



PERU Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado

30 DIC. 2019

Reg. N° 38211

CARLOS ANTONIO CHÁVEZ PASTRANA
FEFATARIO - INSN

N° 346 -2019-DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 27 de DICIEMBRE de 2019

Visto, el expediente con Registro DG-N°23389- 2019, que contiene el Memorando N° 649-2019-DEIDAECNA-INSN, con el cual se hace llegar las Guías Técnicas: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TORSION ANEXIAL" y "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL", Elaborada por el Servicio de Ginecología;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los literales c) y d) del Artículo 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA, contemplan dentro de sus funciones el implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, y asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;

Que, con Memorando N° 649-2019-DEIDAECNA-INSN, el director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Cirugía del Niño y del Adolescente remite a la Oficina de Gestión de la Calidad las Guías Técnicas: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TORSION ANEXIAL" y "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL", elaboradas por el Servicio de Ginecología del Instituto Nacional de Salud del Niño;

Que, con Memorando N°1256-2019-DG/INSN, de fecha 16 de diciembre de 2019, la Dirección General aprueba las Guías Técnicas: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TORSION ANEXIAL" y "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL", elaboradas por el Servicio de Ginecología; y autoriza la elaboración de la resolución correspondiente;

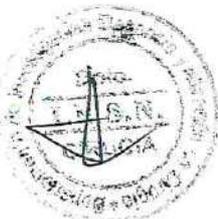
Con la opinión favorable de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía del Niño y del Adolescente, el Departamento de Investigación, Docencia y Atención de Cirugía Pediátrica y la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA;

"90 Años de Historia – Bodas de Granito del INSN"

www.insn.gob.pe

Av. Brasil 600
Breña, Lima 5, Perú
Tfno. (511) 330-0066





SE RESUELVE:

Artículo Primero. - Aprobar las Guías Técnicas: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TORSION ANEXIAL", que consta de (13) folios y "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL", que consta de (20) folios, elaboradas por el Servicio de Ginecología del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Artículo Segundo. - Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de las Guías Técnicas: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TORSION ANEXIAL" y "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL", en la página web Institucional.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.

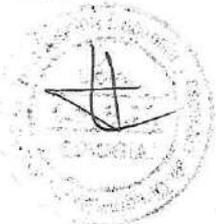
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
[Signature]
Dr. Jorge Asdrubal Jáuregui Miranda
DIRECTOR GENERAL
C.M.R. 13616 R.N.E. 32027 - 6901



- JJM/CUD**
DISTRIBUCIÓN:
- () DG
 - () DA
 - () DEIDAECNA
 - () DIDAC
 - () OEI
 - () OAJ
 - () OGC



"90 Años de Historia – Bodas de Granito del INSN"





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TORSIÓN ANEXIAL

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

Octubre 2019



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SERVICIO DE GINECOLOGÍA

DRA. BELEN DA SILVA ESPINOZA
C.O.P. 11161
Jefe del Servicio de Ginecología

ÍNDICE

I.	Finalidad	3
II.	Objetivos	3
III.	Ámbito de Aplicación	3
IV.	Proceso o Procedimiento a Estandarizar	3
V.	Consideraciones Generales	3
	5.1 Definición	3
	5.2 Etiología	3
	5.3 Fisiopatología	4
	5.4 Aspectos Epidemiológicos	4
	5.5 Factores de Riesgo Asociado	4
VI.	Consideraciones Específicas	5
	6.1 Cuadro Clínico	5
	6.2 Diagnóstico	5
	6.3 Exámenes Auxiliares	6
	6.4 Manejo	7
	6.5 Complicaciones	10
	6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia	11
VII.	Recomendaciones	11
VIII.	Flujograma	12
IX.	Bibliografía	13



I. FINALIDAD:

Contribuir con el manejo adecuado en la atención de la Torsión Anexial disminuyendo su morbilidad asociada.

II. OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Establecer los criterios técnicos para el diagnóstico y tratamiento adecuado de la Torsión Anexial en el INSN.

Objetivos Específicos:

- Establecer los criterios técnicos para el diagnóstico del paciente pediátrico con Torsión Anexial.
- Establecer los criterios técnicos para el tratamiento del paciente pediátrico con Torsión Anexial.
- Estandarizar los criterios de solicitud de exámenes auxiliares y tratamientos de primera línea en el paciente con Torsión Anexial.
- Optimizar el empleo de recursos para el diagnóstico y tratamiento en el Paciente con Torsión Anexial.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La aplicabilidad de esta guía técnica, está enmarcada en el campo de la Ginecología Infanto Juvenil del Instituto Nacional de Salud del Niño.

IV. NOMBRE DEL PROCESO:

Torsión Anexial

N83.5

V. CONSIDERACIONES GENERALES

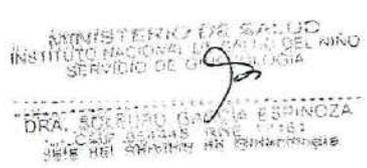
5.1. DEFINICIÓN:

La torsión anexial en pacientes pediátricos es un trastorno ginecológico raro causado por la rotación del ovario y/o la trompa de Falopio en su soporte vascular. (1, 2,3)

5.2. ETIOLOGIA:

Esta patología anexial está presente en el 51-84% de todos los casos. Siendo los más frecuentes: Teratoma quístico maduro, quiste folicular, quistes tubulares y cistoadenomas. (1, 3, 4.). Las niñas pueden tener ovarios normales en hasta en el 46% de las torsiones de ovario (3,11)

La torsión de un ovario normal es más prevalente en la población prepuberal. (1,4) Es más frecuente en el lado derecho. (1,10) Se ha atribuido a la movilidad relativa del ciego permitiendo más movimiento ovárico, en comparación con la naturaleza fija del colon sigmoideas. (1,11) La tasa de recurrencia con patología anexial es de aproximadamente 2-12%, la recurrencia de torsión anexial es más común entre las niñas sin la presencia



de masas ováricas en el primer episodio. Las lesiones malignas son poco frecuentes en pacientes pediátricos (1).

Los quistes Paratubáricos pueden ocurrir a cualquier edad durante la infancia, incluso en el período de recién nacida. (5) Son los restos del conducto paramesonéfrico congénito y se consideran quistes benignos pueden causar torsión de las trompas y / o los ovarios, además de otras complicaciones. Los casos reportados en el período de la adolescencia son raros.

5.3. FISIOPATOLOGÍA:

Los anexos incluyen los ovarios y las trompas de Falopio, que reciben suministro doble de sangre desde las arterias ováricas y uterinas. En la torsión de los anexos la vasculatura que irriga el ovario y la trompa sufre una rotación completa o parcial excesiva sobre su eje, produciendo un impedimento mecánico para fluir la sangre, el ovario típicamente gira alrededor del infundíbulo pélvico y ligamento útero ovárico.(1,11,12) El flujo venoso es el primero en ser comprometido debido a la compresibilidad de los vasos por la presión más baja; La congestión venosa produce un edema posterior del tejido ovárico(1,12) con un característico azul-negro(2). Al principio del proceso el flujo arterial puede estar presente, sin embargo, el estiramiento de la cápsula ovárica eventualmente compromete el flujo sanguíneo arterial. La isquemia de los anexos produce hemorragia y finalmente necrosis. (1) La duración de la interrupción vascular necesario para producir un daño irreversible es desconocido (1,2)

La intervención quirúrgica rápida proporciona mayor posibilidad de salvar el anexo. Si no se trata a tiempo el ovario se convierte en isquémico y luego necrótico y puede ocurrir la auto-amputación del ovario. (1.2)

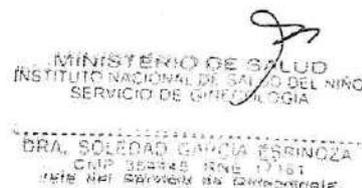
5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

La torsión anexial es la quinta emergencia ginecológica más común, 2,7% de todos los casos de niños con dolor abdominal agudo que acuden por emergencia (1, 3,11). La incidencia real de torsión anexial es desconocida, los estudios han informado entre 0.3-4.9 casos por cada 100,000 niñas por año. (1,10).

