivo y anormal del grosor y espesor endometrial a consecuencia de un incremento del número y volumen glandular, acompañado de diversos grados y combinaciones de alteración arquitectural, estratificación y atipia epitelial.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

ETIOLOGÍA

La hiperplasia endometrial es el resultado de una estimulación estrogénica elevada y mantenida, no contrarrestada por la acción de los progestágenos, o bien, debido a la incapacidad de una respuesta adecuada, focal o difusa, ante el estímulo mencionado.

EPIDEMIOLOGÍA

- I. El 10% de las hemorragias uterinas anormales y el 15 % de las metrorragias en la perimenopausia son causadas por hiperplasia endometrial.
- II. Dentro de los **factores de riesgo** para desarrollar hiperplasia endometrial en mujeres pre menopáusicas con sangrado uterino anormal podemos enumerar principalmente:
 1. Edad mayor a 40 años
 2. Infertilidad /Anovulación
 3. Historia Familiar de Cáncer de Endometrio, mama, ovario o colon
 4. Nuliparidad
 5. Obesidad

6. Ovarios Poliquísticos
7. Diabetes
8. Uso de Tamoxifeno

CLASIFICACIÓN

Existen diferentes clasificaciones, la recomendada por la OMS es la siguiente:

- I. Hiperplasia simple
- II. Hiperplasia compleja
- III. Hiperplasia simple con atipia
- IV. Hiperplasia compleja con atipia

Cuando las células crecen y se multiplican activamente se denomina **hiperplasia simple**. Si esta situación continúa, se forman nuevas células y nuevas glándulas, proceso llamado **hiperplasia compleja**. Estas dos entidades tienen células y glándulas normales aumentadas en número y tamaño.

Se denomina **atipia celular** a ciertos cambios en la célula que no son normales. Cuando en las hiperplasias se hallan estos cambios, ya hablamos de **hiperplasia simple o compleja atípicas** o de hiperplasia atípica, proceso que engloba a las dos anteriores.

Según datos estadísticos, cada proceso tiene un porcentaje diferente de progresar a la malignidad:

HIPERPLASIA	PROGRESION A CÁNCER DE ENDOMETRIO
SIMPLE	1%
COMPLEJA	3%
SIMPLE CON ATIPIA	8%
COMPLEJA CON ATIPIA	25-29%

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SÍNTOMATOLOGÍA

La hiperplasia se manifiesta de diversas maneras:

- I. Asintomática
- II. Hemorragia uterina anormal en pacientes premenopáusicas
- III. Sangrado post menopáusico

LABORATORIO Y GABINETE

I. **Ultrasonografía transvaginal**

La ultrasonografía transvaginal es un método útil para evaluar el espesor de la pared endometrial. Sirve además, para informar sobre la anatomía pelviana. Los valores de corte dependen de la población de estudio.

1. En edad reproductiva, realizar Ultrasonografía vaginal en los primeros 10 días del ciclo menstrual, si el endometrio en esos días es mayor de 5 mm, existe la posibilidad de una hiperplasia endometrial.
2. Pacientes premenopáusicas: en este grupo el valor de corte de espesor endometrial no está aún del todo definido. Se considera que el valor máximo podría ser de 14 mm.
3. Pacientes post menopáusicas: en esta población se considera anormal un espesor endometrial mayor a 5 mm. En la peri menopausia también se debe considerar anormal toda alteración en la línea endometrial (como doble línea o alteraciones de la ecogenicidad).

En ambos casos se debe proceder a una biopsia. El valor predictivo negativo de la ecografía transvaginal para el diagnóstico de carcinoma endometrial en el sangrado de la post menopausia es cercano al 100%. Esto quiere decir que si una paciente post menopáusica sangra y el espesor endometrial es de 5mm o menor, la probabilidad de que tenga un cáncer de endometrio es prácticamente nula.

- II. Toda mujer que presente dichas alteraciones, debe ser sometida a una **Biopsia del endometrio**, según las diferentes técnicas descritas (Biopsia Endometrial con sonda Novak, Endosampler o AMEU; histeroscopia en los Centros de Atención que cuenten con este servicio o legrado diagnóstico).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial de la Hiperplasia Endometrial debe incluir:

- I. Endometrio proliferativo o secretor normal.
- II. Pólipo endometrial.
- III. Miomas submucosos.
- IV. Atrofia senil (quística).
- V. Adenocarcinoma de endometrio.
- VI. Cualquier patología que ocasione hemorragia uterina anormal.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Cuando se sospeche el diagnóstico por criterios ultrasonográficos, se debe tomar la biopsia del endometrio. Si ésta reporta atipia referir para histerectomía.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Cuando el cuadro de Hiperplasia se acompañe de Hemorragia Uterina Anormal con compromiso hemodinámico.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- I. **Hiperplasia simple o compleja.** El objetivo del tratamiento de estas hiperplasias es el control de la hemorragia uterina, ya que el riesgo de progresar a cáncer es bajo. En estos casos se recomienda:
1. Edad reproductiva con deseos gestacionales: Inducción de la ovulación con Clomifeno.
 2. Edad reproductiva sin deseos gestacionales: Gestágenos cíclicos o contínuos, por ejemplo acetato de medroxiprogesterona a 10 mg al día a partir del día 10 del ciclo por 14 días o dar terapia continua. Tras un tratamiento de 6 meses realizar seguimiento con biopsia endometrial.
 3. Peri o postmenopausia: Tratamiento hormonal con acetato de medroxiprogesterona 10 mg continuos durante 6 meses. Se sugiere el seguimiento con biopsia posterior al manejo.
 4. **Hiperplasia con atipia.** El tratamiento de la hiperplasia atípica es la **histerectomía** dado que es una lesión premaligna y que en ocasiones coincide con el carcinoma.

CRITERIOS DE EGRESO

Al haberse resuelto la hiperplasia, ya sea con manejo médico o quirúrgico.

INCAPACIDAD

- I. De realizarse manejo con legrado, se considerarán 5 a 7 días. Además se contemplan 40 días para histerectomías.
- II. Por hemorragias moderadas o severas, evaluar de tres a cinco días.

SEGUIMIENTO:

- I. En pacientes con manejo médico, control cada seis meses para biopsia control.

- II. En pacientes con manejo quirúrgico, continuar control ginecológico de rutina según el Programa de Atención Integral en Salud a la Mujer.

EDUCACIÓN:

- I. Recomendaciones dietéticas en pacientes con obesidad asociada (evaluar referencia según morbilidades asociadas).
- II. Enfatizar sobre importancia de cumplimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Fundamentos de Oncología Ginecológica; A. Celorio, F. Calero, A. Armas; Publicado en 1986; Ediciones Díaz de Santos; España.
- Patología ginecológica: Bases para el diagnóstico morfológico
- P Grases, Pedro J; Publicado en 2002; Elsevier España
- Tratado de Ginecología de Mishell, Tercera Edición, 2003.
- Servicios y Departamentos de Ginecología y Obstetricia, Unidad de Endoscopia, Hospital Dr. Luis Tisné, Universidad de Chile, 2007.

AMENORREA

CIE 10 N-91.2

ELABORADO POR:

DR. CARLOS ENRIQUE DENYS VANEGAS, GINECO OBSTETRA, INFERTÓLOGO, HOSPITAL 1º DE MAYO

DRA. MAYRA PADILLA DE MARTÍNEZ, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL AMATEPEC

DR. JAIME MAURICIO CASTRO AVALOS, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DEFINICIÓN

No hay acuerdo generalizado acerca de la duración del período sin menstruación para la definición de la amenorrea.

Se debe evaluar a cualquier paciente que cumpla los criterios siguientes pensando que presenta el problema clínico de la amenorrea:

- I. Ausencia del período a los 14 años con falta de crecimiento o desarrollo de las características sexuales secundarias.
- II. Ausencia del período a los 16 años con independencia de la presencia de un crecimiento y un desarrollo normal, con aparición de las características sexuales secundarias.
- III. En una mujer que ha estado menstruando, ausencia de los períodos durante un tiempo equivalente a un total de al menos tres intervalos entre los ciclos anteriores o 6 meses de amenorrea.

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

Varía de acuerdo a la etiología y compartimento afectado:

- I. Falla Gonadal (43%)
- II. Ausencia Congénita del útero y la vagina (15%)
- III. Constitucional (14%)
- IV. Anovulación crónica (39%)
- V. Hipotiroidismo/hiperprolactinemia (20%)
- VI. Pérdida de peso/anorexia (16%)

CLASIFICACIÓN

Existen varias clasificaciones, pero para términos prácticos, utilizaremos la clasificación clínica y por compartimentos.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

- I. Amenorrea fisiológica
 - 1. Antes de la pubertad
 - 2. Embarazo
 - 3. Lactancia
 - 4. Menopausia
- II. Amenorrea primaria
 - 1. Ausencia de menstruación a los 16 años con aparición de características sexuales secundarias o a los 14 sin caracteres sexuales secundarios.
- III. Amenorrea secundaria
 - 1. Ausencia de menstruación durante tres periodos o seis meses.

