

*Ministerio de Salud / Caja del Seguro Social
Dirección General de Salud Pública
Departamento de Salud y Atención Integral a
la Población*

*GUÍAS DE ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA
INFANTO JUVENIL.*

Panamá 2005

AUTORIDADES DE SALUD

**DR. CAMILO ALLEYNE
MINISTRO DE SALUD**

**DRA. DORA JARA
VICE-MINISTRA DE SALUD**

**DR. CIRILO LAWSON
DIRECTOR GENERAL DE SALUD**

INDICE

Introducción	4
Capítulo 1. Examen genital del Recién Nacido	6
Capítulo 2. Tumores del aparato reproductor en la infancia y la niñez	15
Capítulo 3. Infecciones genitales en la infancia y la premenarquia	19
Capítulo 4. Infecciones genitales en la adolescencia	23
Capítulo 5. Sangrado genital en la infancia y premenarquia	32
Capítulo 6. Alteraciones de la pubertad	35
Capítulo 7. Trastornos de la menstruación	45
Capítulo 8. Trastornos de la diferenciación gonadal	54
Capítulo 9. Disgenesias Mullerianas	56
Capítulo 10. Abuso sexual en niños, niñas y adolescentes	60
Capítulo 11. Sexo, conducta, orientación sexual, rol género	66
Capítulo 12. Embarazo en la adolescencia	72
Capítulo 13. Anticoncepción durante la adolescencia	77
Anexo. Colaboradores	90
Glosario	96
Bibliografía	97

INTRODUCCIÓN

A partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de Cairo en 1994, se genera un nuevo concepto de salud reproductiva madurado a través de varias décadas, que logra marcar un cambio decisivo en las políticas de población, pasando de lo demográfico y del enfoque biologicista a un concepto fundamentado en las perspectivas de calidad de vida del ser humano.

Las Conferencias Internacionales de Viena (1993), Cairo (1994), Copenhague (1995) y Beijing (1995) abordaron el tema de la salud sexual y reproductiva, incorporando los derechos sexuales y reproductivos por consenso como parte integrante de los derechos humanos, incluyendo la Convención de los Derechos del Niño (1989). De este modo los derechos sexuales y reproductivos pasan a considerar el derecho a la integridad del cuerpo, el derecho a la autonomía para las decisiones, el derecho a la autonomía para las decisiones, el derecho a la diversidad y el derecho a la equidad de acceso a la salud, en condiciones socioeconómicas, de etnia, raza, género y de edad.

Al adoptar este nuevo concepto, los sistemas de salud se proponen ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva que garanticen no solo la supervivencia, el crecimiento y desarrollo del niño, la sexualidad sana, la educación y la salud integral del adolescente y la prevención y tratamiento de los trastornos de los órganos reproductivos.

Estos conceptos modificaron las concepciones de la Ginecología pediátrica y del adolescente, centradas en aspectos biomédicos, e integraron la sexualidad y la salud sexual y reproductiva a los aspectos psicosociales y culturales. Hoy la salud sexual y reproductiva es una especialidad mucho más amplia que la ginecología infanto juvenil, ya que le han sumado un conjunto de especialidades que facilitan la perspectiva integral de sexualidad y la atención a varones.

A principios de siglo, la Ginecología infanto juvenil como una especialidad médica, comenzó a ser reconocida en el nivel internacional a finales de la década de los treinta en el siglo pasado, primero en los países de Europa Central y luego en los Estados Unidos de América. En nuestro continente fueron los países suramericanos, especialmente Argentina, Brasil y Chile, los primeros en promocionar y ofrecer servicios de ginecología infanto juvenil. En la década de los 90, específicamente en el año de 1993, se celebró en Chile el IIIer Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia y en el marco de dicho evento se fundó la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia.

En Panamá, en el año de 1992, el Ministerio de Salud elaboró las Normas de Salud Integral de los Adolescentes con el objetivo general de elevar el nivel de salud bio-psico-social de los adolescentes, a través de actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación que conlleven al desarrollo óptimo de sus potencialidades. Estas normas se encuentran en estos momentos en un proceso de revisión y actualización.

Como complemento a las Normas de Salud Integral de los Adolescentes, el Ministerio de Salud inició en el año 2001, un proceso para elaborar guías para el nivel primario y secundario de atención, dirigidas a mejorar la calidad de la atención de los niños y adolescentes que cursan con problemas de

salud relacionados con el sistema reproductivo, en los cuales la detección correcta y temprana, el manejo adecuado y sobre todo la referencia oportuna a los niveles de atención especializada, tienen una gran relevancia para asegurar la salud presente y futura de estos niños y adolescentes.

En primera instancia se conformó una Comisión de expertos especialistas de diversas ramas, tanto del Ministerio de Salud, como de la Caja de Seguro Social, del Hospital Santo Tomás, del Centro de Investigación en Reproducción Humana y del Hospital del Niño. Este “Petite Comité” elaboró progresivamente los borradores de los diferentes capítulos que conformaron el documento preliminar.

En el año 2003 se realizó un taller de revisión del documento, con participación del grupo original, ampliado con un mayor número de funcionarios de diversas Instituciones y Regiones de Salud. Posteriormente en el año 2004, el “Petite Comité” se reunió para pulir el documento para la reunión nacional de revisión final de las Normas de Salud Reproductiva Infanto Juvenil, la cual se realizó en el mes de julio de 2004, con el apoyo del Proyecto “Servicios Amigables para los y las Adolescentes” del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Este documento ofrece al personal de salud de primer contacto, guías unificadas de manejo de las condiciones o patologías más frecuentes que pueden conducir a una consulta médica, asociada a problemas del tracto reproductivo de niños, niñas y adolescentes de ambos sexos, en el nivel primario y secundario de atención.

En este primer intento por desarrollar un documento de esta naturaleza, se han incluido, entre otros, temas que afectan al recién nacido, al infante, a niños y pre-púberes, así como a los adolescentes y que van desde la detección y diagnóstico de ciertas anomalías, hasta problemas tan delicados como la sospecha, confirmación y manejo del abuso sexual, los tumores genitales de la infancia y premenarquia, y como es de rigor, lo relacionado a los trastornos asociados a la menstruación en la etapa de la pubertad.

Estas guías no proponen constituirse en un tratado clínico de manejo de estas patologías, sino más bien, tal como lo expresa su definición, servir de herramienta para el personal médico y paramédico para orientar la atención, resaltando los aspectos más relevantes que deben conocerse para facilitar el manejo de estos problemas, que con mayor frecuencia amenazan la salud reproductiva infanto-juvenil.

CAPÍTULO 1. EXAMEN GENITAL DEL RECIÉN NACIDO

I. Anomalías Genitales del Neonato: Variantes anatómicas y malformaciones.

Las anomalías genitales son relativamente raras pero cuando aparecen causan preocupación en los padres. Es importante distinguir las variantes anatómicas normales de las malformaciones patológicas y de los efectos asociados a traumas.