La edad promedio es de 11.6 años a 14.5 años (1,2), 43% de casos en niñas premenárgicas y 56.6% en postmenárgicas. La Torsión anexial generalmente es unilateral y puede involucrar un ovario normal o patológico. (1,11). La mayor incidencia durante la adolescencia es probablemente secundaria a la influencia hormonal y el crecimiento gonadal que resulta en un aumento de la frecuencia de masas fisiológicas y patológicas. (1)

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

- Medio ambiente, estilos de vida y factores hereditarios no contribuyen a la torsión.
- Masa ovárica: Es el principal factor presentándose en 86 a 95% de los casos (12).
- Tamaño: Es más probable que ocurra cuando el ovario tiene 5 cm de diámetro o más; sin embargo, puede acontecer con tamaños menores (12)



- Movilidad de estructuras anexas: La torsión anexial en ausencia de quistes o masas podría ser debido a una mayor movilidad de las estructuras anexas debido a un ovario alargado, ligamento o un mesosalpinx hiperelástico.
- Tamaño uterino: Relativamente pequeño en las niñas premenárquicas puede crear un pedículo largo ovárico y un espacio apropiado para la torsión del ovario. (1)
- Edad: Es más frecuente la torsión ovárica sin patología en niñas premenárquicas y con patología ovárica en niñas post menárquicas (9,12).
- Torsión ovárica previa, también hay reportes de ovarios aumentados de tamaño en el contexto de síndrome de ovario poliquístico y el embarazo adolescente (12)
- Otros: Los cambios bruscos de presión a nivel intraabdominal por vómitos y tos. (1,11)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1. CUADRO CLÍNICO:

6.1.1. Signos y síntomas:

El diagnóstico preoperatorio de torsión anexial en pediatría es un reto debido a su presentación clínica inespecífica y a menudo retrasado. (1,7,10,11) y depende si la torsión es completa, incompleta o intermitente con períodos de detorsión espontánea. (1) El dolor abdominal está presente en el 97.5%; Siendo el lado inferior derecho el lugar más común (95%), las descripciones de dolor son muy variables. (7,10,11,12). La torsión anexial típicamente se presenta con una aparición repentina de dolor unilateral severo en la parte inferior del abdomen o área pélvica. (1, 7,10). El dolor puede describirse como agudo, dolor constante, dolor intermitente cólico o aumento gradual del dolor. (1) El dolor menguante puede indicar torsión intermitente, una condición en que los anexos giran y luego se desenrosca espontáneamente. (1) Signos peritoneales como el rebote y la protección también pueden estar presentes. En algunos casos, masa palpable (1, 7,11). Si se realiza un examen bimanual, el anexo involucrado será más sensible y pueden sentirse agrandado; Sin embargo, un examen bimanual rara vez está indicado en la población pediátrica. (1)

En algunos casos se asocia fiebre, náuseas, vómitos, leucocitosis (1, 3, 7, 10, 11,12) En casos más raros disuria, dolor peri umbilical, dolor de espalda (7) Las pacientes más pequeñas pueden estar en mayor riesgo de pérdida de ovario debido a las dificultades para reconocer el dolor (10,11)

6.2. DIAGNÓSTICO:

6.2.1. Criterios diagnósticos:

El diagnóstico de la torsión anexial es clínico, basado en la presentación de signos y síntomas del paciente, las imágenes por sí solas no son diagnóstico (11)



6.2.2. Diagnóstico diferencial:

Un amplio rango de la patología gastrointestinal, genitourinaria y ovárica deben ser consideradas en parte debido a la ubicación intraabdominal del tracto reproductivo femenino como embarazo ectópico, EPI, apendicitis, diverticulitis, cólico renal, estreñimiento, adenitis mesentérica y apendicitis aguda. (1, 3, 10, 11).

6.3. EXÁMENES AUXILIARES:

6.3.1. Laboratorio Clínico:

Los análisis de sangre pueden ayudar, pero no se recomienda ninguna prueba específica, no son diagnóstico. Altas elevaciones en el recuento de glóbulos blancos se observan en el 20-62% de las pacientes (1, 7, 9,11)

Marcadores de inflamación (PCR, interleuquinas) no son específicos. Se puede solicitar la inhibina A-B, la alfafetoproteína (AFP), la β -hCG, CA-125, Ca 19-9 (5, 10,11). Se ha encontrado elevación de la IL-6. El dímero D es un marcador prometedor, ya que los estudios iniciales en animales han demostrado elevación después de 2 horas de torsión anexial (1). La cirugía por una posible torsión no debe ser retrasada por los resultados de marcadores inflamatorios o marcadores tumorales (4,9,10)

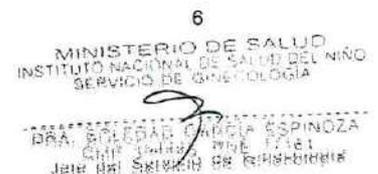
La prueba sérica de embarazo debe solicitarse en adolescentes sexualmente activas. (1,12). El análisis de orina puede mostrar leucocitos, sin embargo, los cultivos de orina positivos raros. (1)

6.3.2. Imágenes:

- El ultrasonido es el Gold estándar por su capacidad para evaluar directa y rápidamente tanto la anatomía ovárica y flujo sanguíneo de manera no invasiva, de primera elección en niñas (1, 3, 10, 11, 12) El ultrasonido transvaginal puede mejorar el valor predictivo positivo (PPV), pero el uso es limitado en pacientes no sexualmente activas. Los hallazgos sugestivos de torsión anexial incluyen: aumento del tamaño del ovario, distribución periférica de folículos, localización anormal de anexos en comparación con el útero, líquido libre. (1, 3, 7, 11,12)

Una masa anexial preexistente, especialmente cuando el tamaño excede 5 cm debe aumentar la sospecha. El volumen ovárico varía con la edad es útil usar una relación de volumen, basada en la comparación con el ovario contralateral (7) En pacientes premenárquicas, es más probable que ocurra en ausencia de patología ovárica. Para la torsión tubárica podemos ver una estructura tubular dilatada, ovario ipsilateral normal, masa quística separada del ovario. (1)

- Ultrasonido Doppler: Brinda información sobre el flujo arterial, ya que el flujo venoso y linfático es el primero en ser afectado. Por lo tanto, la presencia de flujo no excluye torsión (1,7). La medición del Doppler también puede verse afectada por la presencia de congestión ovárica



y / o masa subyacente. (1,3) Se observa Flujo arterial en sístole sin flujo en diástole, lo que evidencia obstrucción al flujo de salida. En la escala de grises al Doppler podemos ver el "signo de remolino" en vasos uterinos, que es visualizado como una estructura hiperecogénica con estructura concéntrica hipoeocogénica o una estructura tubular con ecos homogéneos internos. Este signo es para representar el giro del pedículo vascular (12)

- Rayos X: Se pueden ordenar de abdomen simple; Los hallazgos que despiertan sospechas de torsión anexial incluyen: tejido blando radiopaco, masas, focos de calcificación, masas con osificaciones (1, 7,11)
- Tomografía computarizada: Ayuda a identificar las causas no ginecológicas del dolor pélvico agudo, como causas gastrointestinales y del tracto urinario. La sensibilidad es baja. El hallazgo más común es agrandamiento ovárico asimétrico, debe sospecharse con la presencia de distribución periférica del folículo, signo de torbellino, trompas de Falopio engrosada, líquido libre y desviación uterina hacia la torsión. (1) No indicada en el estudio inicial de las niñas por la exposición a las radiaciones ionizantes. (3,11)
- Resonancia magnética: No ofrece una sensibilidad mejorada en comparación con el ultrasonido. Sin embargo, la RM puede ser útil cuando se sospecha torsión y embarazo. La sospecha de torsión se eleva con la presencia de agrandamiento ovárico asimétrico, edema estromal, folículo de distribución periférica y se observa un pedículo torcido. (1,11)

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA (III-2):

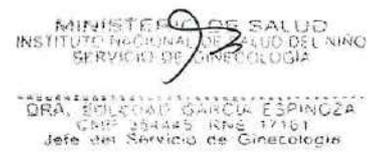
6.4.1. Medidas generales y preventivas

Control anual ginecológico en niñas y adolescentes que incluya estudio ecográfico de control

6.4.2. Terapéutica quirúrgica

Las opciones de tratamiento quirúrgico para la torsión ovárica incluyen solo detorsión, detorsión con ooforopexia y ooforectomía (2)

Históricamente, la ooforectomía fue la intervención preferida para prevenir las consecuencias de la necrosis ovárica, la continuación dolor, riesgo de malignidad cuya incidencia real en la población pediátrica es poco clara,(1,2,8,11) preocupación por aumento de eventos tromboembólicos relacionados con detorsión y liberación de trombos desde el pedículo vascular post detorsión, el riesgo de embolia pulmonar a menudo se cita como el principal indicación para realizar una ooforectomía en lugar de detorsión lo cual es teórico y no se han reportado casos en la literatura pediátrica.(1,2,4,8,11,12), sepsis secundaria a necrosis y la creencia de que un anexo hemorrágico groseramente negro esta irreversible dañado. El riesgo general de malignidad en adolescentes es bajo, y los tumores



malignos se asocian más a menudo con las adherencias, lo que hace que la torsión sea menos probable. (1, 8,11, 12)

El tratamiento de elección es la detorsión anexial incluso cuando el ovario macroscópicamente aparece hinchado y de aspecto necrótico (azul-negro) su apariencia es poco probable que cambie inmediatamente después de la detorsión (2). Se ha encontrado recuperación funcional completa del ovario y la conservación ovárica no se asocia con una mayor tasa de complicaciones. (1, 2, 8,11).

