

**PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE
GINECOLOGÍA INFANTIL**



PROCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE GINECOLOGÍA INFANTIL

Dentro de las alteraciones ginecológicas pediátricas que con mayor frecuencia se observan en la especialidad son:

- Vulvovaginitis
- Metrorragia
- Dismenorrea
- Sinequias vulvares

FLUJOGRAMA:

Aquellas patologías que cumplan criterios de derivación, serán enviadas a través de la hoja de Interconsulta, via estafeta, a la Admisión del 2do piso del CDT del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, en donde se agendará según disponibilidad de horas o prioridad de la patología. La interconsulta deberá tener:

- Datos del paciente
- Diagnóstico o hipótesis diagnóstica
- Motivo de derivación
- Resumen de tratamiento previo efectuado
- Nombre (timbre) del médico derivador para poder contrarreferir

VULVOVAGINITIS

Definición

La vulvovaginitis es el problema ginecológico más frecuente en las niñas prepuberales (48-50% de las consultas).

Factores predisponentes

- Anatómicos e histológicos:
 - Proximidad anatómica del ano
 - Menor protección del introito vaginal (labios mayores con escaso desarrollo y ausencia de vello pubiano)
 - Mucosa atrófica por la ausencia de estrógenos
 - pH alcalino (6 -7,5)
- Productos irritantes locales (jabones, detergentes ,orina)
- Extensión de bacterias respiratorias o fecales al perineo a través de las manos o malos hábitos higiénicos

Clasificación

La mayoría de las vulvovaginitis son inespecíficas con flora bacteriana mixta, pero en un porcentaje variable pueden aislarse bacterias patógenas específicas (ver cuadro siguiente). No hay que olvidar la leucorrea fisiológica, que suele incrementarse 6-12 meses antes de la menarquia y desaparecer cuando se normaliza el ciclo menstrual.

EDAD	CAUSAS FRECUENTES	CAUSAS MENOS FRECUENTES
Niña prepuberal	Vulvovaginitis inespecífica (70-80%): Factores irritantes locales (jabones,	Vulvovaginitis específicas: Gérmenes respiratorios: <ul style="list-style-type: none">• Estreptococo betahemolítico grupo A• Estreptococo pneumoneae• Haemophilus influenzae tipo

	detergentes, orina) malos hábitos de higiene y flora mixta comensal *	b(Hib) Gérmes de piel <ul style="list-style-type: none"> • Staphylococcus aureus Gérmes entéricos <ul style="list-style-type: none"> • Shiguella • Oxiuros ITS (descartar abuso) Otras causas no infecciosas: <ul style="list-style-type: none"> • Cuerpo extraño intravaginal
--	---	---

*Gérmes de la flora comensal: enterobacteriaceas, E. coli, Proteus sp, E. fecalis; o gérmes considerados de la flora normal de la vagina como Difteroides, Staphylococcus epidermis, Streptococo alfa, Lactobacilo sp

Clínica

Síntomas	Signos
<ul style="list-style-type: none"> • Flujo vaginal (62-92%) • Eritema (82%) • Prurito (45-58%) • Disuria (19%) • Genitorragia (5-10%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación eritema del introito vaginal (87%) • Excoriaciones • Flujo vaginal

Manejo en atención primaria

Ante un primer episodio de vulvovaginitis deben tratarse y estudiarse en atención primaria, que incluya:

1. Medidas generales:

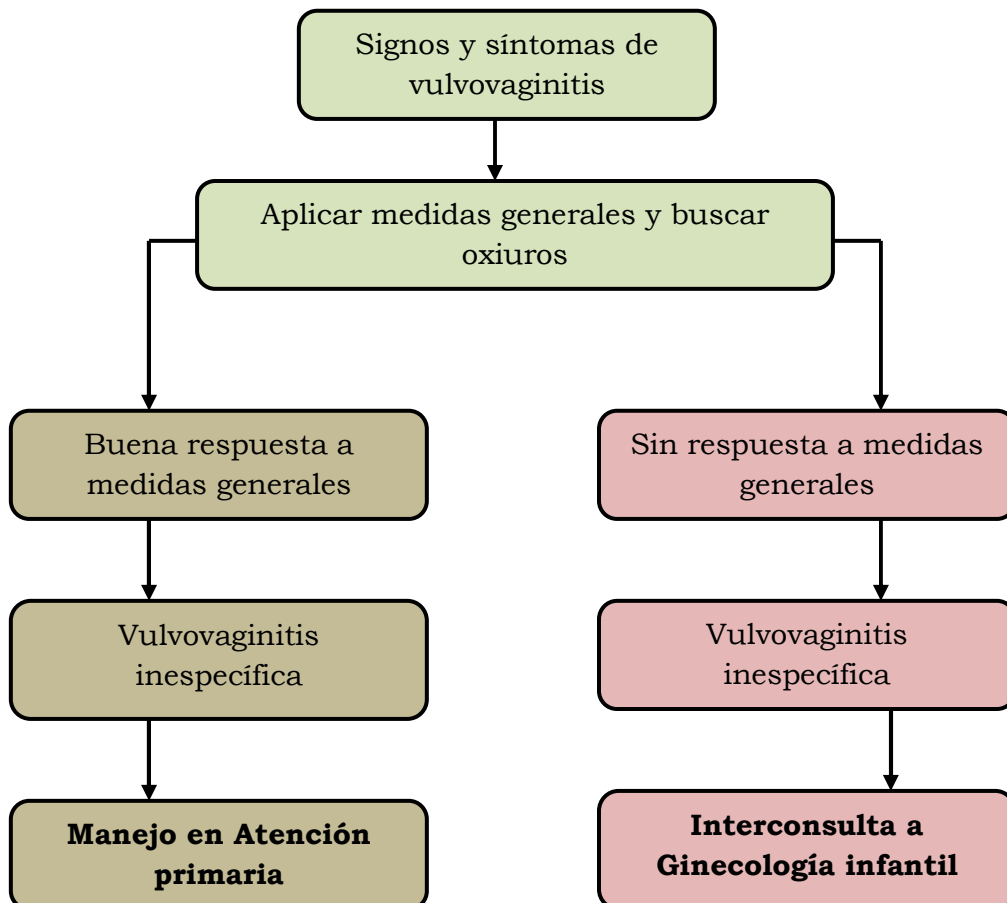
- Aseo del área genital sólo con agua corriendo (no usar jabón).
- Uso de ropa interior de algodón.
- Evitar ropa ajustada y sintética.
- Lavado de ropa interior a mano y con jabón en barra o líquido.
- Correcta técnica al orinar: orinar con piernas separadas para disminuir el flujo ureterovaginal “micción vaginal”.

- Correcta técnica al limpiarse zona genital al defecar u orinar: zona vulvar debe limpiarse de adelante hacia atrás, para evitar contaminar con las deposiciones.
2. Uso de cremas con oxido de Zinc: en caso de existir una dermatitis (pasta lassar).
 3. Buscar oxiuros: solicitar parasitológico seriado y Test de Graham, en caso de visualizarlos, no es necesario. Si existe infección tratar con Mebendazol 200 mg vo 1 vez, al igual que a todos los integrantes de la familia, repetir tratamiento a los 7 días, reforzar medidas generales.

Criterios de derivación a Ginecología infantil

1. Vulvovaginitis sin respuesta a medidas generales.
2. Secreción vaginal sugerente de agente patógeno específico que requiera estudio de flujo vaginal.
3. Presencia de Cuerpo extraño.
4. Sospecha de abuso sexual.