A. Examen de los genitales de las niñas

1. Se debe evaluar el tamaño y localización de los labios, clítoris, meato uretral y apertura anal.
2. Los labios mayores de las niñas de término normalmente cubren los labios menores, el clítoris, meato uretral y la entrada de la vagina. En las prematuras esto no ocurre y el clítoris puede ser muy prominente. Palpe los labios mayores y busque masas, las cuales pueden ser hernias o gónadas ectópicas.
3. Las equimosis y edema de los labios son comunes en los partos podálicos.
4. El clítoris debe evaluarse su tamaño y palpar el diámetro. Un clítoris muy grande puede indicar pseudohermafroditismo
5. Casi todas las niñas tienen un tejido himeneal redundante, se conocen con el nombre de Etiqueta himeneal; de la misma manera se pueden apreciar proyecciones de la mucosa vaginal que se extienden más allá del borde del himen, ambos hallazgos desaparecen dentro de las primeras semanas de vida. La etiología es debida a la privación hormonal.
6. El orificio vaginal debe ser rosado y lustroso y debe determinarse su patentidad.
7. Generalmente a nivel del orificio vaginal se observan secreciones blanquecinas o ligeramente teñidas de sangre. Ocurren por privación hormonal debido a que la recién nacida ha sido expuesta a altos niveles de estrógeno a nivel uterino. Esta leucorrea y la pseudo menstruación es común durante la primera semana de vida y son autolimitadas.
8. En los casos de hidrocolpos se observa una masa que protruye a nivel del introito vaginal. El hidrocolpos resulta por una retención de secreciones uterinas y vaginales ocasionados por el himen imperforado. El tratamiento consiste en realizar una pequeña incisión del himen por personal entrenado (cirugía pediátrica y/o ginecología pediátrica).
9. En ocasiones la niña puede presentar adherencia de labios menores. La aglutinación de labios y/o vagina, en casos avanzados se confunden con un himen imperforado o genitales ambiguos, siendo una lesión adquirida. Lo causa una combinación de vulvitis leve e hipoestrogenismo. Es asintomática y se resuelven solas en un 80% de los casos.
 - a. La etiología puede estar asociada a hipoestrogenismo, infección o antecedente de eczema. Puede ser completa o parcial, asintomática o sintomática (vulvitis, micción de dos tiempos, disuria, incontinencia, infección urinaria). Puede ser primaria o puede ser secundaria (recidiva).

b. Esto se puede manejar con separación de los labios liberando la adherencia aplicando sobre el rafe de unión con hisopo o con gasa vaselinada y/o crema con estrógenos dos veces por día hasta que se libere. El tratamiento es aplicar 1 g de la crema 2-3 veces al día durante 10 a 15 días. Control periódico cada 10 días. Explicar a la madre la correcta higiene perineal.

Observación: La crema con estrógenos es absorbida y puede ocasionar dolor en las glándulas mamarias. Valorar mamas.

c. Si la niña no tiene síntomas: eliminar irritante como jabones, oxiuros, candidiasis.

d. Si existen síntomas relacionados a uretritis o se ha dificultado su entrenamiento en el uso de sanitarios que conlleva a acumular orina por arriba del tejido aglutinado, la aplicación de crema tópica de estrógenos por 2 semanas lo resuelve.

e. Controles: Descartar posible infección. Cultivo de orina 1° y 2° chorro, si hay disuria. Reforzar las medidas higiénicas. Si es necesario indicar tratamiento según antibiograma. Evitar recidivas mediante uso de cremas lubricantes o corticoides, en niñas con pañales usarlas periódicamente hasta el control del esfínter.

d. Las pacientes con adherencias recidivadas o fusión de los labios menores, post tratamiento manual o quirúrgico, forman puentes fibrosos de tejido conectivo que responden parcialmente y más tardío al tratamiento hormonal local.

10. Crecimiento Mamario:

Puede ocurrir en niñas y en niños. Ocurre por privación de los altos niveles de estrógenos a los cuales el neonato ha sido expuesto in útero. Ginecomastia se define como desarrollo mamario palpable en el varón. Las glándulas

mamarias no deben someterse a presión pues se pueden complicar con abscesos mamarios.

B. Examen de los genitales de los niños

1. En el recién nacido masculino, el glande está completamente cubierto por el prepucio. Esta fimosis fisiológica se resuelve normalmente a la edad de 3 a 4 años.

2. El Examen de los genitales externos del recién nacido masculino debe orientarse a:

a. Condición del prepucio cuya retracción en la edad de recién nacido es innecesaria ya que las adherencias del prepucio con el glande, constituye un mecanismo de protección a la aparición de Balanitis u otras enfermedades del surco balano prepucial.

b. Examen del pene para identificar cualquier alteración en la forma, ubicación y tamaño del meato urinario. Verificar la longitud del mismo que debe oscilar entre 2.5 a 3.5 cm. Pene de menor longitud a 2.5 cm. es considerado Micropene, que si está acompañado de Criptorquidia, pueden cursar con un desorden hipotálamo-hipofisiario. La erección del pene es frecuente y no tiene significado. Durante o inmediatamente después del parto suele haber una micción, seguida con gran frecuencia por un periodo sin diuresis. Sin embargo, alrededor del 95% de los RN pretérmino orinan en las primeras 24 horas.

c. Alteraciones en la apertura del meato:

- c.1) Hipospadia.
- c.2) Epispadias.

d. Examen del escroto y palpación de testículos, tamaño, altura dentro de la bolsa escrotal, retraimiento o ausencia de los mismos. Es importante la palpación del escroto y a través de este la de los

testes. El escroto normal es relativamente grande y su tamaño puede aumentar debido al traumatismo por parto de nalgas o por una hidrocele transitoria que debe distinguirse de una hernia por palpación y transiluminación. Si los testes no están descendidos dentro del escroto, debe efectuarse una exploración por transiluminación para reconocer la presencia o ausencia de teste en escroto y comprobar altura a la que se encuentran.

Deben encontrarse en el escroto o palpase en o por debajo de los conductos inguinales. El escroto siempre es más pigmentado que el resto de la piel. Generalmente se pueden apreciar pequeños quistes sebáceos en el pene, escroto o en el rafé medio, los cuales desaparecen espontáneamente.

Anomalías del Pene:
<i>Hipospadía:</i>
Aproximadamente 1/500 presenta orificio uretral en la superficie ventral de pene. La abertura puede estar situada en la unión del glande y el cuerpo (subcoronal). En el cuerpo del pene, o en el perineo (tipo peneano, penoescrotal, escrotal y perineal); con frecuencia el pene está eréctil e incurvado a hacia abajo, y a menudo hay estenosis del meato uretral externo. En un 10 % esta malformación se acompaña de criptorquidia. El tratamiento es quirúrgico y no debe practicarse la circuncisión, porque el prepucio es fundamental para la reparación en las etapas posteriores de la vida. La edad ideal para la reparación es antes de los 18 meses. Consiste en una falla del crecimiento normal de la uretra, donde en vez de terminar en el extremo del pene, el meato se ubica en lado ventral del pene, pudiéndose ubicar en variados sitios de la uretra.
<i>Epispadía:</i>
Esta anomalía consiste en la abertura de la uretra en la superficie dorsal, puede ser pequeña o grande. Se presenta en 1/30,000. El tratamiento es quirúrgico y la circuncisión está contraindicada. en este caso la desembocadura de la uretra ubica al meato sobre el lado dorsal del pene. La apertura puede ser grande o pequeña
<i>Fimosis:</i>
El prepucio se puede retraer espontáneamente a la edad de 3 a 4 años en el 90% de los varones no circuncidados. La imposibilidad de retraer el prepucio antes de esta edad no constituye un hecho patológico ni tampoco una indicación de circuncisión. La fimosis se define como la incapacidad de retraer el prepucio a una edad en donde normalmente debería retraerse. La acumulación del esmegma (secreción de las glándulas balano prepuciales) debajo del prepucio no es patológico y no es indicación de circuncisión.
<i>Parafimosis:</i>
Se manifiesta cuando se retrae el prepucio detrás del surco coronario y no puede volver al sitio de antes con facilidad. Este se acompaña de congestión venosa, edema, coloración cianótica. Acompañado de dolor y disuria intensa. En general el accidente se produce cuando la madre o la niñera retrae el prepucio del niño de una manera brusca y frecuente, lo cual ocurre con lactantes mayores y preescolares. El tratamiento consiste en analgesia, compresas frías para aliviar el edema y reducción manual con abundante lubricante (gel ó K-Y). Este procedimiento debe ser ejecutado por personal médico.
<i>Balanitis y Balanopostitis (Dermatitis penil):</i>
La inflamación del prepucio (postitis) y del glande (balanitis) es secundaria a la presencia de fimosis. Es una condición común que afecta el 11% de los hombres que llegan por consulta genitourinaria y puede ser una condición persistente o recurrente. Ocurre 5 a 10 veces más frecuentes en niños no circuncidados y se estima que sucede del 6% al 16% entre de los niños y adolescentes no circuncidados. Entre los no circuncidados es más común por pobre higiene, poca aeración así como acumulación del esmegma y detritus celulares. También, por calor, humedad, infecciones, medicamentos, irritantes y enfermedades dermatológicas. Otra causa, puede ser Diabetes mellitus. Cuando los datos se ajustan correctamente según edad, no hay efecto estadístico significativo de la circuncisión en el índice del cáncer penil.