CLASIFICACIÓN POR COMPARTIMENTOS

- I. Compartimento I: Trastornos de la vía de salida o del útero:
 - 1. Síndrome de Asherman
 - 2. Anomalías müllerianas
 - 3. Agenesia mülleriana
 - 4. Insensibilidad a los andrógenos
 - 5. Himen imperforado
- II. Compartimento II: Trastornos del ovario
 - 1. Síndrome de Turner
 - 2. Mosaicismo
 - 3. Disgenesia gonadal XY

4. Agenesia gonadal
 5. Síndrome del ovario resistente
 6. Fallo ovárico prematuro
 7. Efecto de la radiación
 8. Efecto de la quimioterapia
 9. Síndrome de ovarios poliquísticos
- III. Compartimento III: Trastornos de la adenohipófisis
1. Adenomas no funcionantes
 2. Microadenomas
 3. Macroadenomas
 4. Síndrome de la silla turca vacía
 5. Síndrome de Sheehan
- IV. Compartimento IV: Trastornos del sistema nervioso central
1. Amenorrea hipotalámica
 2. Pérdida de peso
 3. Anorexia
 4. Bulimia
 5. Ejercicio de alto rendimiento
 6. Síndrome de Kallman

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- I. Es útil emplear la clasificación por compartimentos para la evaluación diagnóstica y el manejo.
- II. Es importante indagar en la historia clínica la edad de la menarquia, ciclos menstruales, antecedentes de endocrinopatías, hábitos alimenticios, uso de medicamentos o drogas, procedimientos gineco obstétricos pasados. Se debe

investigar a toda paciente con amenorrea de 6 meses después de suspender la anticoncepción oral ó 12 meses después de la última inyección de Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg (Depo-Provera).

- III. Al realizar el examen físico, este va orientado a valorar si tiene vagina, útero y grado de desarrollo mamario que nos da una idea del estado hormonal, sobre todo en aquellas pacientes que nunca han menstruado. Los estadios de Tanner para valorar desarrollo de mama y vello púbico son de ayuda para ello (Anexo 4). Dos signos que requieren investigación inmediata son el hirsutismo y la galactorrea, aunque la amenorrea sea de corta duración.

Previo al Paso 1, a toda paciente deberá realizársele Ultrasonografía pélvica y Prolactina sérica. Si el resultado de la Prolactina es mayor a 100 ng/mL, se deberá indicar resonancia magnética de hipófisis.

PASO 1

I. Prueba de privación con progestágenos

1. El propósito es determinar la presencia de estrógenos endógenos y la competencia de la vía de salida:
 - i. Progesterona IM 100 mg/ampolla, dar 100 a 200 mg dosis única.
 - ii. Acetato de medroxiprogesterona vía oral tabletas de 5 mg, dar 10 mg cada día durante 5 días.
2. En los 2-15 días siguientes a la interrupción de progestágeno, la paciente sangra, si lo hace (una gota se considera positiva), se establece con fiabilidad y seguridad un diagnóstico de anovulación, una vía de salida funcional, presencia de estrógenos, una función mínima del ovario, la hipófisis y el Sistema Nervioso Central.
3. En los procesos de anovulación siempre hay que descartar otras alteraciones endocrinas como: Síndrome de ovarios poliquísticos, hipotiroidismo, hiperprolactinemia y estados androgénicos.

PASO 2

- I. Si no hay flujo por privación, la vía de salida no funciona o no se ha producido la proliferación estrogénica preliminar del endometrio. Entonces, administramos estrógenos por vía oral para estimular la proliferación del endometrio y sangrado, con el objetivo de verificar que exista un endometrio totalmente reactivo y una vía de salida permeable:
 1. Valerato de estradiol de 1 mg, dar 2 a 4 tabletas (2 a 4 mg) al día por 21 días y añadir acetato de medroxiprogesterona de 5 mg, 2 tabletas durante los últimos 5 días (17 al 21 día).
 2. Anticonceptivos orales 1 cada 8 horas durante cinco días, luego una diaria hasta terminar el ciclo.
- II. Si no sangra, es válido un segundo ciclo de estrógenos o ACO.
- III. Si no hay flujo menstrual después de dos ciclos, se puede establecer con seguridad el diagnóstico de un defecto de los sistemas del compartimento I.

PASO 3

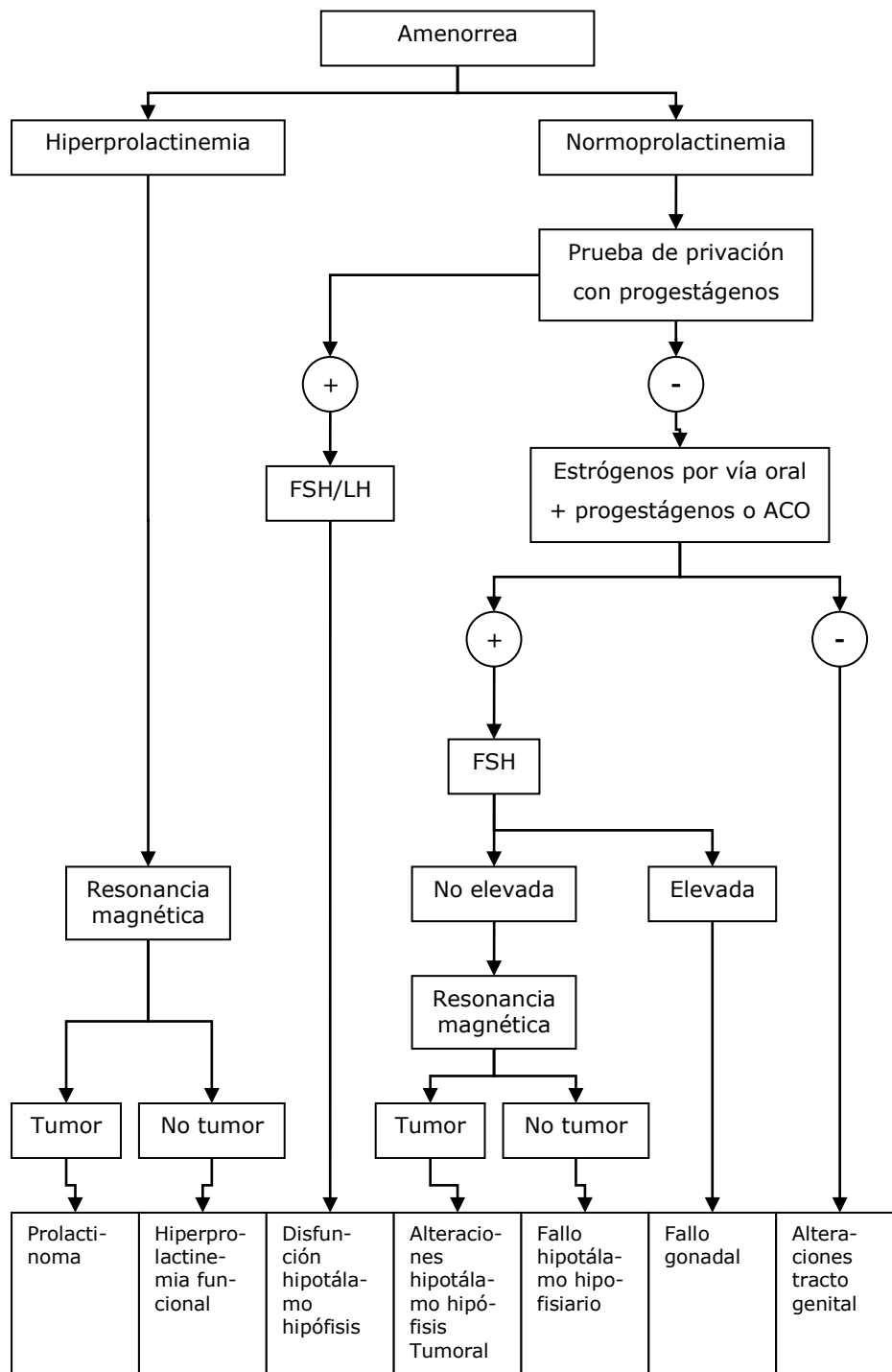
- I. Para determinar si la falta de estrógenos obedece a un fallo en el folículo (compartimento II) o en el eje SNC-hipófisis (compartimento III y IV), debemos analizar las Gonadotropinas (FSH y LH) y el estradiol.
- II. Deberán ser tomadas en los primeros 5 días del ciclo o en el caso que no presentan menstruación tomarlas al azar.
- III. Mujer adulta normal:
 1. FSH 5-20 UI/L ó 2 veces mayor que el nivel basal
 2. LH 5-20 UI/L ó 3 veces mayor que el nivel basal
 3. ESTRADIOL 20 – 60 pg/ml
- IV. Estado hipogonadotrófico: Disfunción prepuberal, hipofisiaria o hipotalámica
 1. FSH menos de 5 UI/L
 2. LH menos de 5 UI/L

3. ESTRADIOL menos de 20 pg/ml
- V. Estado hipergonadotrófico: Post menopausia, castración quirúrgica o fallo ovárico.
1. FSH mayor de 20 UI/L
 2. LH mayor de 40 UI/L
 3. ESTRADIOL menos de 20 pg/ml

PASO 4

Si los valores de gonadotropinas son anormalmente bajos o se encuentran dentro de límites normales, es necesaria una localización final para distinguir entre causa de la hipófisis (compartimento III) y causa del SNC-hipotálamo (compartimento IV) de la amenorrea. Esto se consigue con estudio de imagen como la resonancia magnética.