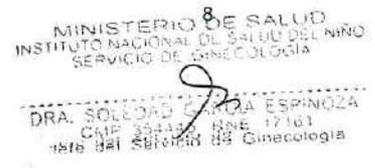
La cirugía laparoscópica es el Gold estándar se puede realizar con éxito como una forma eficiente, segura y es un procedimiento bien tolerado para tratar una amplia variedad de patología anexial entre niñas y adolescentes jóvenes(4,6,11,12).es más favorable debido a su estancia hospitalaria y tiempo de anestesia más corto, menos complicaciones postoperatorias, preservación ovárica, una mejor visualización, menos dolor postoperatorio, poco sangrado intraoperatorio, tiempo de recuperación más corto, menos formación de adherencias importante para preservar la fertilidad futura, y mejores resultados cosiméticos. (1,4) En la paciente postmenarquica, más de la mitad de las torsiones ocurrirán en el entorno de una masa anexial. Por lo que se realizará una cistectomía si el tejido ovárico normal puede ser preservado Se ha demostrado que esto disminuye el riesgo de recurrencia. En presencia de quistes funcionales la aspiración simple y la fenestración tienen un mayor riesgo de recurrencia que la escisión del quiste (4,11). Ocasionalmente, los anexos torcidos pueden ser severamente edematosos y friables, en cuyo caso, los intentos de cistectomía pueden dar como resultado daño al tejido ovárico, hemorragia y necesidad de ooforectomía. (1,4,11)

Además, el ovario puede estar agrandado debido a edema e interpretarse erróneamente como masa (1,11) cuando no hay patología anexial presente. No se recomienda Biopsia del ovario contralateral. (1,4,11)

Cuando la cirugía laparoscópica se realiza en pacientes muy jóvenes, se deben tomar precauciones como inserción de un trocar primario a través de la región umbilical, en un recién nacido de menos de un mes de vida debe evitarse, ya que los vasos umbilicales pueden ser patentes. Se recomienda utilizar una guía de video trocar primario para evitar lesiones vasculares y viscerales. (1,11).

Trocar / cánula de tamaño más pequeño (tamaño 1.7, 3 y 5 mm) (11) El enfoque transumbilical es una alternativa para el manejo de quistes ováricos en niñas en ausencia de ajustes apropiados para la laparoscopia (6)

No hay evidencia clara que respalda el beneficio de la ooforopexia después de un único episodio de torsión ovárica (2, 11,12). Algunos autores han citado temor a que la fijación ovárica pueda alterar la función ovárica en las niñas premenárquicas específicamente que la fijación del ovario en desarrollo puede obstaculizar físicamente su descenso normal a la fosa ovárica en el momento de la pubertad. Debe ser ofrecido en el contexto de la torsión repetida, ausencia de ovario contralateral, ligamento ovárico alargado y torsión de los anexos.



(1,11) La ooforopexia puede lograrse laparoscópicamente con sutura permanente en la pared lateral de la pelvis, ligamento redondo, ligamento uterosacro, espalda del útero, y acortando el ligamento ovárico. (1) Las técnicas utilizadas son la plicatura de los ligamentos útero-ováricos suturando los extremos proximal y distal juntos o acortar los ligamentos con la colocación de un endoloop. Se identificará los vasos iliacos y uréteres antes de la plicatura también se puede usar Clips quirúrgicos para fijar el ovario hacia las paredes laterales. Siendo la plicatura de los ligamentos útero-ováricos la técnica preferida de ooforopexia ya que tiene menos efecto en la fertilidad futura (11)

La inspección macroscópica de un ovario necrótico incluye una pérdida de la estructura anatómica normal y una consistencia gelatinosa y friable (12) Se han propuestos otros enfoques para evaluar si la perfusión del ovario está presente, pero aún se encuentran en investigación, una técnica es bivalving de ovario, que consiste en la detorsión del ovario y la realización de una incisión en la corteza ovárica. Este método permite la visualización del flujo sanguíneo al realizar la incisión (12)

Otro método que se ha reportado es la inyección de fluoresceína intravenosa intraoperatoria seguido por visualización directa del ovario afectado bajo luz ultravioleta. Sin embargo, este enfoque requiere un equipo especializado y su eficacia no ha sido validada (12)

Los ovarios con una lesión maligna son frecuentemente evidentes durante la operación presentan inflamación y cambios fibróticos que causan adhesión haciendo que el tumor tenga menos probabilidades de ser retorcido (11) Solo si hay una clínica clara evidencia de una neoplasia maligna si se debe considerar una ooforectomía inicial (2) Se detectaron en 0.4% -5% de los ovarios resecaados. (2, 6, 8) Tumores ováricos en niñas representan solo el 1% de las neoplasias infantiles. (2,7)

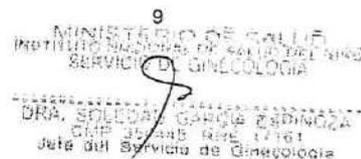
A pesar de esto y muchos otros informes tempranos de éxito con detorsión, la mayoría de las pacientes continúan siendo sometidas a ooforectomía y algunos casos salpingectomia. (2,7).

6.4.3. Terapéutica medica:

La cirugía laparoscópica se considera un procedimiento limpio por lo que no es necesario administrar antibióticos en niñas ya que contribuye a la aparición de organismos resistentes, eventos adversos asociados a antibióticos y aumento de costos de salud (8)

6.4.4. Efectos adversos o colaterales al tratamiento:

La duración de la interrupción vascular necesaria para producir daño irreversible es desconocida la función ovárica normal se ha informado hasta 72 horas después de la torsión. (1) La evaluación Doppler puede encontrar flujo hasta 101 horas (7,12) Sin embargo, se ha informado función ovárica hasta 5 días después del inicio de los síntomas. A pesar de todo, la intervención rápida proporciona la mejor posibilidad de salvar el anexo y mejorar el pronóstico reproductivo. (1) Se han



producido embarazos en pacientes después de la detorsión de un ovario tanto espontáneamente como con ovocitos recogidos. (2) Los estudios de patología han demostrado tejido ovárico viable, a pesar de la impresión de necrosis del cirujano. (1)

6.4.5. Signos de alarma o gravedad:

Se observan complicaciones postoperatorias importantes más frecuentes en laparotomía que en laparoscopia (4). Bradicardia post operatoria, Fiebre, infección de herida postoperatoria e infecciones del tracto urinario, hernia incisional, lesión térmica intestinal, hematoma retroperitoneal (4)

Su diagnóstico a menudo se retrasa debido a una clínica inespecífica, signos biológicos y radiológicos. Un intervalo prolongado entre la aparición del dolor y el diagnóstico de torsión se correlaciona con una disminución tasa de rescate ovárico (7,10) El diagnóstico erróneo es más probable en las niñas premenárquicas, Y la ausencia de un ovario agrandado en esta población contribuyó a la demora en el diagnóstico (11)

Las complicaciones fatales posteriores a la torsión ovárica también se han informado, como una bebe de cuatro meses con torsión ovárica y necrosis intestinal que ocasionó la detención cardiorrespiratoria y eventualmente la muerte (11), se reportó un caso de muerte súbita por torsión ovárica y sugirió que se incluya la torsión anexial como un diagnóstico diferencial en casos de muerte súbita en infancia. (11)

6.4.6. Criterios de alta

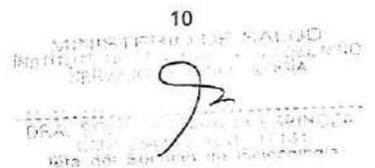
Paciente afebril, asintomática, con buena tolerancia oral, ruidos hidroaéreos presentes, funciones biológicas conservadas. (1,4,11)

6.4.7. Pronóstico

Favorable para su funcionamiento fisiológico y preservación de fertilidad (2, 4, 8)

6.5. COMPLICACIONES:

- Pérdida de anexo por demora quirúrgica o impericia.
- Lesión de órganos vecinos.
- Sangrado.
- Infección de zona donde se colocaron los puertos. Laparoscópicos
- Las complicaciones fatales posteriores a la torsión ovárica también se han informado, como una bebe de cuatro meses con torsión ovárica y necrosis intestinal que ocasionó la detención cardiorrespiratoria y eventualmente la muerte (11), se reportó un caso de muerte súbita por torsión ovárica y sugirió que se incluya la torsión anexial como un diagnóstico diferencial en casos de muerte súbita en infancia. (11)



6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

Criterios de Referencia:

Paciente de sexo femenino con dolor abdominal agudo en el cual se sospeche de torsión anexial que cumpla con los criterios clínicos establecidos en la presente guía y examen ecográfico con masa anexial, debe ser referida al Instituto Nacional de Salud de Niño- Breña.

Criterios de Contrarreferencia:

Todo paciente de sexo femenino el cual al realizar la vigilancia ecográfica después de 3 meses de la detorsión ovárica y sin sospecha de malignidad (2,6) Una vez resuelto, será manejado en su establecimiento de origen con control anual.