Hernias Inguinales:

a) El 80% de las hernias del recién nacido ocurre con más frecuencia en los varones y prematuros.

b) Etiología: falla en la obliteración de la parte superior del proceso vaginal o persistencia del proceso vaginal.

c) El tratamiento es quirúrgico; la hernia inguinal encarcelada es una urgencia quirúrgica. Los síntomas son de irritabilidad, dolor y obstrucción intestinal.

3. Examen del ano y del recto.

Debe determinarse su posición y su tamaño. El diámetro esperado es de 10mm.

a. *Ano imperforado o Atresia Anal*

Se reconoce por simple inspección. Los casos se dividen en “altos” o “bajos” dependiendo si la atresia está por arriba o por debajo del músculo elevador del ano.

La mayoría de las atresias anales “altas” tienen una fístula que comunica con la vejiga en los niños o el tracto genital en las niñas; esta fístula hace que pase meconio hacia la uretra o a la vagina y podría retrasarse el diagnóstico.

El método clásico de hacer el diagnóstico es realizando una radiografía al neonato con un objeto radio-opaco colocado en la posición en donde debería estar el orificio externo del ano. El tratamiento es quirúrgico.

II. Genitales Ambiguos

El término de genitales ambiguos se aplica a cualquier apariencia confusa de los genitales que incluyen:

1. Un pene con testículos no palpables bilateralmente

2. Hipospadia con criptorquidia unilateral

3. Hipospadia pene-escrotal o perineo-escrotal aún con testículos descendidos.

A. Designación del sexo

La velocidad en determinar el sexo es esencial para los padres. La designación del sexo depende en la anatomía y función endocrinológica más que en los cromosomas.

Comentarios como “parece un niño” o “nosotros lo sabremos mejor cuando obtengamos los cromosomas”, deben evitarse.

A los padres se les debe decir que los genitales del recién nacido no se han formado completamente y que la cirugía reconstructiva y el soporte hormonal harán que el niño tenga una vida normal. No se deben hacer promesas sobre la fertilidad del paciente. **Se recomienda el uso de una tarjeta blanca para la identificación.**

El trabajo debe hacerse en equipo multidisciplinario (neonatólogo, endocrinólogo, urólogo, cirujano, psiquiatra infantil y genetista) en hospitales de mayor complejidad. Si la evaluación endocrinológica demuestra una resistencia parcial a la testosterona y el neonato tiene un micropene, se le debe designar sexo femenino y realizar una cirugía reconstructiva tan pronto como sea posible.

B. Evaluación del R.N con genitales ambiguos:

Estos pacientes deben ser evaluados en hospitales de mayor complejidad para poder completar los protocolos diagnósticos.

1. Historia Clínica: Son importantes los siguientes datos:

- a. Historia familiar de hipospadias, criptorquidia, tíos infértiles, consanguinidad.
- b. Exposición materna a ciertos fármacos.
- c. Virilización materna en el embarazo.
- d. Repetidas muertes neonatales o abortos.
- e. Insuficiencia placentaria

2. Examen Físico

- a. Tamaño del pene, posición del orificio de la uretra, fusiones de los labios o escrotos, descenso y tamaño de las gónadas.
- b. Anomalías asociadas: Tumor de Wilms, hemihipertrofia, aniridia, gonadoblastoma, etc.
- c. Si hay útero y vagina y los genitales externos revelan una hipospadia severa, el bebé deberá crecer como niña.

3. Pruebas diagnósticas

- a. Ultrasonido Pélvico: determinará la presencia de útero y ovarios.
- b. La resonancia magnética puede ser útil para localizar testes intraabdominales.
- c. Cisteouretrografía: puede revelar trompas de falopía útero o una vagina procedente del seno urogenital.
- d. Determinación de cromosomas.
- e. Evaluación endocrinológica

Si los andrógenos están aumentados en forma excesiva antes de las 12 semanas de gestación, puede ocurrir fusión labial. Después del primer trimestre, sin embargo, hipertrofia del clítoris será el único signo de exposición excesiva a andrógenos.

1. Pruebas a determinar:

- a. Niveles de 17 hidroxiprogesterona
- b. 17 pregnenolona
- c. Niveles de testosterona
- d. Electrolitos (Na, K, Cl)

2. Si los resultados de laboratorio son normales, deberá hacerse examen ultrasonográfico de los ovarios o CAT de las adrenales buscando un tumor masculinizante. Laparotomía y/o biopsia de gónadas puede ser necesaria en los casos de hermafroditismo verdadero.

D. Cromosomas XY:

Aún con la presencia de ambos cromosomas, no debemos asegurar que es un niño.

C. Niñas XX con ambigüedad genital:

Con cromosomas XX el diagnóstico puede ser verdadero hermafroditismo, síndrome adrenogenital debido a deficiencias de 21 hidroxilasa y otras o ingestión materna de fármacos y tumores masculinizantes.

Desórdenes cromosómicos: probabilidades diagnósticas:

a. Verdadero hermafroditismo (10% son XY, 10% son mosaicos y 80% son XX). La designación del sexo debe basarse en la presencia de los genitales externos e internos. Si hay un útero y vagina, estos niños deberán crecer como niñas. Dos tercios de ellos podrían menstruar.

b. Disgenesia gonadal mixta (45X - 46XY)

Los genitales externos generalmente son asimétricos, con una gónada palpable en un pliegue labioescrotal y otra gónada intra-abdominal.

c. Disgenesia gonadal pura (XY). Los genitales son de características femeninas, puede ocurrir clitoromegalia. Puede haber útero y vagina.

d. Pseudohermafroditismo masculino. Los desórdenes pueden ser hereditarios o no.

Laboratorio:

- Niveles de testosterona
- Hormona folículo estimulante
- Hormona luteinizante
- Na y K sérico, entre otras.

Todos los pacientes con alguna de estas condiciones deben referirse a un Nivel Terciario de atención.

III. Hiperplasia córtico suprarrenal congénita:

A. Incidencia:

Baja, pero es la forma más común de genitales ambiguos.

B. Etiología:

1. En las niñas: el exceso de testosterona producida por el bloqueo de cadenas metabólicas origina un grado variable de virilización, con fusión del orificio vaginal e hipertrofia del clitoris. La fusión comienza en la horquilla posterior de la vagina y progresa hacia delante hasta la punta del falo creando un meato urinario fálico en la punta de lo que parece ser un pene, y si la fusión es menor el meato aparece en cualquier punto del clitoris semejando una hipospadia. Cromosoma XX.

2. En los niños (XY), la producción excesiva de andrógenos no afecta los fenómenos normales de fusión, y los genitales externos no presentan malformaciones. Al nacer, los genitales externos pueden estar aumentados de volumen por la acción andrógena excesiva, y si el trastorno no se trata adecuadamente ocurrirá virilización (hiperpigmentación en genitales y areolas).

3. Este trastorno se trasmite por un gen autosómico recesivo, por lo que los dos padres deben ser portadores, para que la enfermedad aparezca en algún hijo. El diagnóstico puede hacerse en la actualidad en la etapa prenatal.

4. La deficiencia de la 21 hidroxilasa es la más común en la hiperplasia suprarrenal congénita y aproximadamente el 50% de los pacientes con esta deficiencia presentan crisis de pérdida salina.