FLUJOGRAMA DIAGNÓSTICO (MODIFICADO DE OMS)



EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- I. Exámenes básicos, según la valoración clínica de cada caso individual y siempre que el padecimiento de la paciente cumpla con la definición de amenorrea, se podrán indicar:
 1. Prolactina
 2. Glucosa, parte de la valoración de ovarios poliquísticos
 3. Insulina, parte de la valoración de ovarios poliquísticos
 4. Hormona estimulante de la tiroides (TSH)
 5. Ultrasonido pélvico vaginal, si es virgen debe ser abdominal con vejiga llena
- II. Sospecha de alteraciones de compartimentos II, III y IV
 1. Hormona Folículo Estimulante (FSH)
 2. Hormona Luteinizante (LH)
 3. Estradiol
- III. Presencia de hirsutismo u ovarios poliquísticos
 1. Testosterona
 2. Androstenediona
- IV. Sospecha de alteraciones suprarrenales
 1. 17-alfa-hidroxiprogesterona
- V. Resonancia Magnética, ante sospecha de tumor de hipófisis (en los centros de atención que tengan capacidad instalada para el manejo)
- VI. Cariotipo, pacientes con amenorrea primaria o falla ovárica prematura (uso exclusivo 3 nivel atención)
- VII. Densitometría ósea de calcáneo, como parte de la valoración de la amenorrea primaria, con base al compartimento involucrado.
- VIII. Se considera útil la video laparoscopia diagnóstica para aquellas pacientes con alteraciones Müllerianas sospechadas por ultrasonido.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial debe ser realizado entre las posibles causas de la amenorrea. Tomar en cuenta la existencia de patologías no ginecológicas, como

tumores cerebrales, pulmonares, alteraciones suprarrenales y apoyarse en otras especialidades para su diagnóstico.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

La prueba de privación de progestágenos (PASO 1), puede ser realizada en centros de atención de baja complejidad. A partir del PASO 2, debe referirse a Gineco Obstetra. Pacientes que ameriten cariotipo, referir a tercer nivel.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Aquellas pacientes que serán sometidas a video laparoscopia u otro procedimiento que lo justifique.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

El tratamiento dependerá de la patología causante y deseo de embarazo.

- I. Pacientes con niveles séricos de prolactina arriba de 25 ng/mL, bromocriptina 2.5 mg, iniciando con media tableta cada noche durante una semana, aumentando media tableta a la semana, manteniendo esta dosis durante seis semanas (realizar control de prolactina sérica). Si la prolactina sérica baja a niveles normales, mantener el tratamiento durante seis meses.
- II. Pacientes con niveles séricos de prolactina arriba de 100 ng/mL y aquellas en quienes no disminuyen los niveles a pesar del tratamiento, realizar estudio de resonancia.
- III. Sospecha ultrasonográfica de alteración mülleriana, referir a laparoscopia.
- IV. Pacientes con niveles de FSH y LH elevados (hipergonadotrófico) o disminuidos (hipogonadotrófica): terapia hormonal con valerato de estradiol más medroxiprogesterona. Se pueden utilizar también valerato de estradiol más noretisterona o anticonceptivos orales combinados. Pacientes hipogonadotróficas que deseen embarazo, referir a infertilidad.

INCAPACIDAD

Por video laparoscopia diagnóstica: 5 a 7 días o según criterio médico.

SEGUIMIENTO:

Pacientes con tratamiento hormonal o manejo de hiperprolactinemia, seguimiento cada seis meses a un año.

EDUCACIÓN:

Explicar la cronicidad del cuadro y las expectativas del manejo, las cuales son satisfactorias en la mayoría de los casos. Informar a la paciente sobre las diferentes alternativas de tratamiento médico y, en pocos casos, quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA:

- Speroff, León, Fritz, Marc A. Anovulación y Poliquistosis Ovárica. Endocrinología Ginecológica Clínica y Esterilidad (6 a. Edición en Español). Lippincott Williams & Wilkins. 2006; 465-498.
- Jaffe, Robert B., Yen, Samuel S. C., Barbieri, Robert L. Síndrome del Ovario Poliquístico (Anovulación crónica hiperandrogénica). Endocrinología de la Reproducción (4 a. Edición). Editorial Médica Panamericana. 2001; 465-510.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Amenorreas: Concepto y Clasificación, 2005.

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA AGUDA (EPIA)

CIE 10 N-73.9

ELABORADO POR:

DR. JOSE ARNOLDO SALGUERO MAGAÑA, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DEFINICIÓN

Término general utilizado para referirse a infecciones que se presentan en los genitales internos femeninos.

EPI: infección que asciende desde el aparato genital bajo (vagina y cérvix) hacia las Trompas de Falopio, ovarios y peritoneo pélvico.

Es una complicación frecuente y grave de ciertas enfermedades de transmisión sexual especialmente la clamidia y la gonorrea.

El Síndrome de Fitz- Hugh- Curtis- Stajano se considera que se presenta en 3 a 5% de las mujeres que padecen EPIA.

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

Se estima que cada año más de 1 millón de mujeres sufren un episodio de EPIA en los Estados Unidos.

Más de 100,000 mujeres quedan infértiles cada año a consecuencia de una EPIA.

Más de 150 mujeres mueren anualmente de EPIA o por complicaciones de la enfermedad.

FACTORES DE RIESGO

- I. Actividad sexual precoz
- II. Bajo nivel educativo
- III. Bajo nivel socio-económico
- IV. Tabaquismo
- V. Infección de transmisión sexual previa
- VI. Cervicitis
- VII. Relaciones sexuales con distintos hombres

VIII. Relación sexual durante la menstruación

IX. No uso de preservativo

X. Las mujeres que utilizan DIU (instrumentación pélvica inadecuada)

AGENTES ETIOLÓGICOS

El origen de La infección es Polimicrobiana.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Los síntomas de la EPIA pueden no existir del todo o llegar a ser muy graves, hasta mortales.

Cuando es causada por clamidia, la mujer puede presentar síntomas mínimos y al mismo tiempo estar sufriendo daños graves en los órganos reproductivos.

Debido a que los síntomas son tan poco claros no es detectada por las mujeres ni los médicos en casi 2/3 de los casos.

Las mujeres que presentan síntomas de EPIA sufren, por lo general, dolor pélvico.

Otros signos y síntomas: fiebre, leucorrea ocasional que puede tener mal olor; dispareunia, disuria, sangrados irregulares.

Tradicionalmente el diagnóstico se basa en la triada sintomática: Dolor pélvico, o dolor a la movilización de cérvix, sensibilidad a la palpación de anexos y fiebre.

EPIA Y EMBARAZO

Durante el embarazo pueden presentarse la infección pélvica principalmente originada por los siguientes mecanismos:

Infección en el momento de la fecundación (transporte de bacterias a las trompas por los espermatozoides).

Infección después de la fecundación y antes del cierre de la cavidad endometrial.

Diseminación linfática desde cérvix o vagina.

Diseminación vascular de cérvix o vagina.

Reactivación de EPI crónica, instrumentación, infección ascendente durante aborto o sangrado, diseminación adyacente.

CLASIFICACIÓN

- I. No complicada (limitada a trompas u ovarios)
 1. Sin peritonitis pélvica
 2. Con peritonitis pélvica
- II. Complicada (masa inflamatoria o absceso que compromete trompa(s) u ovario(s))
 1. Sin peritonitis pélvica
 2. Con peritonitis pélvica
- III. Diseminada a estructuras más allá de la pelvis y/o ruptura de absceso tubo-ovárico.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

El diagnóstico se basa en una historia clínica completa, un buen examen físico y la complementación con exámenes de laboratorio: Hemograma, PCR, ERS, Examen general de orina.

Debe realizarse Ultrasonografía cuando se sospeche masa anexial o peritonitis.

En casos de duda diagnóstica, puede aportar también más criterios la laparoscopia, ya que además de ver directamente los órganos pélvicos, permite la toma de muestras para estudios bacteriológicos.

CLASIFICACIÓN LAPAROSCÓPICA

- I. Leve: Eritema, edema, las trompas se mueven libremente. No hay exudado purulento.
- II. Moderada: Eritema, edema más marcado, material purulento evidente. No hay movimiento libre de las trompas. La fimbria puede no ser evidente.
- III. Severa Presencia de piosálpinx y/o absceso.

COMPLICACIONES

- I. Daño permanente a los órganos sexuales.
- II. Obstrucción tubaria por fibrosis.
- III. Infertilidad.
- IV. Embarazo ectópico.
- V. Dolor pélvico crónico.
- VI. Perihepatitis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- I. Colon irritable
- II. Apendicitis
- III. Infección de vía urinarias
- IV. Tumor o torsión ovárica
- V. Embarazo ectópico
- VI. Dismenorrea
- VII. Diverticulitis
- VIII. Cistitis
- IX. Litiasis renal

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

- I. De medicina General a Ginecología ante la sospecha diagnóstica.
- II. De consulta a Hospitalización según criterios de ingreso.
- III. De centros de alta complejidad a centro de referencia nacional según capacidad resolutoria para el manejo de complicaciones.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

- I. Embarazo
- II. Temperatura mayor de 38 °C
- III. Leucocitosis mayor de 16,000
- IV. Intolerancia a la vía oral
- V. Sospecha de Absceso Tubo Ovárico
- VI. Peritonitis
- VII. Diagnóstico no aclarado
- VIII. Fracaso en el tratamiento ambulatorio en 72 horas
- IX. Adolescentes

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

MANEJO AMBULATORIO

- I. Opción 1: Ciprofloxacina 500 mg 2 tabletas Vía Oral dosis única, más Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por diez a catorce días, más Metronidazol 500 mg vía oral cada 8 horas por diez a catorce días.
- II. Opción 2: Ceftriaxona 1 gramo IM # 1, más Ciprofloxacina 500 mg VO cada 12 horas por diez a catorce días, más Metronidazol 500 mg VO cada 8 horas por diez a catorce días.
- III. Control de evolución en 72 horas

MANEJO HOSPITALARIO

- I. Antibióticoterapia: recordar antibióticos anti anaerobios.
- II. Mantenimiento de la homeostasia.
- III. Remoción del foco infeccioso.