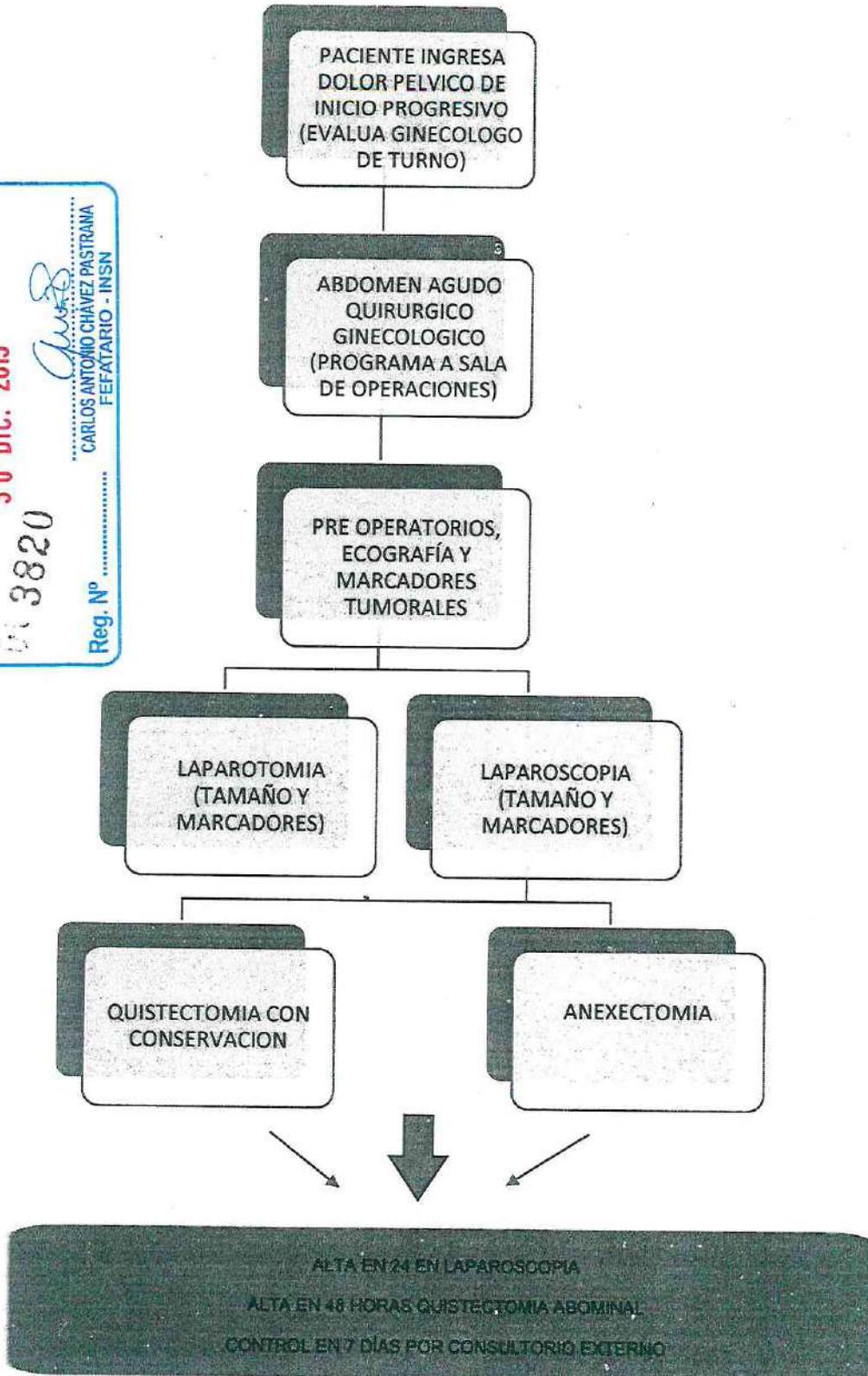


MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SERVICIO DE GINECOLOGIA

DRA. SOLEDAD GARCIA ESPINOZA
CMP 35445 RNE 17181
Jefe del Servicio de Ginecología

VII. FLUJOGRAMA:


PERÚ Ministerio de Salud
 Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña
 CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado
30 DIC. 2019
 3820
 Reg. N°
 CARLOS ANTONIO CHÁVEZ PASTRANA
 FEFATARIO - INSN



12
 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 SERVICIO DE GINECOLOGÍA
 DRA. SOLEDAD CARRERA ESPINOZA
 C.M.P. 35445 R.N.E. 17181
 Jefe del Servicio de Ginecología

VIII. BIBLIOGRAFIA:

1. Adeyemi-Fowode O, McCracken KA, Todd NJ, Clinical Recommendation: Adnexal Torsion, Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology (2018).
2. Dasgupta R, et al, Ovarian torsion in pediatric and adolescent patients: A systematic review, J Pediatr Surg (2017).
3. Rialon KL, et al., Diagnostic evaluation of ovarian torsion: An analysis of pediatric patients using the Nationwide Emergency Department Sample, The American Journal of Surgery (2016),
4. Dural O, Yasa C, Bastu E, Ugurlucan FG, Yilmaz G, Yuksel B, Akhan SE, Buyru F, Laparoscopic Outcomes of Adnexal Surgery in Older Children and Adolescents, Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology (2016).
5. Oktav Bosnali, Serdar Moralioglu, Ayşenur Cerrah-Celayir, Occurrence of paratubal cysts in childhood: An analysis of 26 cases Maternity and Children's Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey. The Turkish Journal of Pediatrics 2016; 58: 266-270.
6. Khedkar K, et al., Our experience with adnexal masses in the pediatric age group and review of literature, International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine (2016).
7. Celine Rey-Bellet Gasser, Mario Gehri, Jean-Marc Joseph, and Jean-Yves Pauchard, Is It Ovarian Torsion? A Systematic Literature Review and Evaluation of Prediction Signs; Pediatr Emer Care 2016; 32: 256-261
8. Brendan T. Campbell, Danielle M. Austin, Owen Kahn, Melissa C. McCann, Trudy J. Lerer, Kyle Lee, Shefali Thaker, Katherine W. Herbst, Christine M. Rader; Current trends in the surgical treatment of pediatric ovarian torsion: we can do better, Journal of Pediatric Surgery 50 (2015) 1374-1377
9. Philipp Bolli, Sabine Schädelin, Stefan Holland-Cunz, Peter Zimmermann, Ovarian torsion in children Development of a predictive score; Medicine (2017) 96:43 (1-4)
10. Abigail M. Schuh, Eileen J. Klein, Rebecca J. Allred, Ana Christensen, and Julie C. Brown, PEDIATRIC ADNEXAL TORSION: NOT JUST A POSTMENARCHAL PROBLEM, The Journal of Emergency Medicine, 2016 pp. 1-7, 2016
11. Abdul Ghani Nur Azurah, Zakaria Wan Zainol, Ani Amelia Zainuddin, Pei Shan Lim, Aqmar Suraya Sulaiman, Beng Kwang Ng, Update on the management of ovarian torsion in children and adolescents, World J Pediatr December 2014; Online First
12. William Sarmiento Q, María Belén Fernández O, Angela Poblete S, Torsión ovárica, Rev. Obstet. Ginecol. Hosp. Santiago Oriente Dr Luis Tisné Brouse 2014; vol 9 (1): 22-26



PAGINA EN BLANCO

PERÚ Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña
 CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado
 30 DIC. 2019
 3820
 Reg. N° CARLOS ANTONIO CHAVEZ PASTRANA
 FEFATARIO - INSN



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

**GUÍA TÉCNICA PARA EL
 DIAGNÓSTICO Y
 TRATAMIENTO DE
 HEMORRAGIA UTERINA
 ANORMAL EN LA
 ADOLESCENCIA**

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

Noviembre 2019



1
 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 SERVICIO DE GINECOLOGÍA
 DRA. SOLEDAD GARCÍA ESPINOZA
 CIP 354440 MNE 17101
 JEFE del SERVICIO de GINECOLOGÍA

ÍNDICE

I.	Finalidad	3
II.	Objetivos	3
III.	Ámbito de Aplicación	3
IV.	Proceso o Procedimiento a Estandarizar	3
V.	Consideraciones Generales	3
	5.1 Definición	3
	5.2 Etiología	4
	5.3 Fisiopatología	4
	5.4 Aspectos Epidemiológicos	4
	5.5 Factores de Riesgo Asociado	4
VI.	Consideraciones Específicas	5
	6.1 Cuadro Clínico	5
	6.2 Diagnóstico	6
	6.3 Exámenes Auxiliares	8
	6.4 Manejo Según Nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva	8
	6.5 Complicaciones	14
	6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia	14
VII.	Flujograma	15
VIII.	Recomendaciones	16
IX.	Bibliografía	19



I. Finalidad

Contribuir con el manejo adecuado en la atención de la hemorragia uterina anormal en la adolescencia, disminuyendo su morbilidad asociada.