Flujograma:



Bibliografía sugerida:

- Romero F., Patricia. **Vulvovaginitis en niñas y adolescentes.** *Rev. chil. pediatr.*, mayo 1999, vol.70, no.3, p.242-247.
- Barbosa GM, Sánchez DP. **Vulvovaginitis bacteriana en la prepuber.** *Rev Chilena Obstet Ginecol* 2005; 7(2): 99-102.
- Cuadros J, Mazón A, *et al.* **The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis.** *Eur J Pediatr* 2004; 163: 105-7.
- Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. **Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls?** *BMJ.* 2005 Jan 22;330(7484):186-8.
- Fernández-Cuesta Valcarce MA. Vulvovaginitis (v.2/2008). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/ MANEJO INICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA (APS)

METRORRAGIA

1. PROPÓSITO

Diagnosticar, clasificar, tratar y derivar de manera correcta y oportuna las metrorragias de las adolescentes.

2. TERMINOLOGÍA

- **Edad puberal:** Consideramos arbitrariamente el período desde la aparición del botón mamario (Tanner II), 9 a 10 años, hasta los 19 años.
- **Edad ginecológica** Tiempo transcurrido desde la menarquia (en años y meses)
- **Ciclo y flujo menstrual normal en periodo puberal** (*gran variabilidad interpersonal y de un ciclo a otro*):
 - Ciclo entre 21 y 60 días
 - Duración flujo menstrual ≤ 10 días
 - Volumen flujo menstrual < 80 ml (cambio de toallas frecuente $<$ de 8 toallas/día)
- **Metrorragia:** Sangramiento abundante y/o prolongado de origen uterino, se mide como > 80 cc de sangre y/o > 10 días de duración, también se expresa como el uso de 8 toallas diarias.
- **Anemia:** Los valores hematocrito (Hto) y hemoglobina (Hb) se relacionan al número y cantidad de Hb de los eritrocitos.
ANEMIA: Hemoglobina < 12 g/dl
- **Test de embarazo** : β HCG en sangre u orina (test pack comercial)
- **Compromiso hemodinámico:** Cuadro clínico caracterizado por palidez, lipotimias, hipotensión, taquicardia.

3. ETIOLOGÍA

Metrorragia disfuncional: Es la causa más frecuente (90%) de metrorragia en el periodo post menarquia (2 a 3 años). Se produce en general por ciclos anovulatorios dados por una inmadurez del eje hipotálamo hipófisis. Al no haber ovulación, no hay secreción de progesterona y el endometrio descama (sangra) según las fluctuaciones de los estrógenos.

Metrorragia funcional: Son aquellos trastornos de la menstruación con aumento de volumen y/o días pero que tienen asociados una patología causal. Así tenemos:

- **Patologías asociadas al embarazo:** embarazo ectópico, aborto.
- **Trastornos de coagulación:** enf. de Von Willebrand, otras coagulopatías
- **Endocrinopatías:** Trastornos tiroideos, hiperprolactinemia, Sind. Ovarios poliquístico, insuficiencia ovárica.
- **Infeciosas :** cervicitis, endometritis, PIP
- **Tumorales** (cervicales, uterinas u ováricas)
- **Asociadas a medicamentos:** ACO, anticoagulantes.
- **Asociadas a enfermedades sistémicas**
- **Otros :** cuerpo extraño, hemangiomas, endometriosis