C. Diagnóstico:

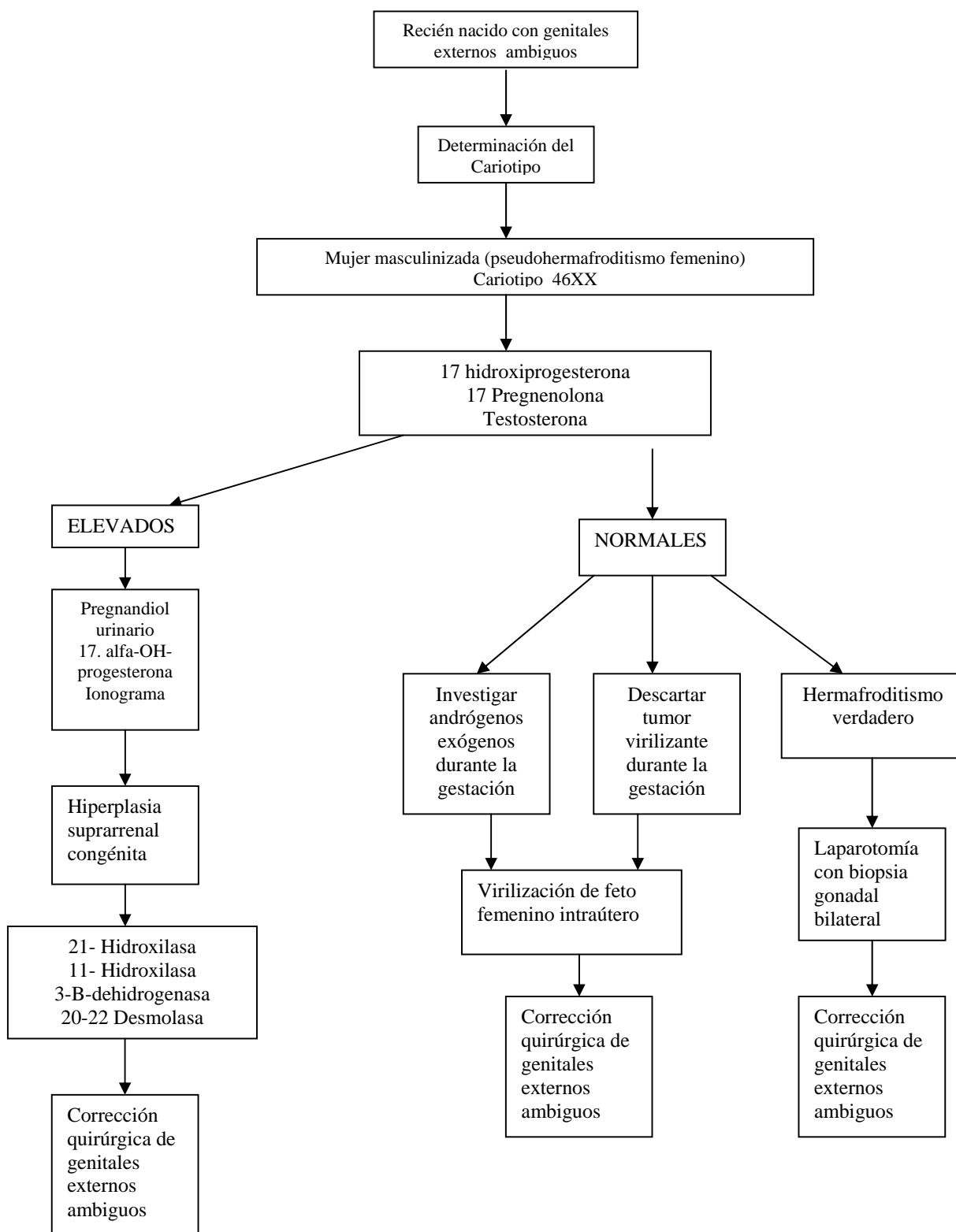
1. Inspección de genitales.
2. Los síntomas empiezan la segunda semana de vida. Puede haber deshidratación sin vómitos ni diarrea. Na sérico disminuye y K aumenta.
3. N de Urea y Creatinina pueden estar aumentadas.
4. La 17 hidroxiprogesterona aumenta 20 a 500 veces sobre lo normal y se utiliza para hacer el diagnóstico.

D. Tratamiento:

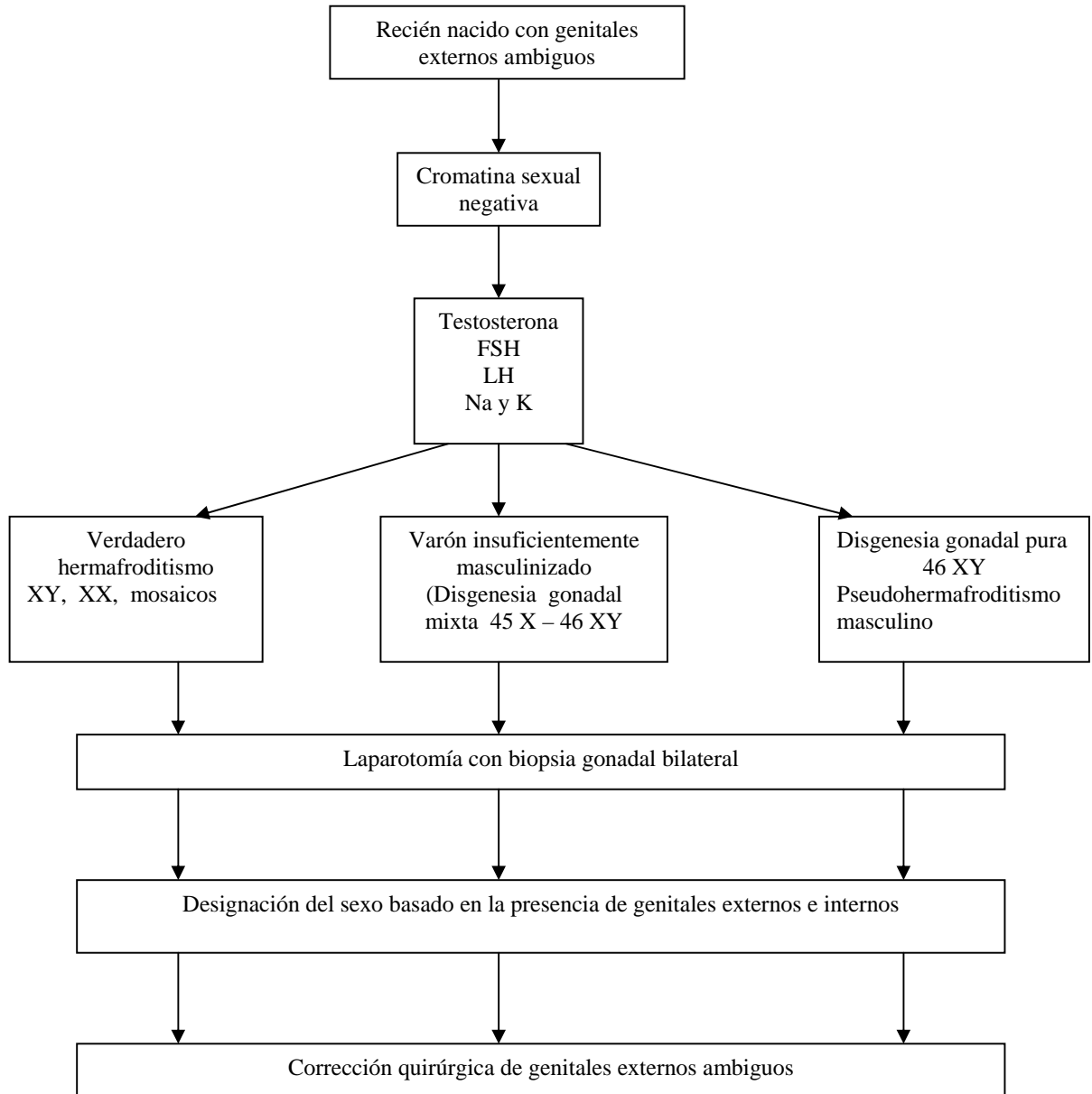
1. Urgencia Médica. Reposición de líquidos con SSN. Solucortef o Succinato de Hidrocortisona 100 mg/m².