II. Objetivos

a. Objetivo General

- Establecer los criterios técnicos para el diagnóstico y tratamiento adecuado de Hemorragia Uterina Anormal en el INSN.

b. Objetivos Específicos:

- Establecer los criterios técnicos para el diagnóstico del paciente con Hemorragia Uterina Anormal.
- Establecer los criterios técnicos para el tratamiento del paciente con Hemorragia Uterina Anormal.
- Estandarizar los criterios de solicitud de exámenes auxiliares y tratamientos de primera línea en el paciente con Hemorragia Uterina Anormal.
- Optimizar el empleo de recursos para el diagnóstico y tratamiento en el Paciente con Hemorragia Uterina Anormal.

III. Ámbito de Aplicación

La presente guía técnica es de aplicación en el servicio de Ginecología del Instituto Nacional de Salud del Niño.

IV. Nombre del proceso a estandarizar:

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

N93.9

V. Consideraciones Generales

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL: Sangrado originado en el endometrio que excede los límites de los ciclos menstruales normales como "patrón menstrual"

Patrón menstrual definido por la FIGO es:

CANTIDAD: 40-80ML (3-6 apósitos bien empapados) en un día

DURACION: 2-7 DIAS

INTERVALO 21-35 DIAS

En adolescente se considera un rango normal entre 21-45 durante el primer año tras la Menarquia



5.2. ETIOLOGIA

A. NO ORGANICA: INCLUYE HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL ANOVULATORIA: FUNCION NEUROENDOCRINOLOGICA ALTERADA, FALTA PERSISTENTE DE OVULACION

OVULATORIA: CARECEN DE UNA FUNCION ADECUADA DEL CUERPO LUTERO Y DE PRODUCCION SUFICIENTE DE PROGESTERONA

B. ORGANICA. LOCAL, SISTEMICA (2)

5.3. FISIOPATOLOGIA

En este grupo de edad la causa más frecuente de hemorragia uterina anormal es la presencia de ciclos anovulatorios. Así como defectos de la coagulación. El sangrado se origina por la estimulación continua y prolongada de los estrógenos sobre el endometrio Sin la acción contraria de la progesterona. Contracciones sanguíneas del estradiol (E2) y estroma circulantes son normales pero el defecto de retroalimentación positiva sobre la LH está ausente y no hay ovulación. La persistencia de los niveles de estrógeno con ausencia de progesterona dilatan las arterias espirales que posteriormente se hiperplasia. El hiperestrogenismo disminuye la Hormona liberadora de Gonadotropinas (GnRh) y la FSH-LH, la disminución de E2 causa un colapso del endometrio hiperplásico. El Desequilibrio de las prostaglandinas PGF2& (vasoconstrictor) y PGE2 (vasodilatador) aumentan la frecuencia de isquemia tisular y necrosis. (2)

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

- LA HUA es uno de los problemas más frecuentes en la consulta ginecológica.
- La HUA corresponde 20% a adolescente, promedio
El sangrado uterino anormal es una condición frecuente, el cual tiene un impacto social y económico significativo (1) considerada como la segunda causa de consulta ginecológica, después de las infecciones cervicovaginal; por su origen puede ser de tipo anatómica o disfuncional.

El SUA puede ocurrir a cualquier edad. Se presenta en un 25% en adolescentes y en un 50% en mujeres mayores de 40 años, llegando al 25% de las cirugía ginecológicas. (2)

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio Ambiente

No se pueden especificar debido a la multicausalidad.

5.5.2 Estilos de Vida

No se pueden especificar debido a la multicausalidad.



4
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SERVICIO DE GINECOLOGÍA
DRA. SOLEDAD GARCÍA ESPINOZA
CNP 304445 RNE 17161
Jefe del Servicio de Ginecología

5.5.3 Factores hereditarios

Edad es el factor más importante.
Inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.

VI. Consideraciones Específicas:

6.1 CUADRO CLINICO

6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS

Sangrado de presentación y grado variable asociado a otros síntomas dependiendo de la patología que la esté ocasionando.

Para valorar la cantidad de sangrado (criterios con subjetividad)

- 1 a 3 toallas higiénicas/día: sangrado escaso (+)
- 4 a 7 toallas higiénicas/día: sangrado moderado (++)
- >8 toallas higiénicas: sangrado abundante (+++)
- Usar una marca los días que hay dolor (x)
- Goteo (G)

Signos:

- Sangrado abundante, con coágulos.
- Palidez.
- Taquicardia.
- Hipotensión.

Síntomas:

- Cansancio.
- Mareos.
- Nauseas.
- Dolor pélvico.
- Cefalea.



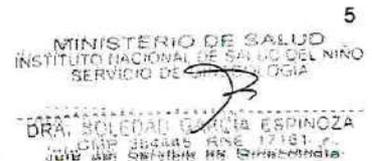
Para valorar la cantidad de sangrado (criterios de objetividad), ver calendario menstrual (Anexo 2)

En los casos de Dismenorrea membranosa, se debe estar en la capacidad de valorar el molde decidual que la paciente puede expulsar, sin adelantar juicio de valor, al respecto. (3)

Asociado a los signos y síntomas de HUA, se debe hacer énfasis en la evaluación de:

Anamnesis:

- Edad ginecológica
- Historia menstrual
- Actividad sexual





- Ingesta de medicamentos
- Antecedentes personales o familiares de trastorno de coagulación, enfermedades tiroideas, cefaleas.
- Historia alimentaria
- Actividad física

Examen físico:

- Peso/talla, Índice de Masa Corporal (BMI)
- Frecuencia cardiaca
- Tensión arterial
- Estadios de Tanner
- Piel, mucosas
- Hirsutismo
- Palpación abdominal
- Bocio
- Galactorrea
- Examen con especulo
- Valoración del volumen de sangrado

6.1.2 INTERACCION CRONOLOGICA

No se puede determinar ya que varía según la entidad nosológica que lo ocasione.

6.2. DIAGNOSTICO

6.2.1 CRITERIOS DIAGNOSTICOS

La Hemorragia Uterina Anormal incluye alteraciones en el patrón de sangrado uterino que se presenta en cada ciclo menstrual normal, además del impacto en la vida de la paciente, por ejemplo: fatiga, anemia, impedimento para realizar las actividades cotidianas. Los patrones de sangrado se ven fuertemente afectados por la edad de la paciente y el método de planificación familiar y si padece alguna enfermedad sistémica.
(1)

Patrones de sangrado anormal:

- Alteraciones del ritmo: causadas por la alteración de algún componente del eje hipotálamo, Hipófisis, Ovario
 - OLIGOMENORREA 35-90 D 2-7 D 80-150ML
 - AMENORREA SEC. >90 D 2-7 DIAS 80-150ML
 - POLIMENORREA <21 D 2-7 DIAS 80-150ML
- Alteraciones de la cantidad: causadas por alteración a nivel uterino.
 - HIPERMENORREA 21-35 D >7 D >150ML
 - HIPOMENORREA 21-35 D <2 D <50ML



- METRORRAGIA
- HEMORRAGIA INTERMENSTRUAL, CON PERIODOS REGULARES (1)

6.2.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Causas hipotálamo-hipofisarias.

Inmadurez del eje Hipotalamo-Hipofisis-Ovárico.

Trastornos de Coagulación

Trastorno hemorrágico hereditario en la población es la enfermedad de Von Willebrand, enfermedad con una prevalencia estimada de 1-2%.

El factor de Von Willenbrand (FVV) es necesario para la adhesión plaquetaria de subendotelio expuesto y protege al factor VII de la proteólisis en la circulación. La prevalencia de la enfermedad de Von Willenbrand se eleva en estudios que incluyeron mujeres con menorragia, con estimaciones que podrían llegar a 10-20% en las mujeres blancas, 1-2% entre las afroamericanas. (2)

Disfunción de las plaquetas
 Purpura trombocitopenia idiopática.
 Anemia Aplásica. (1)

Causas Ováricas: (3)

Síndrome de ovarios poliquísticos.
 Tumores del ovario.

Causas Uterinas

Defecto de los conductos de Muller: útero didelfo.
 Infecciones: cervicitis, EPI.
 Trauma, cuerpo extraño.
 Lesiones anatómicas: pólipos, leiomiomas, adenomatosis asociado a enfermedades crónicas o sistémicas.
 Trastorno suprarrenales, disfunción hepática, renal, diabetes mellitus hipotiroidismo, hipertiroidismo, hiperprolactinemia.

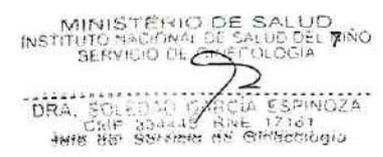
Iatrogénica y adicciones.

Fármacos.
 Tratamiento corticoide prolongado.
 Tóxicos químicos, metales pesados, radiaciones, terapia radiante.
 Tabaco, drogas ilícitas.