4. EVALUACIÓN

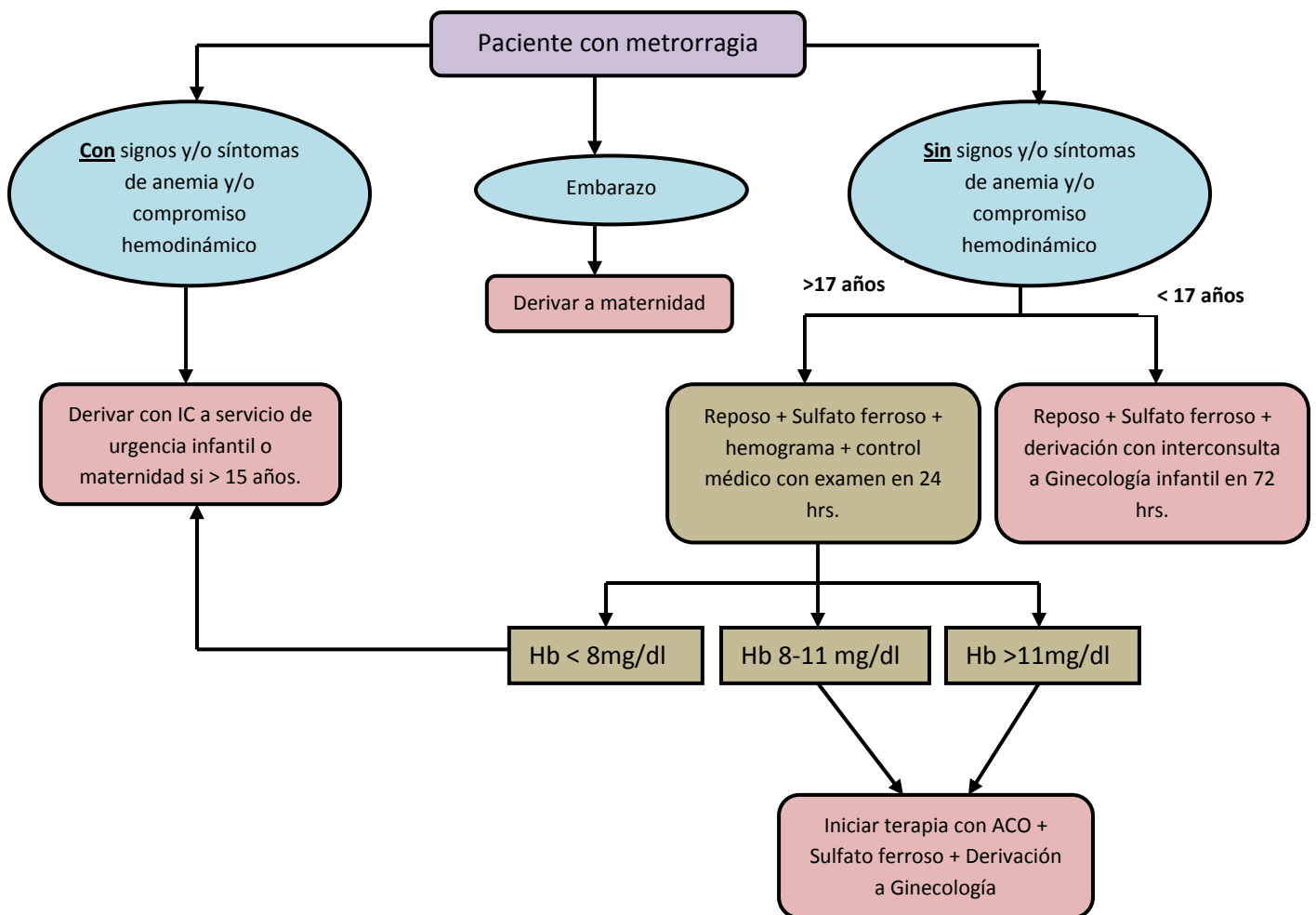
- Evaluar cuantía del sangrado:
 - Duración
 - Volumen: frecuencia de cambio de toallas y tipo de toallas (normales , nocturnas o pañales desechables)
 - Episodio único, episodios repetidos.
- Evaluación clínica en busca de síntomas y signos de anemia y compromiso hemodinámico (antecedente de lipotimias ,cansancio, palidez de mucosas, llene capilar, Taquicardia, hipotensión)
- Descartar embarazo (con historia y/o test de embarazo)

5. MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

En niñas mayores de 17 años, las metrorragias disfuncionales se pueden abordar desde la atención primaria con el uso apropiado de anticonceptivos orales (ACO), de acuerdo al siguiente esquema:

- ACO: Anulette CD (sólo las blancas)
 - 1 comp. cada 8 hrs por 3 días o hasta que ceda metrorragia
 - 1 comp. cada 12 hrs por 3 días
 - 1 comp. al día por 27 días más
 - = 2 cajas
- Sugerir uso de domperidona 10 mg (Idon), 1 comp. c/8 hrs en caso de muchos vómitos o náuseas, puede ser metoclopramida 10 mg 1 cada 8 horas.
- Sulfato ferroso 200 mg ,2 comp/ día alejado de comidas por mínimo 1 mes (a evaluar según hemograma)

6. CRITERIOS DE DERIVACIÓN (FLUJOGRAMA)



Terapia inicial en APS en niñas mayores de 17 años

- ACO: Anulette CD (sólo las blancas!)
 - 1 comp cada 8 hrs por 3 días o hasta que ceda metrorragia
 - 1 comp cada 12 hrs por 3 días
 - 1 comp al día por 27 días más
 - = 2 cajas
- **Sulfato ferroso** 200 mg ,2 comp/ día alejado de comidas por mínimo 1 mes (a evaluar según hemograma)
- En caso de vómitos o náuseas sugerir uso de domperidona 10 mg, 1 comprimido c/8 H

Bibliografía recomendada:

- Mónica Muñoz O **Trastornos menstruales en la adolescencia** Rev.chil.pediatr. v.70 n.3 Santiago mayo 1999
- Paulina Villaseca. **Trastornos menstruales** Curso Salud y desarrollo de la Adolescente
[Http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion10/M3L10Leccion.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion10/M3L10Leccion.html)
- Susan Hayden Gray and S. Jean Emans **Abnormal Vaginal Bleeding in Adolescents** Pediatr. Rev., May 2007; 28: 175 - 182.
- World Health Organization Task Force on Adolescent Reproductive Health. World Health Organization multicenter study in menstrual and ovulatory patterns in adolescent girls. II. Longitudinal study of menstrual patterns in the early postmenarchal period, duration of bleeding episodes and menstrual cycles. J Adolesc Health Care 1986; 7:236.

DISMENORREA

1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La dismenorrea se define como un dolor abdominal o pélvico durante la menstruación.

- Se puede iniciar hasta 48 horas antes de la misma.
- Usualmente persiste por 48-72 horas.

Es una patología de alta prevalencia en la adolescentes (50%) y se clasifica según la Intensidad del dolor en:

- **Leve** (50%): Bien tolerada, no interfiere con vida diaria
- **Moderada** (38%): Interfiere de forma moderada con vida diaria, requiere medicación
- **Severa** (12%) : Interfiere importantemente con la vida diaria (ausentismo escolar, reposo en cama, consultas a servicio de urgencia)

2. ETIOLOGÍA

- **Dismenorrea Primaria:** Es aquella producida sin causa anatómica o macroscópica identificable (espasmódica)
 - Corresponde al 90% de todos los casos.
 - Se inicia 6 a 24 meses después de la menarquia.
 - Hasta el 50% de las adolescentes la han padecido.

El dolor es secundario a un aumento de la contractibilidad miometrial, asociado a isquemia e inflamación, mediado fundamentalmente por prostaglandinas. Pueden aparecer síntomas sistémicos como cefalea o nauseas.