ANTIBIÓTICOTERAPIA

- I. Opción 1: Ceftriaxona 1 gr EV (dosis única), más Clindamicina 600 mg EV c/8h más Gentamicina 80 mg IM cada 12 horas, hasta que se mantenga 48 horas afebril. Después de alta: El régimen es continuado con Doxicilina 100 mg VO c/12h más Clindamicina 300 mg VO c/8h.
- II. Opción 2: Ciprofloxacina 500 mg EV cada 12 horas, más Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas.
- III. El régimen es continuado al menos a completar 14 días.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- I. El tratamiento quirúrgico debe ser lo más conservador posible.
- II. La ruptura del absceso con peritonitis generalizada, debe considerarse y tratarse como una emergencia quirúrgica; generalmente histerectomía abdominal total, con salpingo ooforectomía bilateral; debe considerarse los deseos de fertilidad de la paciente.

CRITERIOS DE EGRESO

Si en consulta de seguimiento hay remisión completa del cuadro, alta.

INCAPACIDAD

En casos de manejo ambulatorio de 3 días y se evaluara la prorroga o su ingreso en la consulta de seguimiento.

En casos de manejo hospitalario, será según complejidad del cuadro.

SEGUIMIENTO:

Control en tres días a paciente ambulatorio

Control en treinta días posterior al alta a paciente hospitalario

EDUCACIÓN:

Recomendaciones de educación sexual y aseo personal.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE CURSAN CON DESCARGA

GONORREA CIE 10 A-54.9

ELABORADO POR:

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Enfermedad de transmisión sexual producida por un diplococo (*Neisseria Gonorrhoeae*) con un periodo de incubación de 2 a 6 días y se presenta clínicamente como una uretritis, bartholinitis o cervicitis.

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

En Estados Unidos se estima el apareamiento de alrededor de 600,000 casos nuevos cada año.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Cursa como uretritis, cervicitis o bartholinitis, con descarga mucopurulenta amarillo-verdosa.

Síntomas de enfermedad pélvica inflamatoria (ver Guía de EPIA).

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

I. Frotis coloración de Gram (Diplococo Gram -)

II. Cultivo de secreción Thayer Martin

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: infecciones de transmisión sexual que cursan con descarga.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Ante la sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria aguda (ver guía de EPI) o complicaciones asociadas a embarazo, referir a evaluación por Gineco Obstetra.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Enfermedad pélvica inflamatoria aguda (ver guía) y Bartholinitis que amerite drenaje.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- I. Ciprofloxacina 500 mg 2 tabletas Vía Oral dosis única
- II. Trimetoprim-Sulfametoxazole 160/800 mg 1 tableta cada 12 horas #2 tabletas
- III. Alternativa en embarazada: Ceftriaxona 1 gr Intramuscular dosis única

DAR TRATAMIENTO A LA PAREJA

CRITERIOS DE EGRESO

Si en consulta de seguimiento hay remisión completa del cuadro, alta.

INCAPACIDAD

En casos de manejo hospitalario (EPIA, Bartholinitis), será según complejidad del cuadro.

SEGUIMIENTO:

Control posterior a tratamiento en 15 días.

EDUCACIÓN:

Recomendaciones de educación sexual y aseo personal.

VAGINOSIS BACTERIANA

CIE 10 N-76.0

ELABORADO POR:

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Descarga vaginal caracterizada por desequilibrio de la flora vaginal normal capaz de disminuir los lactobacilos debido a la disminución en la concentración de peróxido de hidrógeno.

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

Se considera la principal causa de descarga vaginal; causa flujo vaginal maloliente, sin embargo, hasta el 50% de las mujeres son asintomáticas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Flujo vaginal grisáceo frecuentemente referido con olor a pescado, especialmente posterior a la relación sexual, usualmente no provoca prurito ni dispareunia.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

I. Ph vaginal > 4.5 con tiras reactivas

II. Prueba de KOH positiva

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: infecciones de transmisión sexual que cursan con descarga.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Ante la sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria aguda o complicaciones asociadas a embarazo, referir a evaluación por gineco obstetra.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Enfermedad pélvica inflamatoria aguda (ver guía) y Bartholinitis que amerite drenaje.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

De elección:

- I. Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días
- II. Clindamincina vaginal cada noche por 7 noches o vía oral, 300 mg cada 12 horas por 7 días

CRITERIOS DE EGRESO

Si en consulta de seguimiento hay remisión completa del cuadro, alta.

INCAPACIDAD

En casos de manejo hospitalario (Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda, Bartholinitis), será según complejidad del cuadro.

SEGUIMIENTO:

Control posterior a tratamiento a los 15 días.

EDUCACIÓN:

Recomendaciones de educación sexual y aseo personal.

INFECCIÓN POR CLAMIDIA

CIE 10 A-74.9

ELABORADO POR:

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Infección causada por la Chlamydia Trachomatis, siendo la causa más frecuente de uretritis no gonocócica.

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

Más frecuente en adolescente joven sexualmente activa, asociada a Enfermedad Pélvica Inflamatoria que puede producir infertilidad.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Presencia de leucorrea mucopurulenta, disuria, cérvix eritematoso, causa frecuente de bartholinitis, absceso tuboovárico, Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda (EPIA). El diagnóstico se realizará exclusivamente por clínica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Infecciones de transmisión sexual que cursan con descarga.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Ante la sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria aguda o complicaciones asociadas a embarazo, referir a evaluación por gineco obstetra.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Enfermedad pélvica inflamatoria aguda (ver guía) y Bartholinitis que amerite drenaje.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- I. Opción 1: Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 7 días
- II. Opción 2: Claritromicina 500 mg VO cada 12 horas por 7 días (también alternativa para embarazadas)

CRITERIOS DE EGRESO

Si en consulta de seguimiento hay remisión completa del cuadro, alta.

INCAPACIDAD

En casos de manejo hospitalario (EPIA, Bartholinitis), será según complejidad del cuadro.

SEGUIMIENTO:

Control posterior a tratamiento en 15 días.

EDUCACIÓN:

Recomendaciones sobre educación sexual e higiene personal

TRICOMONIASIS

CIE 10 A-59.9

ELABORADO POR:

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Secreción vaginal causada por *Trichomona vaginalis*. Asociada a parto prematuro, RPM y bajo peso al nacer en pacientes embarazadas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Caracterizado por presencia de secreción vaginal de aspecto espumoso, con sensación de quemadura, disuria, vagina eritematosa, cérvix con aspecto de fresa. Además se presenta en infecciones mixtas y usualmente es asintomática en el hombre.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- I. Visualización del agente causal al examen citológico
- II. Ph vaginal de 4 a 4.5

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Infecciones de transmisión sexual que cursan con descarga.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Ante la sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria aguda o complicaciones asociadas a embarazo, referir a evaluación por gineco obstetra.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Enfermedad pélvica inflamatoria aguda (ver guía) y Bartholinitis que amerite drenaje.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- I. Metronidazol 2 gr. vía oral # 1
- II. Metronidazol 500 mg. 2 veces por día por 7 días
- III. Para casos recurrentes: Metronidazol 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días.
- IV. Clindamicina vaginal por 7 noches
- V. En embarazadas a partir del segundo trimestre: Metronidazol 2 gr. dosis única.
- VI. Se debe dar tratamiento a la pareja.

CRITERIOS DE EGRESO

Si en consulta de seguimiento hay remisión completa del cuadro, alta.

INCAPACIDAD

En casos de manejo hospitalario (EPIA, Bartholinitis), será según complejidad del cuadro.

SEGUIMIENTO:

Control posterior a tratamiento en 15 días.

EDUCACIÓN:

Recomendaciones sobre educación sexual y aseo personal.

CANDIDIASIS

CIE 10 B-37.3

ELABORADO POR:

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Generalmente causada por *Candida Albicans* y en algunos casos por *Tourolopsis*. Es de transmisión sexual y no sexual, provocada por alteraciones de la flora local normal por uso de antibióticos, esteroides, inmunosupresores o alteraciones metabólicas como diabetes, embarazo y enfermedades inmunosupresoras (VIH/cáncer/Tuberculosis).

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

Se estima que un 75% de mujeres tendrán un episodio de vaginosis por candidiasis y de 40 a 45% tendrán dos o más episodios en su vida. Del 10 al 20% podrán presentar infecciones severas, recurrentes o infecciones por agentes diferentes a la *C. Albicans*.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Caracterizada por presencia de leucorrea blanquecina, grumosa, abundante, inodora, produce hiperemia de cérvix, vagina y vulva, prurito y escozor.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- I. Cultivo de secreción, en casos severos o recurrentes (confirmatorio)
- II. Ph vaginal normal

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Infecciones de transmisión sexual que cursan con descarga.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Ninguno.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Ninguno.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- I. Clotrimazol crema vaginal al 1% por 7 días.
- II. Itraconazol 100 mg VO cada 12 horas por 3 días.
- III. En Candidiasis vulvovaginal complicada (cuatro o más episodios en un año, diabetes descompensada, infección por candida no albicans, infección por VIH, tratamiento con corticosteroides) recibirán dos dosis de Fluconazol de 200 mg VO con tres días de separación.
- IV. Vulvovaginitis recurrente: Fluconazol 200 mg VO cada semana de 1 a 6 meses.