Embarazo

Aborto
 Embarazo ectópico
 Enfermedad del trofoblasto

Hemorragia Uterina Disfuncional (diagnostico por exclusión)



6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 DE PATOLOGÍA CLÍNICA

Hemograma completo, grupo y factor.
 Tiempo Protrombina-TTPK-tiempo Sangría, Factor Von Willenbrand.
 Prueba de embarazo, TSH, T4, LH, FSH, Estradiol, prolactina, andrógenos.

6.3.2 DE IMÁGENES

Ecografía pélvica ginecológica.

6.3.3 DE EXAMENES ESPECIALIZADOS

- TAC pélvica.
- Resonancia Magnética.

6.4 MANEJO SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA (III-2)

Si sospechamos anovulación y descartamos otros diagnósticos diferenciales, la meta del tratamiento será la detención de la hemorragia, corrección de la anemia y la sincronización del endometrio.

Si encontramos una causa específica (embarazo, trastorno de la coagulación, etc.) el tratamiento debe ser específico según la causa.)

En general el manejo se realiza según el nivel de hemoglobina.

Anemia leve:

Hb > de 11 mg/dl

Conducta expectante, con controles periódicos del ciclo menstrual de cada 3 meses.

Anemia Moderada:

Hb 9-11gr /dl. En estos casos se requiere tratamiento hormonal en general se usa combinación d estrógenos y progesterona asociado a feroterapia

Anemia grave: ciclo ininterrumpidos Hb. con valores a 7 gr /dl se requiere hospitalización más transfusión.

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

Depende mucho de la identificación de la causa que lo ocasione Inmadurez de eje hipotálamo - hipófisis - gonadal, trastornos hematólogos, lesiones, anatómicas, embarazo dentro de las más frecuentes, cuando se cataloga como hemorragia uterina disfuncional, como medidas generales que se podría usar:



8
 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 SERVICIO DE GINECOLOGÍA
 DR. SOLEDAD GARCÍA ESPINOZA
 CMP 30445 RNE 17161
 Jefe del Servicio de Ginecología

6.4.2 TERAPEUTICA (Anexo 1)

- **Tratamiento hormonal:**

Episodio agudo:

- Estrógenos equinos IV
- Anticonceptivos combinados

HEMORRAGIA UTERINA LEVE A MODERADA: MANTENIMIENTO

- Anticonceptivos combinados
- Gestagenos
- Ácido tranexanico
- AINES
- SIU LNG
- Estrógenos solos

TRATAMIENTOS ENDOVENOSOS:

Se emplean Estrógenos conjugados IV, este interrumpe la hemorragia aguda en 72%.

Actúa sobre la coagulación: producción de fibrinógeno, actividad de los factores V y IX y agregación plaquetaria.

Proliferación del endometrio denudado.

Estrógenos conjugados 20mg IV 4-6 horas hasta q cese la hemorragia. Continuar con anovulatorios combinados cíclicos o progestágenos cíclicos

Parches de 17beta estradiol 50 ug y 100 ug (con estos medicamentos no contamos). (4,5)

GESTAGENOS:

Cuando está contraindicado el estrógeno (trombofilias).

La administración cíclica de la progesterona se da para contrarrestar el efecto que ocasiona el estrógeno, sobre el endometrio.

Progesterona de depósito: Acetato de 17 hidroxiprogesterona de 125-250 mg.

Acetato de Noretisterona 5-10 mgr /10d VO.

Progesterona micronizada 100-300mg 10 días por vía oral o vaginal. (4)

ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS (ACO)

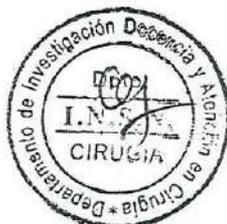
El tratamiento con ACO tiene como primer objetivo detener el sangrado.

1 comprimido 3 veces al día x 2 días

1 comprimido 2 veces al día x 2 días

1 comprimido 1 vez al día /hasta terminar los 21 días

Suspender x 7 días y luego iniciar ciclo con ACO dosis bajas, salvo que este indicada la supresión menstrual medicamentosa.



MINISTERIO DE SALUD 9
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SERVICIO DE GINECOLOGIA

DRA. SOLEDAD GARCIA ESPINOZA
CUI 35445 RNE 17161
Jefe del Servicio de Ginecología

Los ACO reducen el flujo menstrual en un 50%. El pronóstico a largo plazo es en general bastante bueno, solo un 5% de los pacientes continua presentando episodios severos. (1,4)

SISTEMA DE LIBERACION INTRAUTERINO DE LEVONEGESTREL (SIU-LNG)

DISPOSITIVO DE PLASTICO EN FORMA DE T (DIU)

Contiene 52mg de LNG, liberación diaria de 20 mcgr de LNG directamente en la cavidad uterina, durante 5 años.

Puede emplearse como alternativa en el tratamiento de la HUD de la mujer joven iniciada sexualmente y proporcionada anticoncepción eficaz y disminución de dismenorrea. (5)

ANALOGOS DE GNRH

EFICAZ PARA REDUCIR LA CANTIDAD DE SANGRADO MENSTRUAL, PERO de uso limitado a largo plazo.

Se indica en algunos casos, cuando están contraindicadas las hormonas combinadas de estrógeno y progestágeno (trasplantes renales, insuficiencia renal, leucemia). (8)



B. TRATAMIENTO NO HORMONAL:

AINES: Naproxeno, Ibuprofeno, Ácido Mefenamico.

Reducen el sangrado en un 20-25%, disminuyen la dismenorrea.

Tiene un efecto directo sobre el endometrio al inhibir la secreción de prostaglandina y aumentando el Tromboxano A2.

Están contraindicados en mujeres con alteración de los factores de coagulación y de la agregación plaquetaria.

Naproxeno 275mg o 550 mg cada 8 o 12 horas. Vía oral.

Ibuprofeno 400mg cada 8 horas vo.

Ácido mefenamico 500 cada 8 horas. (1,18)

ANTIFIBRINOLITICOS:

Son fármacos que inhiben la activación del plasminogeno en plasmina (la cual esta incrementada en mujeres con metrorragia) ejerce así un efecto hemostático reduciendo el sangrado en más del 50% Acido Tranexámico.

El ácido tranexámico solo o en combinación con la desmopresina es una buena opción para el tratamiento de HUA en las adolescentes, especialmente las niñas muy jóvenes y los que no aceptan los tratamientos hormonales.

Ácido Tranexámico 250 VO cada 8 horas. (4,5)



10
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DEL SALUD DEL NIÑO
SERVICIO DE GINECOLOGIA

DRA. SOLEDAD GARCIA ESPINOZA
Médico Ginecóloga y Obstetra
C.O.P. 17161

C. TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Empleado en aquellos casos refractarios al tratamiento farmacológico.

La técnica de elección es el legrado uterino.
Las indicaciones de tratamiento quirúrgico en pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico incluyen.

- 1. Falla en el tratamiento médico.
- 2. Contraindicaciones farmacológicas.
- 3. Anemia con alteraciones hemodinámicas.
- 4. Impacto en la calidad de vida.
- 5. Deseo de mejor calidad de vida y salud sexual

6.4.3 EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

TABLA N°1: Cuadro Básico de Medicamentos y efectos adversos



Conmestrona	2 mg al día por 10 días	Tabletas 2 mg	3 meses	Aumento de peso, amenorrea, síndrome premenstrual	La Aminoglutetimida disminuye su biodisponibilidad.	Hipersensibilidad al fármaco, neoplasia genital o de mama, osteopenia y/o osteoporosis confirmada. Precauciones: Antecedente tromboembólicos, disfunción hepática.
Medroxiprogesterona	1 ampula 150 mg IM cada 12 semanas	Frasco ampula de 150 mg	6-12 meses	Aumento de peso, amenorrea, síndrome premenstrual	La Aminoglutetimida disminuye su biodisponibilidad.	Hipersensibilidad al fármaco, neoplasia genital o de mama, osteopenia y/o osteoporosis confirmada. Precauciones: Antecedente tromboembólicos, disfunción hepática. El uso de medroxiprogesterona, como anticonceptivo de larga acción, deberá limitarse a no más de 2 años de uso continuo.
GnRH-a Goserelina	3.6 mg mensual Subcutáneo	Un implante	1 implante Subcutáneo mensual por 6 meses	Síntomas Menopáusicos, parestias, artralgas, osteoporosis.	Con antiandrógenos aumentan efectos adversos.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Valorar riesgo beneficio en pacientes resistentes al tratamiento con estrógenos, antiandrógenos o con orquiectomía.
Danazol	100 - 200 mg por día	Tabletas de 100 mg	3 meses	Acné, edema hirsutismo leve, piel o cabello grasos, aumento de peso, Síndrome Climatérico, cambio de voz, disminución de tamaño de mamas, hipertrofia del climatéricos.	Con warfarina prolonga el tiempo de protrombina. Puede aumentar los requerimientos de insulina en pacientes diabéticos. Puede aumentar la concentración de	Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia hepática, cardíaca y renal, tumor dependiente de andrógenos. Precauciones: Migraña, hipertensión arterial, diabetes mellitus y epilepsia

cc


PERÚ Ministerio de Salud Instituto Nacional de de Salud del Niño - Breña
 CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado
30 DIC. 2019
 3820