2. DOCA (acetato de desoxicorticosterona) 1-2mg I.M una sola dosis o repetir.
3. Posteriormente se sustituye DOCA por Alfa Flurohidrocortisona oral (Florinef) 100 gamas en las primeras dosis y luego 50 gamas cada 12 horas V.O.
4. Determinaciones de Na y K c/12 horas, luego c/día.
5. El tratamiento es de por vida.
6. Tratamiento Quirúrgico: lo antes posible.
7. Tratamiento Psicológico: a la familia y al paciente.
8. .Manejo multidisciplinario

Flujograma para el diagnóstico y manejo de niñas XX con ambigüedad genital



Flujograma para el diagnóstico y manejo de niños XY con ambigüedad genital



CAPÍTULO 2. TUMORES DEL APARATO REPRODUCTOR EN LA INFANCIA Y LA NIÑEZ

I. Aspectos epidemiológicos.

La incidencia de tumores durante la infancia y la adolescencia es baja y más aún lo son las neoplasias malignas. El cáncer ocupa menos del 5% de todas las patologías que se presentan en la población menor de 15 años.

Precisamente por lo poco frecuente de su aparición, hace que pocas veces se les tome en cuenta entre los diagnósticos diferenciales. Por eso, entre los objetivos de esta revisión, está el llamar la atención de los médicos de atención primaria, ante algunos cuadros clínicos relacionados con aparición de masas en el sistema reproductor.

Nota: Todo tumor del sistema reproductor en niños(as) y adolescentes debe ser referido con prontitud al Tercer Nivel de Atención.

II. Síntomas y signos generales.

A. Pueden ser sintomáticos o asintomáticos. Los tumores de genitales internos pueden causar los siguientes síntomas: Masa pelviana o abdominal, compresión intestinal o urinaria, dolor fijo o irradiado, precocidad sexual (tumores funcionales), síntomas agudos (torsión, ruptura).

B. Los tumores cervico-vaginales pueden causar hemorragia, flujo, síntomas urinarios y dolor cuando se encuentran en etapas avanzadas.

C. En el varón, es importante tener en cuenta el diagnóstico diferencial de tumor maligno ante una masa testicular dura, que no transilumina, y que usualmente no es dolorosa.

III. Clasificación.

A. Tumores de Vulva

Son poco frecuentes, pero importantes cuando aparecen ya que pueden tener carácter maligno.

1. Benignos:

a Quistes de retención: Se producen por la obstrucción de los orificios de salida de las glándulas anexas (sebáceas, Bartholino, vestibulares menores, parauretrales). Las más frecuentes son las de Bartholino.

b Quistes de Nuck: Se producen por la dilatación del prolongamiento del peritoneo que acompaña al ligamento redondo hasta su inserción en los labios mayores.

c Lipomas: Son tumores del tejido graso.

d Fibromas: Son tumores del tejido conjuntivo.

e Hemangiomas: Se originan por el crecimiento anómalo de vasos sanguíneos situados en el tegumento cutáneo-mucoso de

la vulva. Se clasifican en hemangiomas planos y cavernosos.

2. Malignos:

a Carcinoma: Es excepcional en niñas y adolescentes.

b Sarcoma: Tiene una mayor incidencia que el anterior, pero es también muy baja. Por lo general se presenta como un tumor sólido situado en uno de los labios mayores con implantación sésil.

c Otros:

- Melanoma maligno
- Neuroendocrinoma
- Teratoma

B. Tumores de Vagina

1. Benignos:

a Quistes mesonéfricos (de Gartner): Tienen origen en los restos embrionarios de los conductos mesonéfricos, situados a la altura de los fondos de saco vaginales y a lo largo de las paredes anterior y posterior de la vagina.

b Adenosis: Se produce por la proliferación del tejido glandular. Son pequeñas formaciones quísticas en la submucosa vaginal de origen paramesonéfrico.

2. Malignos:

a Rabdomyosarcoma o sarcoma botrioides: Son más frecuente en las niñas, extremadamente raro en la adolescente. Su incidencia es de 3 por 1 millón de niñas menores de 15 años. Se presenta como una masa rojo-vino que recuerda a un racimo de uvas. Ocasionalmente puede sobresalir por el introito vaginal.

Los rabdomyosarcomas, tumores mesenquimales originarios de músculo estriado, clásicamente se presentan como masas, pero hay casos cuyo cuadro clínico inicial es solapado. Puede haber pérdida de peso, y en el caso de la niña y la adolescente, puede debutar como un sangrado vaginal.

Un sangrado vaginal en una niña lactante o preescolar es raro, y si llega a presentarse, no debemos dejar pasar por alto la posibilidad de un rabdomyosarcoma. Siempre debe palparse con mucha atención el abdomen y la pelvis, solicitando el examen por ginecología y un ultrasonido abdomino-pélvico.

Un sangrado vaginal que tenga alguna característica anormal en cuanto a su cantidad, características o periodicidad en una adolescente, amerita todo el estudio propio del sangrado uterino disfuncional (anovulatorio), y en este caso, los estudios ordenados (entre los cuales está el examen ginecológico, y el ultrasonido) darían la señal de alarma si nos encontramos con una masa uterina o vaginal, en cuyo caso el paso a seguir sería la biopsia. (ver capítulo 7. Trastornos de la Menstruación.)

El tratamiento de los rabdomyosarcomas es la quimioterapia, acompañándose según el caso de cirugía conservadora y/o radioterapia.

b Adenocarcinoma de células claras: Aparece generalmente durante la adolescencia tardía (18-20 años). Intimamente relacionados con la ingestión por la madre de la adolescente de Dietilestilbestrol (DES) durante la gestación.

C. Tumores del Útero:

Durante la niñez y la adolescencia son extremadamente raros.

1. Benignos:

- a Pólipos cervicales
- b Pólipos endometriales
- c Leiomiomas

2. **Malignos:**

a Neoplasia intraepitelial cervical:

Tiene el mismo manejo de la paciente adulta. (Ver normas de Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Premalignas del Cuello Uterino).

b Tumores Malignos: Son extremadamente raros en este grupo de edad.

c Rabdomyosarcoma: es el más frecuente y ocurre en la adolescencia, su manejo como se mencionó, es quimioterapia y en algunos casos cirugía y/o radioterapia.

d Descripción de las características clínicas y localización anatómica del tumor

e Exámenes complementarios selectivos:

- Ultrasonografía pélvica vs. transvaginal
- Examen bajo anestesia
- Examen endoscópico abdominal/vaginal
- Cariotipo
- Marcadores tumorales (alfa feto proteína, gonadotropina coriónica subunidad beta, deshidrogenasa láctica, CA 125)
- Rx simple de abdomen si se sospecha un teratoma y radiografía de tórax
- Exámenes de laboratorio generales

D Tumores del ovario:

60% son germinales.

1. **Benignos:**

a Teratoma maduro: más frecuente quístico

b Quistes funcionales

c Cistoadenoma

d Endometrioma

2. **Malignos:**

a Disgerminomas en adolescentes: puede ser bilateral.

b Tumor del seno endodérmico

c Teratoma inmaduro

d Carcinoma embrionario

e Coriocarcinoma

f Linfoma

3. **Diagnóstico de los tumores de ovario**

Investigación diagnóstica similar que en la mujer adulta

a Anamnesis

b Examen físico completo

c Examen ginecológico: Inspección, tacto rectal unidigital y vaginal si la paciente inició vida sexual

Nota: Recordemos que los tumores ováricos en las niñas se presentan como masas pélvicas abdominales, que pueden acompañarse de ascitis. La historia clínica, el examen físico y muy especialmente el ultrasonido, nos orientarán en cuanto a la naturaleza de la masa. El ultrasonido abdominal y la radiografía de tórax pueden ser muy importantes como estudios de extensión. Toda masa ovárica debe ser referida sin dilación a consulta ginecológica-pediátrica, preferiblemente hospitalaria para diagnóstico definitivo y tratamiento específico.