CRITERIOS DE EGRESO

Si en consulta de seguimiento hay remisión completa del cuadro, alta.

INCAPACIDAD

En vulvovaginitis severas, a criterio médico.

SEGUIMIENTO:

Control posterior a tratamiento en 15 días.

EDUCACIÓN:

Recomendaciones sobre educación sexual y aseo personal.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE CURSAN CON ÚLCERA

SÍFILIS

CIE 10 A-53.9

ELABORADA POR:

DRA. MARÍA JULIA PALMA, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

La sífilis es una enfermedad sistémica desde el inicio. La infección puede clasificarse como congénita (transmitida de madre a hijo *in útero*) o adquirida (transmitida por vía sexual o transfusional).

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

Por edades, el grupo más involucrado es el que va de los 15 a los 30 años, relacionado con la actividad sexual. El agente etiológico es una espiroqueta, el *Treponema Pallidum*, y tiene un periodo de incubación de 10 a 90 días (promedio 21).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

La sífilis adquirida se divide en temprana y tardía

- I. **Sífilis Temprana:** aquella que tiene una evolución menor de un año.
 1. **Sífilis Primaria:** se caracteriza por la aparición de una lesión ulcerada generalmente única, indolora, seca, en la región genital (aunque se han reportado en otros sitios del cuerpo), conocida como chancro sifilítico o chancro primario. Es una lesión que puede desaparecer en forma espontánea en 1 a 2 semanas.

2. **Sífilis Secundaria:** Caracterizada por lesiones mucocutáneas y adenopatías. Es una de las etapas más infectantes de la enfermedad. Puede aparecer de 6 semanas a 6 meses después de la infección primaria y puede desaparecer en forma espontánea en 1 a 2 semanas. Un dato clínico importante es que las lesiones involucran palmas de las manos y plantas de los pies; también son frecuentes lesiones en área ano-genital como Condiloma Lata producido por Treponema Pallidum.

3. **Latente Temprana o latente precoz:** No hay ninguna manifestación clínica y usualmente el diagnóstico se hace por los estudios serológicos específicos o inespecíficos. Es una de las formas más frecuentes en la práctica diaria.

II. **Sífilis Tardía:** Aquella con evolución mayor de dos años.

1. **Sífilis Latente Tardía:** No hay manifestaciones clínicas, los exámenes serológicos son positivos y para fines de tratamiento se maneja igual que una sífilis terciaria. Aquí se incluye también la sífilis de evolución desconocida.

2. **Sífilis Terciaria:** Caracterizada por: síndromes cardíaco vasculares, entre ellos: aneurisma aórtico, vasculitis, insuficiencia cardíaca; síndromes neurológicos: trastorno psiquiátrico, ataque de los nervios craneanos (oftálmico y auditivo) y lesiones gomatosas. En estos estadios las lesiones son irreversibles y el paciente es de baja infectividad. Desde el punto de vista terapéutico, el Síndrome Neurológico no se trata como Sífilis Terciaria.

III. **Otras formas:**

1. **Sífilis más embarazo:** Un síndrome clínico que puede comprender: restricción de crecimiento intrauterino y muerte neonatal.

2. **Sífilis Congénita:** En el recién nacido puede encontrarse: ictericia, hepato-esplenomegalia, secreción nasal mucopurulenta, pénfigo palmoplantar, petequias y neumonía alba, laringitis (llanto ronco y

continuo), gastroenteritis, osteocondritis de huesos largos al examen radiológico.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

I. Técnicas Directas:

Campo oscuro: Esta técnica es útil en lesiones de sífilis primaria, secundaria y sífilis congénita y consiste en la visualización del treponema a partir de una muestra de la secreción.

II. Técnica Indirectas

Pruebas Serológicas:

1. No treponémicas: Las más usadas son Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) y la prueba de reagina plasmática rápida (RPR) que son equivalentes. Detectan una cardiolípidina liberada de la célula infectada por el treponema y son positivas 2 a 3 semanas después de la infección. El VDRL se considera positivo a una dilución de 1:16 o mayor.

Las pruebas inespecíficas o no treponémicas pueden dar falsos negativos, por ejemplo: en aquellos pacientes inmunocomprometidos como en los pacientes con VIH/SIDA o cuando se encuentran en el periodo de "ventana" (de 3 a 4 semanas) y, además, falsos positivos, por ejemplo: infección de vías urinarias, paludismo, embarazo, lupus eritematoso y otras enfermedades inmunológicas.

2. Treponémicos: Son pruebas confirmatorias que detectan anticuerpos (IgG) contra el treponema. Suelen permanecer positivas toda la vida aún en ausencia de la enfermedad y son específicas. No son útiles para seguimiento de los casos. Entre estas tenemos el Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test (FTA-ABS).

III. No existen formas de cultivo o pruebas de inoculación.

IV. Deberá efectuarse punción lumbar en los pacientes con Sífilis que presenten cualquiera de los siguientes criterios:

1. Presencia de signos y síntomas neurológicos (incluidos los oftalmológicos).

2. Evidencia de sífilis terciaria (aortitis, goma e iritis).
3. Fallo del tratamiento.
4. Paciente con infección por VIH con sífilis latente, tardía ó sífilis de duración desconocida.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: infecciones de transmisión sexual que cursan con úlcera.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Ante la persistencia de las lesiones, falla terapéutica o patología asociada a embarazo.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

- I. Sospecha de neurosífilis (referencia a especialista correspondiente).
- II. Embarazo más sospecha de sífilis congénita.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- I. **SÍFILIS TEMPRANA** (primaria, secundaria o latente precoz)
 1. **Régimen recomendado:** Penicilina G Benzatínica 2,4 millones UI por vía intramuscular, en una sola dosis.
 2. **Régimen alternativo para pacientes no gestantes alérgicas a la penicilina:**
 - i. Doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 14 días.
 - ii. Claritromicina, 500 mg por vía oral, 2 veces al día durante 14 días.

II. **SÍFILIS TARDÍA LATENTE, DE EVOLUCIÓN DESCONOCIDA Y SÍFILIS TERCIARIA.** (Infección de más de dos años de duración sin signos de infección treponémica)

1. **Régimen recomendado:** Penicilina G Benzatínica, 2,4 millones UI por vía intramuscular una vez por semana por 3 semanas consecutivas.

2. **Régimen alternativo para pacientes no gestantes alérgicas a la penicilina:**

i. Doxiciclina, 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 30 días.

ii. Claritromicina, 500 mg por vía oral, 2 veces al día durante 30 días.

III. **NEUROSÍFILIS:** manejo intrahospitalario por especialista.

IV. **SÍFILIS DURANTE EL EMBARAZO:** Penicilina G Benzatínica, 2,4 millones UI por vía intramuscular, una vez por semana por 3 semanas consecutivas. Régimen alternativo para pacientes alérgicas a la penicilina: Claritromicina, 500 mg por vía oral, 2 veces al día durante 30 días.

CRITERIOS DE EGRESO

Si en consulta de seguimiento hay remisión completa del cuadro, alta.

INCAPACIDAD

No aplica incapacidad para estos casos, exceptuando la Neurosífilis que será evaluada por el especialista correspondiente.

SEGUIMIENTO:

Control posterior a tratamiento, dependiendo de la evolución clínica.

EDUCACIÓN:

Recomendaciones sobre educación sexual y aseo personal. Tratamiento a la pareja.

CHANCROIDE

CIE 10 A-57

ELABORADA POR:

DRA. MARÍA JULIA PALMA, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Es una ITS causada por una bacteria gramnegativa, que se manifiesta frecuentemente a modo de úlcera genital dolorosa y de aspecto sucio, simulando un chancro de carácter sifilítico. Periodo de incubación de 3 a 10 días.

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

La transmisión es exclusiva por contacto sexual. Las poblaciones de alto riesgo las constituyen las/los trabajadores/as del sexo, más frecuente en hombres y grupos de niveles socioeconómicos bajos. Al igual que con otras infecciones de transmisión sexual, el chancroide frecuentemente coexiste con otras ITS. La prevalencia e incidencia son muy bajas. El agente etiológico es el *Haemophilus ducreyi*, bacilo anaerobio facultativo gramnegativo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

La enfermedad comienza con una pápula dolorosa en el lugar de la inoculación (habitualmente genital), la cual después sufre una erosión y se presenta como una ulceración poco profunda, sumamente dolorosa, de bordes socavados e irregulares, húmeda y fondo sucio, generalmente en número de dos o tres. En un 50% de los pacientes aparece una adenopatía inguinal inflamatoria aguda unilateral (bubón) la cual es dolorosa, sensible al contacto o la presión y drena de forma espontánea, dejando una úlcera profunda.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- I. Frotis de la lesión: con coloración Gram, Wright o Giemsa, dando la imagen de una fila de peces.
- II. Realizar prueba para serología de sífilis (VDRL o RPR).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Sífilis, Linfogranuloma venéreo, Herpes genital.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Ante la persistencia de las lesiones, falla terapéutica o patología asociada a embarazo.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

No aplica ingreso en estos casos.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- I. **Régimen recomendado:** Ciprofloxacina 500 mg 2 veces al día por 3 días
- II. **Régimen alternativo:** Trimetoprim Sulfametoxazole 160/800 mg vía oral 2 veces al día por 7 días.
- III. **Para paciente embarazada:** Ceftriaxona 1 gr. IM dosis única.