 Reg. N° CARLOS ANTONIO CHÁVEZ PASTRANA
 FEFATARIO - INSN



12
 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 SERVICIO DE GINECOLOGÍA
 DRA. SOLEDAD GARCÍA ESPINOZA
 CMP 38245 RNE 17161
 JEFE DEL SERVICIO de Ginecología

						aguda.	
Naproxeno	250 mg 6 a 8 hrs	Tabletas 250 mg	Máximo tres meses	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides.	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción.	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia.	
Diclofenaco	100mg cada 12 hrs	Tabletas 100mg	Máximo tres meses	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides.	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción.	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia.	
Indometacina	25mg cada 12hrs	Tabletas 25 mg	Máximo tres meses	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides.	Incrementa la toxicidad el litio. Reduce los efectos de furosemide e incrementa los efectos de los anticoagulantes e hipoglucemiantes	Hipersensibilidad al fármaco y a los AINES, lactancia, hemorragia gastrointestinal, epilepsia, enfermedad de Parkinson, asma bronquial y trastornos psiquiátricos	
Noretisterona / etinilestradiol	Solución inyectable de 0.5 ml	50-5 mg / 5 ml	Una ampula IM mensual durante 3 meses y revalorar	Aumento de peso, acné hirsutismo, edema	La rifampicina, ampicilina, tetraciclinas, cloranfenicol, benzodiazepinas y fenobarbital, disminuyen su efecto anticonceptivo.	Cáncer genital, antecedentes o presencia de tumores mamaros, enfermedad hepática, enfermedad tromboembólica, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, en mujeres fumadoras de más de 35 años de edad.	

Fuente: Diagnóstico y Tratamiento del Sangrado Uterino Anormal de origen no Anatómico GUIA PRACTICA CLINICA 2015 MEXICO


PERÚ Ministerio de Salud Instituto Nacional de de Salud del Niño - Breña
 CERTIFICO: Que la presente copia fotostatica es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado
 3820 30 DIC. 2019
 Reg. N° CARLOS ANTONIO CHAVEZ PASTRANA FEFATARIO - INSN



MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 SERVICIO DE GINECOLOGIA
 DRA. SOLEDAD GARCIA ESPINOZA
 C.O.P. 36448 RNE 17161
 Calle 181 Sector 180 Ginecología

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA

Sangrado persistente o abundante a pesar del tratamiento.
Disminución de la hemoglobina

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA

Paciente hemodinámicamente estable, con sangrado vaginal controlado

6.4.6 PRONOSTICO

Dependerá de la patología de fondo

6.5 COMPLICACIONES

Anemia
Trastornos de coagulación
Complicaciones propias de las patologías subyacentes

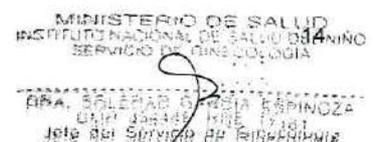
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA:

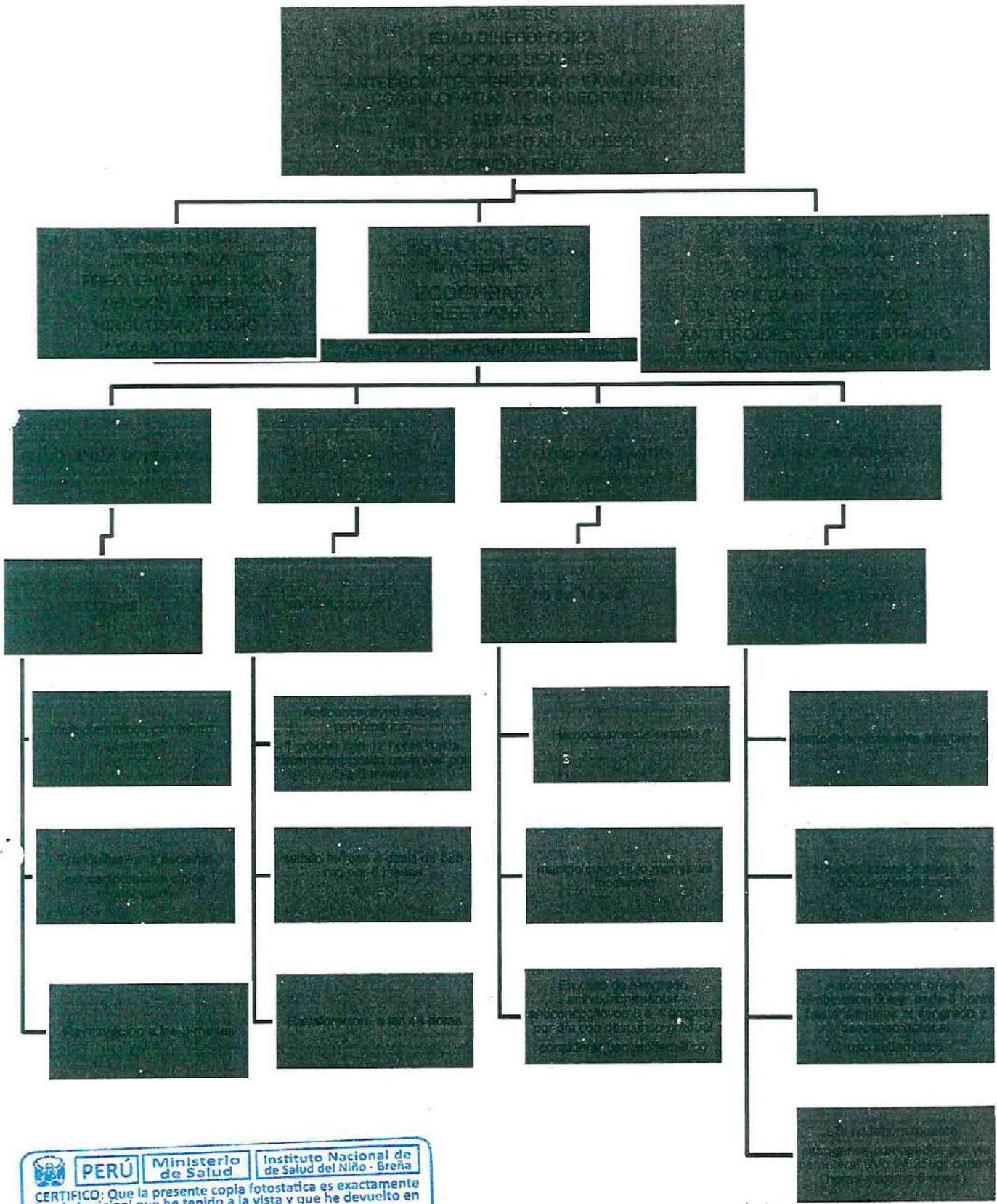
- 1) Pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico que han recibido terapia médica no hormonal sin respuesta en mínimo 3 ciclos.
- 2) Pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico que persistan con episodios de sangrado en quienes se han corregido causas posibles de hemorragia.
- 3) Pacientes con sospecha clínica de patología androgénica o tiroidea.
- 4) Pacientes con sospecha de coagulopatía
- 5) Pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico desde la menarca.
- 6) Pacientes con enfermedad concomitante
- 7) Pacientes con riesgo quirúrgico elevado
- 8) Pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico con deseo reproductivo.

CONTRARREFERENCIA:

El envío de pacientes tratadas con resolución de su problema benigno de hemorragia uterina anormal de origen no anatómico debe ser enviado a 2º y 1er nivel de atención médica con plan de vigilancia a futuro.