En cuanto a los marcadores tumorales, los mismos son muy importantes tanto para el diagnóstico como para la monitorización de tratamiento y seguimiento de los tumores germinales productores de alfa feto proteína y gonadotropina coriónica subunidad beta; es decir para tumores como el de seno endodérmico, coriocarcinoma, carcinoma embrionario y tumores germinales mixtos.

Dentro de los diagnósticos diferenciales de los tumores germinales, se encuentra la gestación. Como lo describe la literatura, podría llegar a la consulta una paciente adolescente, con aumento del abdomen, amenorrea y elevación de la gonadotropina: datos que harían pensar en un embarazo y que sin embargo son parte de la clínica de los tumores germinales

productores de gonadotrofinas. El ultrasonido es esencial en estos casos.

4. Tratamiento de los Tumores ováricos: Cirugía es de elección

- a **Benignos:** Máxima cirugía conservadora (quistectomía vs ooforectomía solamente).
- b **Maligos: Referir** a tercer nivel de atención. En caso de intervenciones quirúrgicas de urgencia tratar de ser lo más conservador posible (salpingo-ooforectomía unilateral con preservación de útero y ovario contra lateral).
- c En el caso de un tumor maligno, el ovario contra lateral debe examinarse y tomarle biopsia en caso de aspecto patológico; debe realizarse la citología del líquido en cavidad pélvica. Es importante la extirpación de cualquier adenomegalia sospechosa, especialmente en las cadenas ilíacas, revisar vísceras, omento, tomando biopsia de cualquier área sospechosa de implante tumoral, y redactar un protocolo quirúrgico sumamente descriptivo y detallado, ya que el estadiaje y el futuro manejo y por tanto el pronóstico de esta paciente, dependerán en gran medida de los hallazgos quirúrgicos.
- d En caso de disgenesia gonadal demostrada por cariotipo con cromosoma Y presente, está indicado realizar ooforectomía bilateral con conservación de útero, ya que estos tumores pueden malignizarse.

Además de la cirugía, la quimioterapia ha demostrado ser altamente eficaz como tratamiento adyuvante y en aquellos casos de recurrencia tumoral. La sobrevida hoy en día es excelente para este tipo de tumores en etapas tempranas. La radioterapia juega un papel importante en casos muy seleccionados.

E. Tumores testiculares:

Cuando en un niño se presenta una masa testicular dura, que no transilumina, y que suele ser no dolorosa, debe pensarse en los siguientes diagnósticos:

1. Tumor de seno endodérmico
2. Rabdomiosarcoma paratesticular
3. Linfoma
4. Infiltración testicular por leucemia
5. Lipoma
6. Fibroma

En el caso del niño con una masa dura en un testículo, es importante recordar que es lo que NO se debe hacer: nunca se debe puncionar, ni abordar transescrotalmente, ya que al contaminarse el escroto, aumentamos el estadio del tumor por la posibilidad de un compromiso a través de la irrigación linfática hacia la pelvis.

Los tumores testiculares se abordarán por vía inguinal alta. Todo tumor testicular en un niño requiere de evaluación por un urólogo o un cirujano pediátrico. Los niños con infiltración linfomatosa o leucémica a un testículo, usualmente ya tienen ganglios afectados, una biometría hemática alterada, o bien, se ha hecho su diagnóstico por el aspirado de médula ósea.

Los lipomas y fibromas son entidades benignas, inusuales en la región paratesticular, y a cuyo diagnóstico sólo se llegará por el examen histopatológico.

CAPÍTULO 3. INFECCIONES GENITALES EN LA INFANCIA Y PREMENARQUIA

I. Definición

Las infecciones genitales en la infancia y en la premenarquia, constituyen un problema frecuente, variando entre 60 y 80 % según diferentes autores. En la recién nacida y en la primera infancia, la vulvitis es una entidad primaria que excepcionalmente se acompaña de vaginitis secundaria, localizada exclusivamente en la región proximal de vagina.

A finales de la segunda infancia y en la premenárquica la vaginitis se torna una entidad primaria con vulvitis secundaria.

II. Anatomía y Fisiología

Para comprender algunas de estas entidades debemos conocer algunas características que exhibe en esta etapa el tracto genital inferior.

La vagina de la recién nacida es estéril con un pH de 5-5.7, epitelio pluriestratificado y alto contenido de glucógeno pero después de las 24 horas adquiere una flora mixta no patógena. Luego de 48-72 horas, las hormonas de la madre inducen el depósito de glucógeno en el epitelio vaginal lo que facilita el crecimiento de lactobacilos que producen ácido láctico y peróxido de hidrogeno por lo que la flora se semejará entonces a la de la mujer adulta. Posteriormente estas hormonas transferidas se excretan desapareciendo esta flora haciéndose el pH nuevamente alcalino.

Alrededor de los 20 días el epitelio vaginal reduce su espesor, el pH se eleva apareciendo una flora mixta que desplaza al lactobacilo.

Esta flora normal ejerce una acción de barrera protectora para impedir infecciones y su regulación depende de variables en equilibrio, llámese hormonas, edad y características anatómicas.

Otra característica es que anatómicamente, el periné es corto en la niña, alargándose por efecto de la menarquia. Es por ello que las infecciones en su gran mayoría pueden provenir del ano.

En las niñas se encuentra la misma flora que en la mujer adulta pero se modifica su concentración, por ejemplo el *Lactobacillus* que requiere de un epitelio estrogenizado, sólo está presente en bajo porcentaje.

La *Gardnerella vaginalis* no se considera flora normal en la niña, aún en bajas concentraciones y se indica tratamiento.

III. Clasificación

A. Fisiológicas:

Leucorrea fisiológica de la recién nacida
Leucorrea fisiológica de la perimenarca

B. Inespecíficas:

Bacterianas a flora mixta
Bacterianas a flora única
Bacterianas secundarias a cuerpo extraño
Bacterianas secundarias a oxiuros

C. Específicas:

Bacterianas, espiroquetas, protozoarios, metazoarios, clamidias, hongos, micoplasmas, virus.

IV. Evaluación y Manejo de las Infecciones Genitales en la Infancia y Premenarquia

Principales factores predisponentes de vulvovaginitis en niñas	
Los factores predisponentes a las infecciones vaginales en niñas están vinculados a la disminución de los mecanismos fisiológicos de defensa. Los principales son:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pobre aseo genito- anal, (rascado con uñas contaminada). 2. Parasitosis (oxiuros más frecuentemente) 3. Incontinencia urinaria o fecal, enuresis 4. Uso de antibióticos 5. Alergenos 6. Abuso sexual, agresiones sexuales. 7. Obesidad 	
Historia Clínica	
A. Investigar sobre:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aseo del personal encargado de las niñas 2. Limpieza adecuada del área de baño de la niña 3. Hábitos de baño de la niña (de inmersión, ducha, esponja, toalla) 	
B. Higiene post-defecatoria (papel higiénico, toalla, bidet).	
C. Ropa interior y su lavado (tipo de detergente).	
D. Infecciones previas vaginales u otras.	
E. Posibilidad de cuerpos extraños.	
F. Infecciones de padres o persona a cargo.	
G. Antecedentes de parasitosis	
H. Uso de antibióticos o estrogenoterapia en la niña.	
I. Hábitos de reconocimiento o masturbatorio.	
J. Traumas genitales y / o sospecha de abuso sexual. En estos casos el manejo debe ser por equipo interdisciplinario.	
(Ver Normas de Violencia intrafamiliar)	
Signos y Síntomas	
A. Flujo vaginal (características).	
B. Prurito vulvar, erosiones, edema. El prurito y el aumento de la coloración son los síntomas más frecuentes.	
C. Vulvitis	
D. Sangrado	

Nota: En caso de que se observe gran cantidad de secreción vaginal, sospechar la presencia de cuerpo extraño y referir a un nivel superior de atención.