CRITERIOS DE EGRESO

Si en consulta de seguimiento hay remisión completa del cuadro, alta.

INCAPACIDAD

En casos agudos, según criterio médico.

SEGUIMIENTO:

Control posterior a tratamiento, dependiendo de la evolución clínica.

EDUCACIÓN:

Recomendaciones sobre educación sexual y aseo personal.

LINFOGRANULOMA VENÉREO

CIE 10 A-55

ELABORADA POR:

DRA. MARÍA JULIA PALMA, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Enfermedad producida por la Chlamydia trachomatis cepas L1, L2 y L3; con un periodo de incubación de 3 días a 6 semanas.

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

Muy rara en países desarrollados, a diferencia de la sífilis y gonorrea su incidencia ha ido disminuyendo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

La enfermedad se divide en 3 etapas:

- I. **Primera Etapa:** Se inicia con una pápula, úlcera no indurada o vesícula indolora localizada en los labios, la horquilla o la vagina posterior. Puede haber uretritis inespecífica. Estas lesiones pueden desaparecer en forma espontánea en un periodo de 10 días.
- II. **Segunda etapa:** Caracterizada por un ataque ganglionar pudiendo aparecer una adenopatía inguinal, generalmente unilateral, que se evidencia después de 10 a 30 días de la lesión primaria.
- III. **Tercera etapa:** Síndrome anogenital. Si la enfermedad no se trata adecuadamente en las etapas anteriores, aparecen complicaciones a nivel ano-rectal caracterizadas por proctocolitis, destrucción del tabique ano-rectal fistulización, uretritis y linfadenitis regional conocida como elephantiasis. En esta etapa de la enfermedad quedan secuelas permanentes. Esto último, es

frecuente cuando hay contacto sexual anal. Se considera que el Linfogramuloma venéreo es cofactor para el VIH.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- I. Frotis de la secreción. Puede encontrarse muestras "limpias" (no observación de bacteria alguna) con 10 ó más polimorfonucleares por campo.
- II. Recomendable VDRL y prueba para VIH.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Sífilis, Chancroide, Herpes genital.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Ante la persistencia de las lesiones, falla terapéutica o patología asociada a embarazo.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Ninguno.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- I. **Régimen recomendado:** Doxiciclina: 100 mg. vía oral, dos veces al día durante 14 días.
- II. **Régimen alternativo:** Claritromicina 500 mg. vía oral 2 veces día por 14 días.

CRITERIOS DE EGRESO

Si en consulta de seguimiento hay remisión completa del cuadro, alta.

INCAPACIDAD

En casos agudos, se recomienda un periodo de tres días.

SEGUIMIENTO:

Control posterior a tratamiento, dependiendo de la evolución clínica y la disponibilidad de cupos.

EDUCACIÓN:

Recomendaciones sobre educación sexual y aseo personal.

HERPES GENITAL

CIE 10 A-60.9

ELABORADA POR:

DRA. MARÍA JULIA PALMA, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Enfermedad que cursa con vesículas o úlceras dolorosas producidas por el Virus del Herpes Simple tipo I y tipo II (VHS I y II). El periodo de incubación es de 2 a 7 días, pudiendo desaparecer las lesiones en 1 ó 2 semanas en forma espontánea. El virus se replica y se aloja en los ganglios nerviosos, generalmente ganglios del nervio sacro, responsable de las recurrencias sintomáticas o asintomáticas cada vez que haya reactivación viral.

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

La incidencia de la infección por el virus del Herpes es difícil de cuantificar debido a infecciones asintomáticas. Sin embargo, estimados de incidencias en poblaciones norteamericanas y europeas varían de 5 a 24 por ciento.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Se sospechará ante la presencia de vesículas y úlceras dolorosas con sensación de quemadura, ardor y prurito, localizado en piel y mucosa del área genital. Se puede transmitir por vía:

- I. Sexual
- II. Sanguínea
- III. Autoinoculación
- IV. Transplacentaria (poco frecuente)
- V. Contaminación intraparto

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- I. Examen citológico de la lesión
- II. Evaluación Colposcópica, en caso de lesiones cervicales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Sífilis, Linfogranuloma venéreo, Chancroide.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Ante la persistencia de las lesiones, falla terapéutica o patología asociada a embarazo.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Retención Urinaria

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- I. **Régimen recomendado para el primer episodio clínico:** Aciclovir 400 mg, vía oral, 3 veces día durante 7 a 10 días.
- II. **Régimen recomendado para la infección recurrente:** Aciclovir 400 mg vía oral, 3 veces al día durante 5 días.
- III. **Régimen recomendado para el tratamiento supresivo (mas de 6 episodios en el año):** Aciclovir 400 mg vía oral, dos veces al día, como tratamiento de dos a tres meses y reevaluando su continuidad al final de los mismos.

CRITERIOS DE EGRESO

Si en consulta de seguimiento hay remisión completa del cuadro, alta.

INCAPACIDAD

En casos agudos de herpes genital, se recomienda un periodo de tres días.

SEGUIMIENTO:

Control posterior a tratamiento, dependiendo de la evolución clínica y la disponibilidad de cupos.

EDUCACIÓN:

- I. Explicar naturaleza recurrente de cuadros de herpes genital
- II. Recomendaciones sobre educación sexual y aseo personal.

OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

CONDILOMA ACUMINADO

CIE 10 A-63.0

ELABORADA POR:

DRA. MARÍA JULIA PALMA, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Es una enfermedad causada por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Se caracteriza por el crecimiento de verrugas blandas en los genitales o en la región anal.

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

Las lesiones suelen aparecer entre los dos y ocho meses después de haber tenido la relación. Esta enfermedad se presenta con más frecuencia en los adultos jóvenes de entre los quince y los treinta años de edad y es una enfermedad frecuentemente diseminada por el contacto sexual. El 30% de las pacientes pueden curarse de forma espontánea, un 35% tienen lesiones recurrentes y no existe tratamiento específico para erradicar el virus.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- I. Lesiones exofíticas.
- II. Superficie genital granulosa, húmeda y blanda.
- III. Color de piel rosa o grisáceo (hiperpigmentada).
- IV. Las verrugas pueden estar cubiertas de un exudado seroso o hemorrágico, pueden ser sésiles o pediculadas, algunas son puntiformes, pero pueden llegar a medir hasta 20 cm.

- V. Aparecen en cualquier zona de los genitales exteriores y ano, pudiendo también afectar vagina y cérvix.
- VI. Si se han tenido relaciones orogenitales también se puede sufrir de algunas lesiones orales.
- VII. Las verrugas causan picazón y ardor en el área genital y el área perianal.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

En toda paciente con verrugas genitales o extragenitales:

- I. Citología cervicovaginal: Este estudio debe practicarse aún si tuviere papanicolau reciente.
- II. Biopsia con o sin dirección colposcópica: En lesiones del cérvix y cuando exista duda diagnóstica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Presencia de verrugas: diferenciar condilomas de molusco contagioso.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

- I. Ante la presencia de lesiones de gran tamaño que requieran tratamiento quirúrgico.
- II. Condilomas más embarazo, referir a segundo nivel.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:

Necesidad de tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

- I. Podofilina al 25%, aplicada cuidadosamente sobre las verrugas, preservando el tejido normal. Debe utilizarse en lesiones no queratinizadas y se aplica semanalmente en áreas no mayores de 10 cm. de diámetro. Es tóxica y absorbible por lo que está contraindicada en el embarazo. Es recomendable el

lavado del área de aplicación con agua y jabón 4 horas después de la aplicación.

- II. Ácido Tricloro Acético al 80%. Es sumamente erosivo y de aplicación semanal. Puede usarse en la embarazada.
- III. Cauterización, en casos de lesiones extensas. Requiere de anestesia local o regional según la localización.
- IV. Cirugía, en lesiones exofíticas extensas.

CONDILOMAS Y EMBARAZO.

Tiende a exacerbarse durante este periodo, puede manejarse de manera expectante. En lesiones vaginales o genitales externas puede emplearse ácido tricloro acético al 80% o cauterio. Se puede considerar la terminación del parto por cesárea ante la presencia de lesiones exofíticas que obstruyan el canal del parto.

CRITERIOS DE EGRESO

Si en consulta de seguimiento hay remisión completa del cuadro, alta.

INCAPACIDAD

En casos de manejo hospitalario (tratamiento quirúrgico de Condilomas), será según complejidad del cuadro.

SEGUIMIENTO:

En pacientes a quienes se les esté aplicando Podofilina o Ácido Tricloro acético, control semanal.

EDUCACIÓN:

Recomendaciones sobre educación sexual y aseo personal.

MOLUSCO CONTAGIOSO

CIE 10 B-08.1

ELABORADA POR:

DRA. MARÍA JULIA PALMA, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Es una enfermedad causada por un virus grande perteneciente a la clase de los pox-virus, con periodo de incubación de 2 a 7 semanas y que se puede transmitir por vía sexual, sanguínea o autoinoculación.