SOSPECHA DE DISMENORREA PRIMARIA

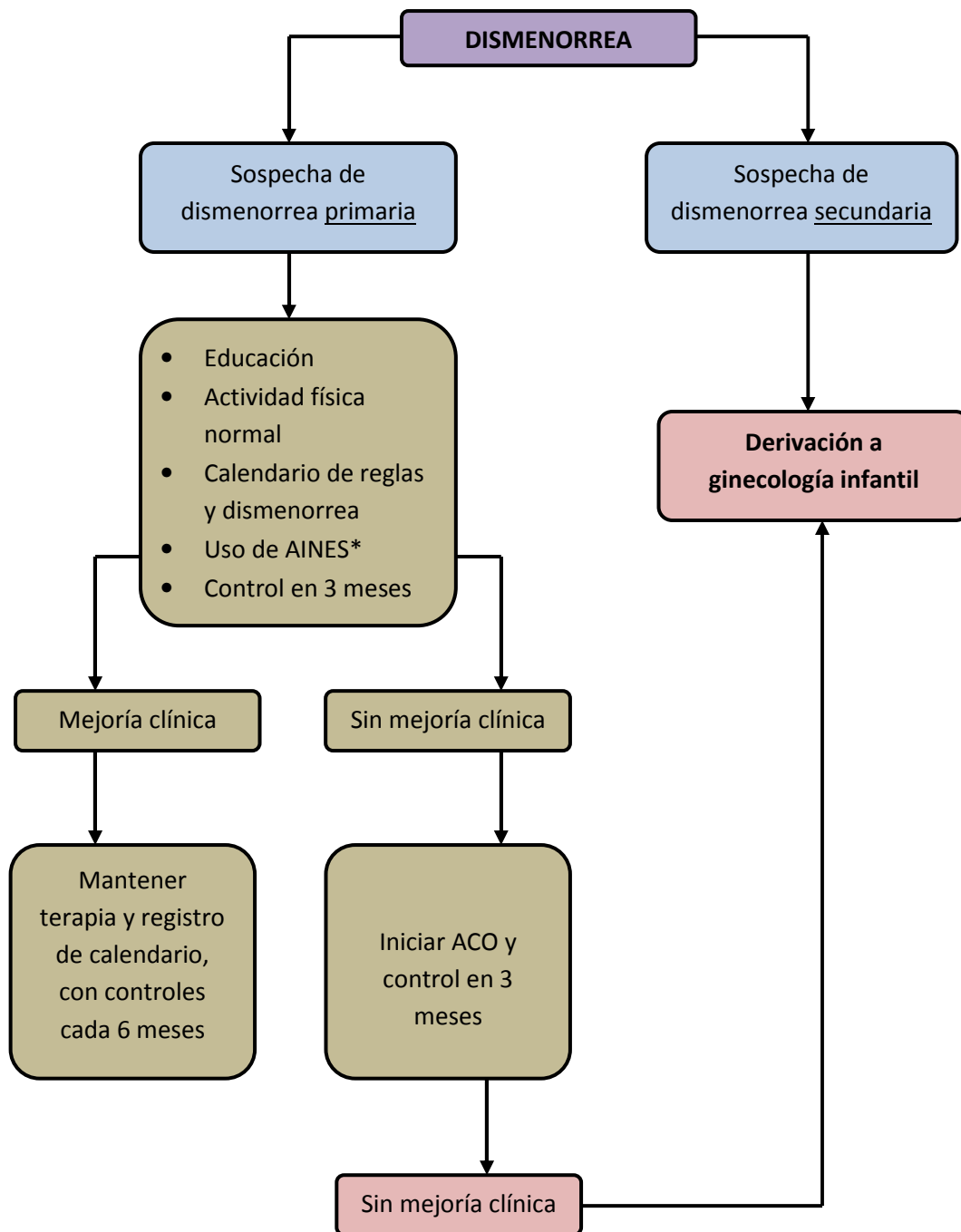
- ✓ Aparición varios meses luego de la menarquía
- ✓ Inicia con la menstruación o un poco antes
- ✓ Dura menos de 72 horas
- ✓ Las características de dolor es tipo cólico suprapúbico
- ✓ Examen físico normal

- **Dismenorrea Secundaria:** Se denomina secundaria cuando el dolor está asociado a una patología identificable. Dentro de las causas más frecuentes tenemos:
 - Causas uterinas.
 - Infecciosas (endometritis, salpingitis, PIP)
 - Estenosis cervical
 - Pólipos.
 - Miomas.
 - DIU
 - Causas extrauterinas
 - Endometriosis.
 - Inflamación y cicatrización.
 - Quistes ováricos funcionales.
 - Tumores.
 - Síndrome de colon irritable

SOSPECHA DE DISMENORREA SECUNDARIA EN ADOLESCENTES

- ✓ Aparición junto con la menarquía
- ✓ El dolor inicia más de 48 horas antes de la menstruación
- ✓ Dolor no calma a tratamiento usual (uso de AINES y posteriormente a anovulatorios orales ACO)

3. MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y DERIVACIÓN



*IBUPROFENO: 400 MG CADA 8 HORAS

*ACIDO MEFENÁMICO: 500 MG CADA 8 HORAS

27.												
28.												
29.												
30.												
31.												