6.7 FLUXOGRAMA DE ATENCION




PERÚ Ministerio de Salud Instituto Nacional de de Salud del Niño - Breña
 CERTIFICO: Que la presente copia fotostatica es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado
30 DIC. 2019
 Reg. N°
 CARLOS ANTONIO CHAVEZ PASTRANA
 FEFATARIO - INSN

Dpto. I. N. S. N. / CIRUGIA
 Departamento de Cirugía y Atención en Docencia y Atención

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 SERVICIO DE GINECOLOGÍA
 DRA. SOLEDAD GARCÍA ESPINOZA
 C.M.P. 354445 D.N.E. 17181
 D.O.E. 801 ESPECIALISTA de Ginecología

VII. RECOMENDACIONES:

- 1) La hemorragia uterina disfuncional es un diagnóstico de exclusión, por lo que el clínico debe descartar, inicialmente, cualquier patología orgánica o endocrinológica. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C) (1)
- 2) En las mujeres con obesidad, irregularidades menstruales y datos de hiperandrogenismo deberá descartarse síndrome de ovarios poliquísticos, como causa de HUD. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C) (2)
- 3) En mujeres con una rápida progresión de hirsutismo acompañada de virilización, debe sugerir al clínico descartar un tumor suprarrenal. (Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C) (4)
- 4) La evaluación debe considerar también la existencia de embarazo, hiperprolactinemia y trastornos tiroideos (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C) (3,5)
- 5) Las mujeres con hemorragia uterina, con una prueba negativa de embarazo, niveles normales de FSH, TSH y prolactina, se encuentran en anovulación y pueden considerarse candidatas a las intervenciones terapéuticas apropiadas. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)(6)
- 6) La incidencia de HUD se incrementa de manera paralela con la edad; en estas mujeres las causas más frecuente de hemorragia uterina anormal son las patologías intracavitarias (pólipos endometriales y miomas submucosos), menor frecuencia de hiperplasia endometrial y cáncer endometrial (Nivel de evidencia. IV, Grado de recomendación C) (2,3)
- 7) No existe evidencia suficiente para afirmar que el uso de AOC solos o comparados con otros tratamientos (AINES, danazol, dispositivo intrauterino medicado) sean benéficos para la mujer con HUD en relación a la mejoría de su sintomatología. (Nivel de evidencia I a, Grado de recomendación C) (4)
- 8) No existen ventajas con el uso de progestinas para el control de HUD si se les compara con danazol, AINES o con el dispositivo impregnado con levonorgestrel; sin embargo, el uso de progesterona por 21 días parece reducir de manera significativa la pérdida sanguínea en pacientes con HUD, por lo que este régimen se puede administrar de manera inmediata para el control de la hemorragia y solo como un tratamiento temporal (Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación B).(5)

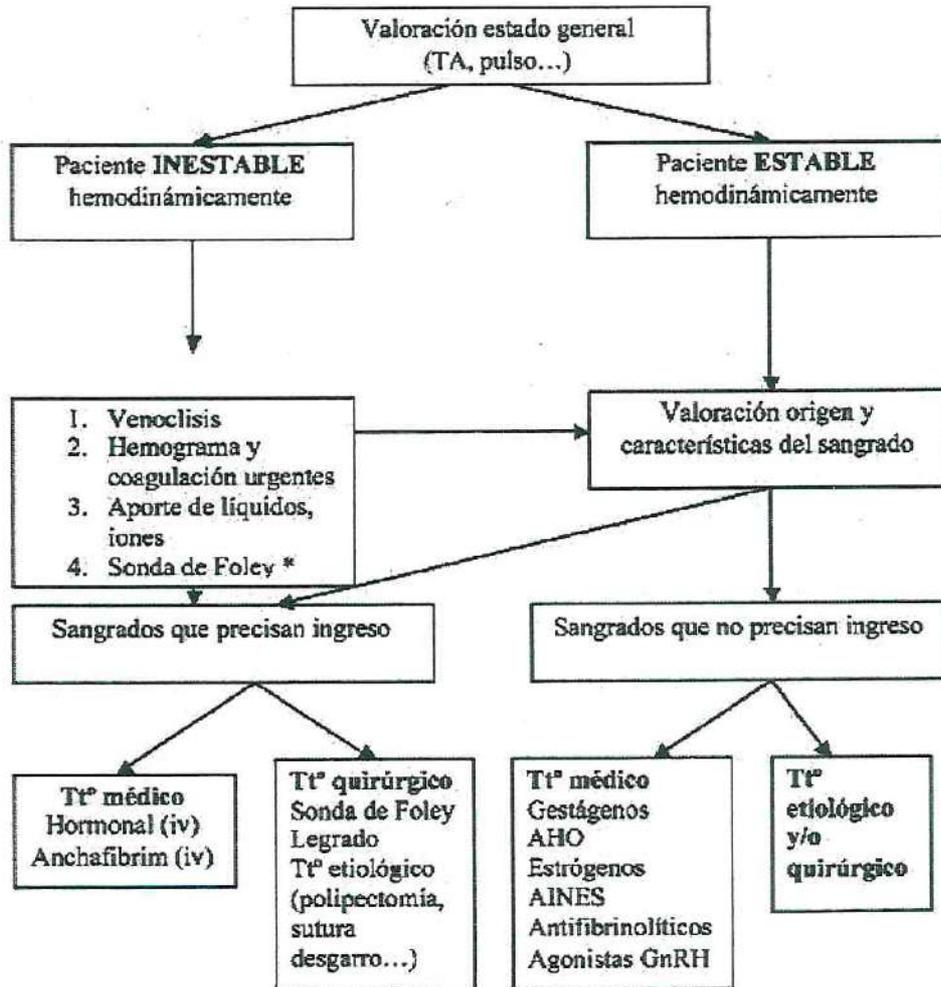


MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SERVICIO DE GINECOLOGÍA 18

DR. SOLANGE ESPINOZA
CNP 30440 ANE 17161
Jefa del Servicio de Ginecología

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: ALGORITMO DE MANEJO ANTE SANGRADO DE ORIGEN GINECOLÓGICO



* En ocasiones si el sangrado es de origen uterino y la paciente esta inestable puede colocarse una sonda Intrauterina cohibiendo la hemorragia hasta conseguir estabilizar a la paciente.

Figura 2. Protocolo de actuación ante sangrado de origen ginecológico.

Fuente: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del IMSS (Base de Datos de Internet) Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional. [C2010 Febrero 21] (Modificado IGSS, 2013)



17
 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 SERVICIO DE GINECOLOGÍA
 DRA. SOLEDAD GARCÍA ESPINOZA
 C.M.P. 35445 R.N.E. 17181
 Jefe del Servicio de Ginecología

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Wilkinson JP, Kadir RA. Management of Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010;23(1):22-30.
2. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. Obstet Gynecol. 2012;120(1):197-206.
3. Kjerulff KH, Erickson BA, Langenberg PW. Chronic gynecological conditions reported by US women: findings from the National Health Interview Survey, 1984 to 1992. Am J Public Health. 1996;86(2):195-9.
4. Hatasaka H. The evaluation of abnormal uterine bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2005; 48(2):258-73.
5. Altchek A. Non endocrine vaginal bleeding. Pediatric endocrinology New York. 2003; 131(2): 257-76.
6. Dufflos-Cohade C, Thibaud E. Les troubles du cycle menstruel de l'adolescente. Arch Pédiatr. 2000;7(1):767-72.
7. Farrel E. Dysfuncional uterine bleeding. Aust Fam Psycian. 2004;33(11): 906-908.
8. Deligeoroglou E, Karauntzos V, Creatsas G. Abnormal uterine bleeding and disfuncional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology. Gynecol Endocrino. 2013;29(1):74-8.
9. Whitaker L, Critchley H. Abnormal uterine bleeding. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016; 34(2): 54-65.
10. Elmaogullari S, Ayca Z. Abnormal Uterine Bleeding In Adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2018; 10(3): 191-197.
11. Hickey M, Higham J, Fraser IS. Progestogens versus oestrogens and progestogens for irregular uterine bleeding associated with anovulation. Cochrane database Syst Rev. 2000;(2):CD001895.
12. Wilkinson JP, Kadir RA. Management of abnormal uterine bleeding in adolescent. J Pediatric Adoles Gynecol. 2010;23(6):22-30.
13. Wall Yw. Abnormal uterine bleeding in adolescents. Obstet Gynecol Clin North Am. 2003;30(2):321-35.
14. Benjamins LJ. Practice guideline:evaluations and management to abnormal vaginal bleeding in adolescnets. J pediatric Health Care. 2009;23(3):189-93.
15. Slap GB. Menstrual disorders in adolescent. Best Pract Res Clin Obstet. 2003;17(1):75-92.
16. Kjerulff KH, Erickson BA, Langenberg PW. Chronic gynecological conditions reported by US women: findings from the National Health Interview Survey, 1984 to 1992. Am J Public Health. 1996;86(2):195-9.
17. Omar H. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. Introduction. J Pediatric Adolesc Gynecol. 2014;27(1):1-14.
18. Kjerulff KH, Erickson BA, Langenberg PW. Chronic gynecological conditions reported by US women: findings from the National Health Interview Survey, 1984 to 1992. Am J Health. 1996;86(2):195-9.
18. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. Obstet Gynecol. 2013;121(4):891-6.
19. Bitzer J, Heikinheimo O, Nelson AL, Calaf-Alsina J, Fraser IS Medical management of heavy menstrual bleeding: a comprehensive review of the literature. Obstet Gynecol Surv. 2015;70(2):115-30.



21. Casablanca Y. Management of dysfunctional uterine bleeding. Obstet Gynecol Clin North Am. 2008;35(2):219-234.
22. Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL. No.292-Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. J Obstet Gynaecol Can. 2018;40(5):391-415.
23. Bradley LD, Gueye NA. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. Am J Obst Gynecol. 2016;214(1):31-44.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SERVICIO DE GINECOLOGÍA
DRA. SOLEDAD ESPINOZA
C.M.P. 35442 NVE 19161
Jefe del Servicio de Ginecología