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

Las lesiones son de evolución benigna y pueden durar de 6 meses a 2 años.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Se caracteriza por lesiones de aspecto papular de color perlado, umbilicadas en el centro, que cursan con prurito, preferentemente en el área genital.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

En toda paciente con verrugas genitales o extragenitales:

- I. Citología cervicovaginal: Este estudio debe practicarse aún si tuviere papanicolau reciente.
- II. Biopsia con o sin dirección colposcópica: En lesiones del cérvix y cuando exista duda diagnóstica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Presencia de verrugas: diferenciar condilomas de molusco contagioso.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Necesidad de tratamiento quirúrgico, cuando se considere necesaria la referencia a Ginecología.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

Cauterización o Curetaje.

CRITERIOS DE EGRESO

Si en consulta de seguimiento hay remisión completa del cuadro, alta.

INCAPACIDAD

No aplica.

SEGUIMIENTO:

Hasta desaparición de lesiones.

EDUCACIÓN:

Recomendaciones sobre educación sexual y aseo personal.

PEDICULOSIS PUBICA

CIE 10 B-85.3

ELABORADA POR:

DRA. MARÍA JULIA PALMA, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Enfermedad producida por un ácaro (*Pthirus pubis inguinalis*) que parasita la región púbica, inguinal o axilar.

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

La vía de infección es por contacto directo o íntimo con personas contagiadas. Se puede adquirir por el uso de ropa íntima infectada.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

El diagnóstico se efectúa ante la visualización del parásito, acompañado de pápulas sumamente pruriginosas en las áreas afectadas. Es común también observarlo en la ropa interior.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Presencia de ectoparásitos: descartar pediculosis o escabiosis.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Ninguno.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

Permetrina al 1%, shampoo, aplicar durante 10 minutos, dosis única. No está contraindicado en embarazo.

CRITERIOS DE EGRESO

Si en consulta de seguimiento hay remisión completa del cuadro, alta.

INCAPACIDAD

Ninguna.

EDUCACIÓN:

- I. Recomendaciones sobre educación sexual y aseo personal.
- II. Para casos de ectoparasitosis: lavado de ropa de cama y personal, rasurado del área afectada.

ESCABIOSIS

CIE 10 B-86

ELABORADA POR:

DRA. MARÍA JULIA PALMA, GINECO OBSTETRA, HOSPITAL SANTA ANA

DR. EDWARD HERRERA, JEFE DE ENSEÑANZA, HOSPITAL 1° DE MAYO

DR. RICARDO FIGUEROA LARA, COORDINADOR PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, UNIDAD MÉDICA ILOPANGO

DEFINICIÓN

Conocida comúnmente como sarna, cuyo agente etiológico es el *Sarcoptes scabiei*.

EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

La vía de transmisión es por contacto con personas infestadas o ropas de uso personal.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

El principal síntoma es el prurito que usualmente se intensifica por la noche, el cual puede requerir de un periodo de sensibilización previo a su apareamiento. En las reinfestaciones la sintomatología puede aparecer en las primeras 24 horas. Aparece en pliegues cutáneos y a nivel de abdomen, en forma de pápulas, pústulas y pequeños surcos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Presencia de ectoparásitos: descartar pediculosis o escabiosis.

CRITERIOS DE REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA O ALTA COMPLEJIDAD O CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL:

Ninguno.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN

Permetrina al 5%, loción, aplicar del cuello hacia abajo y lavar después de 8 horas a 14 horas, dosis única. No está contraindicada en embarazo.

CRITERIOS DE EGRESO

Si en consulta de seguimiento hay remisión completa del cuadro, alta.

INCAPACIDAD

Ninguna.

EDUCACIÓN:

- I. Recomendaciones sobre educación sexual y aseo personal.
- II. Para casos de ectoparasitosis: lavado de ropa de cama y personal, rasurado del área afectada.

BIBLIOGRAFÍA DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA Y DE TODAS LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

- Centers for Disease Control and Prevention, Sexually transmitted diseases, Treatment Guidelines, 2006.
- Norma de Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual, Asociación Demográfica Salvadoreña, 1998.

DISPOSICIONES FINALES:


ACTUALIZACIÓN:


Las "**GUÍAS DE MANEJO DE GINECOLOGÍA**" serán revisados cada dos años o antes a solicitud de los Centros de Atención que cuentan con este portafolio de servicios, con el fin de actualizarla y mantenerla coherente a las necesidades reales y objetivos de la Institución.

VIGENCIA:

Las presentes "**GUÍAS DE MANEJO DE GINECOLOGÍA**" entraran en vigencia con la firma de las Autoridades y posterior a su Implantación y Divulgación, sustituyendo a todos los Documentos Normativos emitidos anteriormente para tal fin. San Salvador, Marzo 2010.

Revisión:

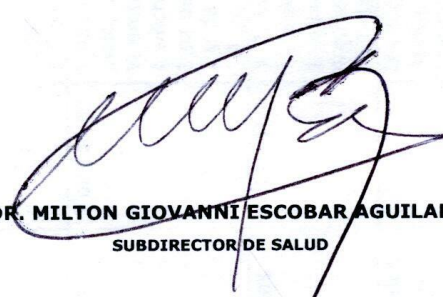

Dr. Guillermo José Valdés Flores
Jefe Dpto. de Normalización y Estandarización





Dr. Simón Baltazar Agredá Contreras
Jefe División Técnica Normativa



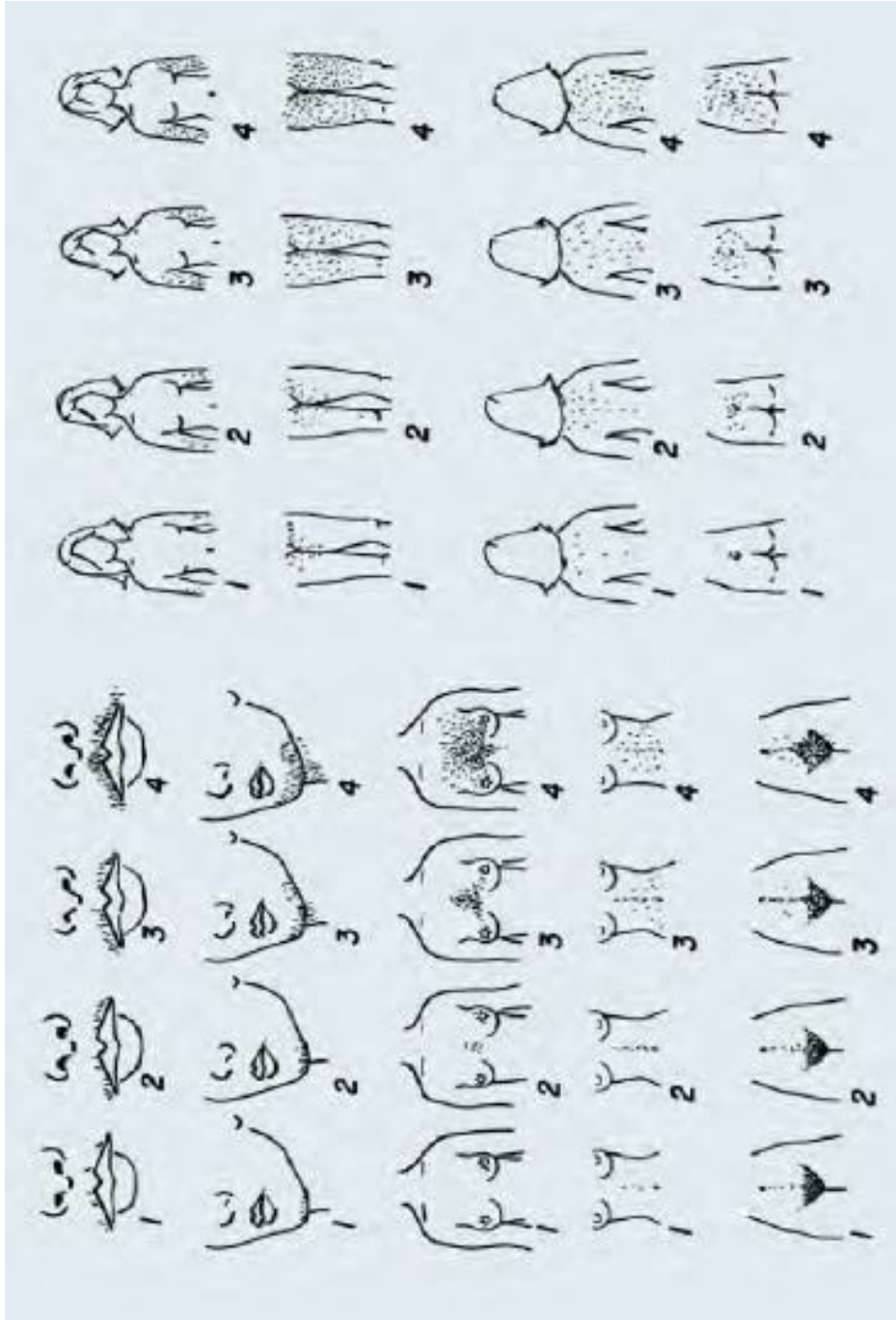
Autorización:


DR. MILTON GIOVANNI ESCOBAR AGUILAR
SUBDIRECTOR DE SALUD



ANEXOS

ANEXO 1: SISTEMA DE PUNTAJE FERRIMAN GALLWEY PARA HIRSUTISMO



Sistema de puntuaje de Ferriman Gallwey para hirsutismo. Por cada una de las nueve áreas más sensibles a andrógenos, se otorgan puntos, desde 0 (sin vello) hasta 4 (francamente viril), y se suman los puntajes para obtener un score de hirsutismo.