Cómo registrar:

- Flujo menstrual escaso +
- Flujo menstrual normal (hasta 8 toallas) ++
- Flujo menstrual abundante (>8 toallas) +++
- Dolor pélvico ●

Ejemplo: 12 de febrero flujo normal, sin dolor. 13 de febrero flujo abundante y dolor

	Febrero
12	++
13	+++ ●

4. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A GINECOLOGÍA INFANTIL

- a. En caso de sospecha de dismenorrea secundaria
- b. Cuando no hay mejoría clínica luego de 3 meses de tratamiento con ACO en la dismenorrea primaria

Referencias recomendadas

- JOSEPH SANFILIPPO, MD, MBA and TERESA ERB, MD Evaluation and Management of Dysmenorrhea in Adolescents CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY Volume 51, Number 2, 257-267 2008

- Zeev Harel, MD Dysmenorrhea in Adolescents and Young Adults: Etiology and Management
- J Pediatr Adolesc Gynecol (2006) 19:363e371
- Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline
- SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE No 169, December 2005
- <http://www.sogc.org/guidelines/public/169E-CPG-December2005.pdf>

SINEQUIAS VULVARES

1. DEFINICIÓN

La adherencia de labios menores o sinequia vulvar es uno de los problemas ginecológicos más frecuentes en niñas prepuberales. El 1,8% de las niñas lo padecen en algún momento de su vida, siendo el peak de mayor incidencia (3,3%), entre los 13 y 23 meses de edad.

2. ETIOLOGÍA

Es una patología adquirida, no congénita, cuya etiología no está totalmente esclarecida, pero se asocia al déficit de estrógenos propio de la etapa prepuberal y a factores irritantes locales. Esta patología es generalmente asintomática siendo un hallazgo en el examen vulvar del control sano. Ocasionalmente se puede asociar a infección urinaria.

3. TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El tratamiento se basa en:

1.- Lubricación y separación mecánica con vaselina sólida

- Aplicar con cotonito vaselina sólida en línea de unión de los labios menores, con movimiento vertical y leve presión, (3 a 4 movimientos) en cada muda o 3 veces al día en niñas mayores.
- Es fundamental mostrar la técnica a la mamá o cuidador en el momento de la consulta y revisarla en cada control.

2.- Prevención de recidiva

- Mantener lubricación diaria (1 vez al día) con vaselina sólida, de aplicación digital una vez abierta la sinequia hasta inicio de la pubertad (9 años).
- Evitar irritantes locales (jabón, detergente, correcta técnica de limpiado)

La frecuencia de controles debe ser mensual, se considera un fracaso de tratamiento cuando hay ausencia de abertura a los 4 meses de tratamiento. Si la abertura es parcial se debe prolongar el tratamiento con vaselina.

4. DERIVACIÓN A ATENCIÓN SECUNDARIA

Deberán ser derivadas a ginecología infantil:

- Pacientes sin respuesta clínica a tratamiento: sinequia total después de 4 meses de tratamiento bien llevado y controlado.
- Pacientes con alteraciones de piel de la vulva que no responden a medidas generales (eritema importante, despigmentación , hemorragias subcutáneas)

Contrarreferencia a atención primaria

Serán referidas las pacientes a atención primaria una vez resuelta la sinequia.

Se sugiere un control semestral en que se refuerce el uso diario de vaselina y las medidas generales para evitar recidivas hasta inicio puberal.

EQUIPO DE GINECOLOGÍA INFANTIL CARS

Dra. Nereyda Concha

Dra. Marcela Menendez

Revisado por:

Equipo de R-C APS SSMSO.