Examen Físico

A. Adecuada visualización (con buena fuente de luz).

B. Evaluar olor especial, características de la secreción, evaluar si hay vulvitis sola ó con vaginitis.

Nota: Al momento del examen de una infante o niña prepúber, la madre debe estar acompañando a la paciente. (Factor psicológico y legal). La vaginoscopía se efectuará en casos excepcionales. Es obligatorio informar sobre el procedimiento y obtener el consentimiento informado por escrito si se realiza una intervención.

Laboratorios y exámenes de gabinete

Toma de secreciones con hisopo estéril y enviar al laboratorio en un envase con salina estéril para suspensión por candida o tricomonas.

Uso del método de cinta adhesiva para descartar larvas de Enterobius vermiculares en vulva y/ reg. Anal (Colección temprano en la mañana).

Frotis por Gram, cultivo y antibiograma.

Hemograma Completo

Glicemia en ayunas (en caso de vulvitis micótica a repetición sospechar Diabetes juvenil).

Heces por parásitos

Urinalisis

Ante la sospecha de un cuerpo extraño se puede indicar ultrasonido o radiografía pélvica

NOTA:

En caso de vulvitis a repetición referir a un nivel superior. Pensar en cuerpo extraño y en posibilidad de abuso sexual.

En caso que algun resultado nos haga sospechar I.T.S. ver capítulo 11 de estas normas y las normas de violencia intrafamiliar.

Tratamiento

Esta en estrecha relación con la causa que lo provoco, en el 80 -85 % de los casos, responden a una causa bacteriana inespecífica, que se resuelven con cambios de hábitos higiénicos y educación sanitaria. Las que persisten a pesar del cumplimiento de las recomendaciones, se les trata de acuerdo al estudio bacteriológico y/o estudios complementarios.

A. Tratamiento sintomático y antipruriginoso vulvar

1. Anestésicos locales:	2. Lesiones húmedas:	Lesiones Secas
a. Xilocaína jalea b. Pasta al agua + benzocaína 50%	a. Agua blanca del Codex al 1% Pasta Lazar Oxido de zinc 25g Almidón 25g Vaselina 25 g Pasta al agua Glicerina 25% Agua destilada 25% Talco 25% Oxido de zinc 25%	a Antibióticos (cremas) b Antimicóticos (cremas) c Corticoides (cremas) d Cicatrizantes (cremas)

B. Tratamiento según etiología	
Etiología	Tratamiento
Vaginosis Bacteriana	1. Metronidazol 20mg/Kg/día, V.Obid./ 7 días. Alternativa: metronidazol dosis única 2g V.O.
Tricomoniasis Vaginal	2. Metronidazol 40mg/Kg./día una dosis (máx. 2g.)
Candidiasis	3. Nistatina 100.000 U c/6 horas V.O 7 días ó ketoconazol 200mg-400mg/ día V.O 7 días ó fluconazol 50mg / día por 7 días.
Oxiuros Y Otras Parasitosis	4. Tratamiento antiparasitario con albendazol (dosis única) personal y familiar, asociar tratamiento local nocturno.

V. Seguimiento

Debe realizarse un control clínico y bacteriológico a los 30 días post tratamiento o menos de acuerdo a la severidad del caso.

Reforzar la orientación a padres, madres y cuidadores.
Indicar medidas higiénicas.

Ante una candidiasis a repetición, se recomienda sustituir la ropa interior y lavar la ropa con agua caliente y vinagre, para evitar reinfecciones.

Estudio de fuentes de contagio.

CAPÍTULO 4. INFECCIONES GENITALES EN LA ADOLESCENCIA

I. Introducción.

Las infecciones genitales se encuentran entre las tres primeras causas por las cuales los adolescentes acuden a la consulta. Aunque existe una incidencia mayor en aquellas que han iniciado actividad sexual, el número de consultas que día a día aumentan y las particularidades específicas de cada una, hacen que sean estudiadas en forma independiente.

Las causas y efectos serán por supuesto, diferentes en ambos grupos de esta población en mención, así tenemos que:

1. Las y los adolescentes sexualmente activos tendrán más predominio de infecciones de transmisión sexual. Las infecciones de transmisión sexual son de notificación obligatoria.
2. Las adolescentes no sexualmente activas, sufren de infecciones inespecíficas, causadas mayormente por desequilibrio de la flora vaginal normal, secundario a una agresión física, química o inmunológica, lo cual permite que gérmenes considerados habituales u oportunistas se conviertan en patógenos.
3. Las infecciones genitales incluyen a aquellas localizadas en el tracto genitourinario inferior pudiendo presentarse como uretritis, vulvovaginitis y cervicitis.
4. Los síntomas de uno y otro son similares lo que hace que generalmente sea difícil diferenciarlas, a lo que se suma que en no pocas ocasiones coincidan en el tiempo en un o una misma paciente

II Derechos de los adolescentes¹

1. El adolescente que acude a la consulta y solicita atención debe ser atendido esté o no acompañado de un adulto.
2. Es obligatoria la presencia de un personal de enfermería o un asistente de clínica que acompañe al médico, cuando se realiza el examen físico a un o una adolescente.
3. El proveedor de la atención debe procurar ganar la confianza del (a) adolescente y establecer claramente que la información que se comparte será confidencial, (a excepción del caso en que la ideación o las conductas manifestadas indiquen un riesgo vital para el paciente o para terceros).
4. La atención de los adolescentes debe ser integral e involucrar al equipo multidisciplinario.
5. El profesional de salud debe promover la buena comunicación y eventual intermediación entre los adolescentes y sus padres o tutores, siempre y cuando no viole el derecho de su paciente a la confidencialidad e inclinándose siempre por el interés superior del menor.
6. Los casos de adolescentes que declaren haber sido víctimas de violencia o abuso sexual, deberán ser debidamente registrados en los formularios establecidos y estos formularios sellados y firmados se remitirán al

¹ Respuesta de la Procuradora de la Administración a la Consulta sobre los derechos de los adolescentes a la atención en salud sexual y reproductiva.

Juzgado de la Niñez y la Adolescencia que corresponda.

III. Historia Clínica:

Es imperativo una buena evaluación clínica y estudios complementarios para el diagnóstico. La historia clínica debe incluir:

1. Conocer si ha iniciado o no actividad sexual.
2. Diferenciar entre patología urológica o vaginal
3. Determinar etiología para un tratamiento correcto.
4. Descartar vía ascendente de la infección
5. Si no existe correlación entre los síntomas y los hallazgos, debemos discernir si las molestias son funcionales o psicósomáticas.

A. Signos y Síntomas:

1. Disuria y / o polaquiuria, uretritis
2. Prurito o ardor genital
3. Dispareunia
4. Leucorrea, flujos vaginales, secreción uretral
5. Lesiones dermatológicas
6. Adenopatías
7. Alteraciones menstruales
8. Presencia de parásitos

B. Examen Físico:

El síntoma más común lo constituyen la leucorrea o la descarga uretral. Debe tomarse en cuenta que la secreción vaginal y la descarga uretral, incluso cuando no se compruebe infección, puede variar cuantitativa y cualitativamente.