ANEXO 2: DIARIO MICCIONAL

TIEMPO	LÍQUIDOS TOMADOS CANTIDAD	ORINA ELIMINADA CANTIDAD	PÉRDIDAS DE URGENCIA	PÉRDIDAS CON ESFUERZOS	CANTIDAD PERDIDA G o H	ACTIVIDAD EN PÉRDIDA	ACTIVIDADES INTERRUMPIDAS
MAÑANA							
TARDE							
NOCHE							

G = GOTAS H = CHORRO

EN LAS PRIMERAS DOS COLUMNAS DEBERÁ ANOTAR ÚNICAMENTE LA HORA Y EL NÚMERO DE VASOS

EN LAS DOS COLUMNAS SIGUIENTES, ÚNICAMENTE LA HORA A LA QUE VERIFICA LA FUGA DE ORINA YA SEA POR URGENCIA O PROVOCADA POR ESFUERZOS

EN LA CASILLA DE ACTIVIDAD EN PÉRDIDA, SE REFIERE AL ESFUERZO QUE PROVOCÓ LA FUGA DE ORINA



ANEXO 3: EXPLORACIÓN DE FUERZA MUSCULAR DEL PISO PÉLVICO

CLÍNICA DE PISO PÉLVICO Y UROGINECOLOGÍA HOSPITAL 1° DE MAYO, ISSS

EVALUACIÓN DE LOS MÚSCULOS DEL PISO PÉLVICO

DURANTE EL EXAMEN VAGINAL SE LE PIDE A LA PACIENTE QUE APRETE CON FUERZA LOS MÚSCULOS DEL PISO PÉLVICO COMPRIMIENDO LOS DEDOS DEL EXAMINADOR, ESTO DEBE HACERLO UN TOTAL DE 12 VECES, INTERCALANDO TRES APRETONES FUERTES Y RÁPIDOS, SEGUIDOS DE UN APRETON FUERTE Y SOSTENIDO POR 10 SEGUNDOS

0	NO CONTRAE NADA, NO IDENTIFICA LOS MÚSCULOS AL CONTRAER
1	CONTRACCIÓN SUAVE DE LOS MÚSCULOS, NO ELEVA LOS DEDOS
2	CONTRACCIÓN DE LEVE A MODERADA, LIGERA ELEVACIÓN DE LOS DEDOS, ES CAPAZ DE REPETIRLA EN MÁS DEL 50% DE LAS VECES
3	HAY CONTRACCIÓN DE MODERADA A FUERTE, HAY ELEVACIÓN DE LOS DEDOS SIN COMPRESIÓN CONTRA EL PUBIS, ES CAPAZ DE REPETIRLA EN MÁS DEL 50% DE LAS VECES Y DE SOSTENERLA POR AL MENOS 5 SEGUNDOS
4	CONTRACCIÓN FUERTE CON ELEVACIÓN DE LOS DEDOS Y COMPRESIÓN CONTRA EL ARCO SUBPÚBICO QUE INCOMODA, ES CAPAZ DE REPETIR EN MÁS DEL 50% DE LAS VECES Y SOSTENERLA POR AL MENOS 10 SEGUNDOS

ANEXO 4: ESTADIOS DE TANNER

ESTADIOS DE TANNER. DESARROLLO DE LOS CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS

DESARROLLO MAMARIO

NIÑAS

DESARROLLO DEL VELLO PUBIANO

■ Estadio 1 (S1)

Mamas infantiles. Solo el pezón está ligeramente sobreelevado.



■ Estadio 1 (P1)

Ligera vellosidad infantil.



■ Estadio 2 (S2)

Brote mamario. Las areolas y pezones sobresalen como un cono. Esto indica la existencia de tejido glandular subyacente. Aumento del diámetro de la areola.



■ Estadio 2 (P2)

Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente a lo largo de los labios (dificultad para apreciar en la figura.)



■ Estadio 3 (S3)

Continuación del crecimiento con elevación de mama y areola en un mismo plano.



■ Estadio 3 (P3)

Vello rizado, aún escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, sobre los labios.



■ Estadio 4 (S4)

La areola y el pezón pueden distinguirse como una segunda elevación, por encima del contorno de la mama.



■ Estadio 4 (P4)

Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos).



■ Estadio 5 (S5)

Desarrollo mamario total. La areola se encuentra a nivel de la piel, y sólo sobresale el pezón (Nota: en algunos casos, la mujer adulta puede mantenerse en estadio 4).



■ Estadio 5 (P5)

Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino, (también en la cara interna de los muslos). En el 10%, se extiende por fuera del triángulo pubiano (estadio 6)



ANEXO 5: EJERCICIOS DE KEGEL

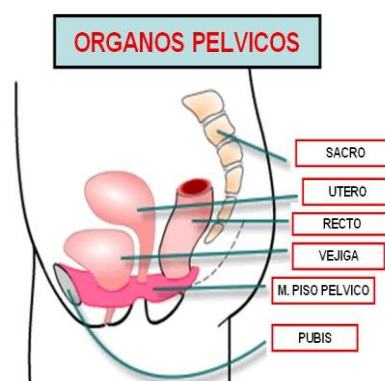
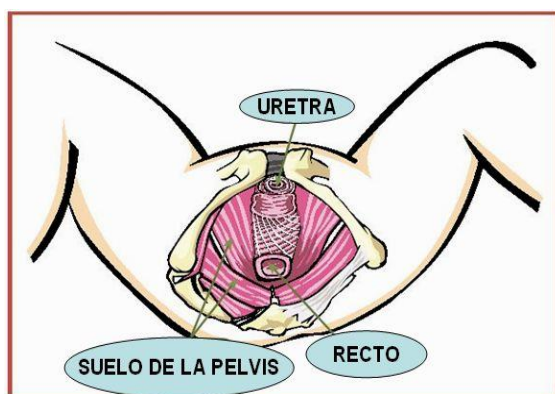
La incapacidad para controlar la vejiga o el intestino (incontinencia) puede ser angustiante y limitar socialmente a las personas.

El control de la vejiga y el intestino se mantiene por un complejo sistema que incluye estructuras nerviosas, vasculares y a los músculos que dan soporte al piso pélvico.

¿Qué son los ejercicios de Kegel?

El Dr. Arnold Kegel desarrolló y diseñó una serie de ejercicios para consolidar los músculos del piso pélvico en pacientes que hubieran tenido un parto vaginal.

Estos músculos se contraen y relajan bajo el comando del paciente de controlar la abertura y cierre del esfínter uretral que son los músculos que proporcionan control urinario.



El principio de los ejercicios de Kegel es fortalecer los músculos del piso pélvico y mejorar, en consecuencia, la función del esfínter uretral y/o rectal.

El éxito de estos depende de la aplicación adecuada de la técnica y del cumplimiento estricto de un programa regular de ejercicios.

El ejercicio regular es necesario para aumentar y mantener la función.

Algunas personas tienen dificultad para identificar los músculos del piso pélvico. Es importante dedicar tiempo para aprender a contraer los músculos correctos.

Existen varias técnicas para ayudar a que la persona con incontinencia identifique los músculos correctos. Típicamente, la mayoría de las personas contraen los músculos del abdomen o cadera, no los músculos del piso pélvico.

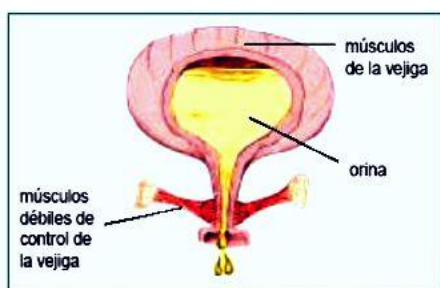
¿Cómo hago los ejercicios Kegel?

Puede hacer estos ejercicios en cualquier lugar: mientras está sentada en su escritorio, esperando al autobús, manejando su carro, viendo la televisión, etc. Nadie sabrá que está haciendo estos ejercicios.

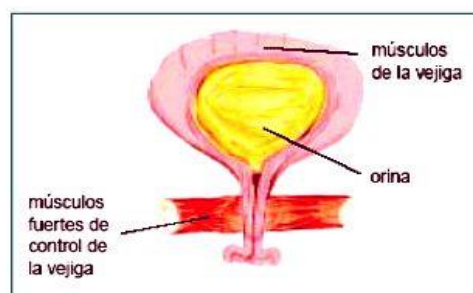
Para encontrar los músculos que tiene que usar, comprima los músculos de la zona genital, puede ser útil hacer de cuenta que está tratando de dejar de orinar o tratando de que no se le escape un gas.

Para hacer los ejercicios:

Alternar 3 contracciones rápidas con 1 sosteniendo la contracción por 10 segundos (esto sería una serie) seguidos de 10 segundos de descanso entre serie y serie; realizando 10 series 3 veces día.



Antes de los ejercicios, los músculos débiles dejan salir la orina de manera involuntaria.



Después de los ejercicios, los músculos fuertes retienen la orina.

Aumente de manera progresiva 5 contracciones (unas lentas y otras rápidas) cada semana durante las primeras 6 semanas hasta realizar 20 series 4 veces día.

Adquiera el hábito de realizar los ejercicios asociados a alguna actividad cotidiana como: contestar el teléfono, usar el ascensor, cuando se espera en un semáforo etc.

No realizar ejercicios cuando se tiene la vejiga llena.

Si es constante y regular se puede empezar a notar la mejoría en 6 – 8 semanas.



DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN
2010