Las causas más comunes de estas variaciones a considerar serían:

1. Cambios hormonales
2. Persistencia de ectopia cervical en las adolescentes.
3. Estimulaciones eróticas

C Estudios complementarios

1. Frotis de la secreción: suspensión por levaduras, tricomonas, Frotis de Gram por Gonorrea. Cultivo de la secreción. Ante un resultado positivo, Registro de sospecha de abuso sexual y reporte a Vigilancia Epidemiológica.
2. Prueba de cinta adhesiva buscando *Enterobius vermicularis*
3. Papanicolaou en adolescentes sexualmente activas.
4. Ultrasonido pélvico (si hay referencia de sangrado transvaginal y dolor sobre todo en las sexualmente activas)

IV. ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES GENITALES EN LA ADOLESCENCIA

A. INFECCIONES BACTERIANAS

1. VAGINOSIS BACTERIANA

Es una causa común de infección vaginal en usuarias en edad reproductiva, incluyendo las adolescentes. Se trata de una entidad polimicrobiana, distinguiéndose por anomalías sintomáticas de las secreciones vaginales, llevando a una proliferación resultante de anaerobios que son causantes del olor fétido característico de esta infección.

En general no produce un cuadro inflamatorio en la pared vaginal y conserva su color y su aspecto normal.

Los agentes etiológicos más comunes son: Gardnerella, Peptostreptococos, Bacteroides, Eubacterium y Mycoplasma.

Diagnóstico:

- Flujo vaginal blanco - grisáceo, con burbujas y olor desagradable a pescado.
- pH vaginal >4.5 medido con tira reactiva. Valores inferiores excluyen el diagnóstico. La recolección debe hacerse de vagina, no del cervix, en donde el pH es superior en condiciones normales.
- Prueba de aminas: Es positiva cuando, al combinar KOH al 10% con las secreciones vaginales se produce el típico olor a pescado podrido de las aminas.
- Células guía o indicadoras: son células epiteliales escamosa, observables por un frotis sencillo vaginal con tinción de Gram.
- Presencia de Gardnerella vaginalis, reportada en un frotis de Papanicolaou.

Tratamiento

- Medicamento de elección: Metronidazol 500mg V.O. c/ 12 horas por 7 días.
- Alternativas:
 - Metronidazol gel 0.75%, un aplicador lleno intravaginal cada noche x 5 días.
 - Clindamicina 300mg oral c/ 12 horas por 7 días.

Nota: En casos en donde exista actividad sexual el tratamiento debe incluir a la pareja.

2. SÍFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA

Es producida por el Treponema pallidum. La Sífilis primaria se adquiere por contacto

directo de secreciones durante el contacto sexual y la relación directa con lesiones ulcerosas de la piel y mucosas de personas infectadas. El período de incubación varía de 10 a 90 días después de la exposición.

Debe sospecharse abuso sexual en todo niño (a) o adolescente con Sífilis adquirida.

Diagnóstico

- Úlcera indolora perineal en labios vulvares o en el pene con ganglios blandos e indoloros que desaparecen en 2 a 6 semanas sin tratamiento.
- Posteriormente unas 6 semanas después, aparece una erupción cutánea papular rosada en manos, pies y mucosas con linfadenopatías generalizadas, fiebre, malestar general. (Sífilis secundaria).

Laboratorio

- VDRL, RPR, ART (Pruebas no treponémicas. Si son reactivas es seguida de una prueba treponémica.)
- FTA-ABS, MHA-TP (Pruebas treponémicas. Diagnóstico provisorio).
- Examen al microscopio de campo oscuro de las secreciones del fondo de las úlceras por presencia de treponemas. Pruebas de anticuerpos fluorescentes directos de exudado de las lesiones. (Diagnóstico confirmatorio).

Tratamiento de la Sífilis primaria, secundaria y latente temprana

El tratamiento no debe demorarse mientras se espera el resultado de las pruebas treponémicas en los pacientes sintomáticos o con alto riesgo de infección.

a Penicilina benzatínica 2.4 millones U i.m. Aplicar 1.2 millones U en cada glúteo.

b Alergia a la Penicilina: Doxiciclina 100 mg v.o. bid por 2 semanas o Tetraciclina 500 mg v.o. qid por 2 semanas.

c Embarazadas alérgicas a Penicilina: Si es posible se realizará desensibilización por personal experto y luego tratar con penicilina. La alternativa es dar Eritromicina 500 mg v.o. c/ 6hs por 15 días.

d Adolescente embarazada: Si es diagnosticada en el último trimestre debe darse tratamiento i.v. con Penicilina cristalina hasta el parto para tratar al feto.

La Tetraciclina no debe administrarse a niños menores de 9 años a menos que los beneficios sean mayores que el riesgo de coloración de los dientes.

2.4 Esquemas de tratamiento de la sífilis en niñas, pre-púberes y adolescentes.

GRUPO	CLÍNICA	ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO
Menores de 1 año	Secreción vaginal, sospecha de abuso sexual, VDRL + y/o treponema en campo oscuro y/o FTA-ABS +	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina G Benzatínica 50,000 U/Kg i.m. dosis única. Repartir en ambos glúteos. • Eritromicina 40 - 50 mg/Kg/día v.o. tid - qid por 14 días
Mayores de 1 año	Secreción vaginal, sospecha de abuso sexual, VDRL + y/o treponema en campo oscuro y/o FTA-ABS +	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina G Benzatínica 50,000 U/Kg i.m. cada semana por 3 semanas. Repartir en ambos glúteos • Ceftriaxona 125 mg i.m. dosis única • Eritromicina 40 - 50 mg/Kg/día v.o. tid - qid por 14 días
Mayores de 7 años	Idem.	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina G Benzatínica 50,000 U/Kg sin exceder 2.5 millones U • Eritromicina 500 mg v.o. c/6 h por 14 días • Doxiciclina 100 mg v.o. c/12h por 14 días • Doxiciclina 4 mg/Kg por día i.m. bid / 7 días
Adolescentes	Idem y/o pareja sexualmente activa con VDRL +	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina G Benzatínica 50,000 U/Kg sin exceder 2.5 Millones U • Ceftriaxona 125 mg - 2g i.m. dosis única • Doxiciclina 100 mg v.o. c/12 horas por 7 días • Tetraciclina 500 mg bid por 14 días • Espectinomomicina 2 g i.m. dosis única

3. GONORREA

Infección de transmisión sexual cuyo agente etiológico es la Neisseria gonorrea. Tiene un periodo de incubación de 2 - 8 días. La infección por Clamidia coexistente es frecuente.

Cuadro clínico

- El 70% de las pacientes femeninas son asintomáticas. Puede presentarse secreción vaginal o periuretral purulenta, expresión uretral purulenta, dolor al orinar.
- En varones produce dolor a la micción, secreción uretral purulenta.

Diagnóstico

- Presencia de diplococcos Gram negativos intracelulares en el exudado.
- Cultivo de Thayer Martin.

Tratamiento

En el 50% de los casos de uretritis gonocócica puede existir coinfección por Chlamidia Trachomatis. Por lo tanto el tratamiento debe dar cobertura para ambos microorganismos.

Ceftriaxona 250 mg IM dosis única

○

Cefixima 400 mg VO dosis única

○

Ciprofloxacina 500 mg VO dosis única

○

Ofloxacina 400 mg VO dosis única

○

Levofloxacina 250 mg VO dosis única

○

Espectinimicina 2 gr. IM dosis única

MAS

Tratamiento para Chlamidias si no se ha descartado.

B. INFECCIONES POR HONGOS

1. VULVOVAGINITIS MICÓTICA

Ocupa el primer lugar en la consulta. Vulvovaginitis cuyo agente etiológico principal es la Cándida albicans, sin embargo, en caso de resistencia, sospechar C. krusei, C. tropicalis, C. Glabrata. Se caracteriza por prurito vulvar, flujo vaginal espeso, blanco, ulceraciones y fisuras debido al rascado.

La Cándida tiene una relación de comensal con el organismo humano por lo que se puede aislar frecuentemente del tracto gastrointestinal.

Factores predisponentes

Existen situaciones especiales en donde este organismo se convierte en patógeno. Estas son:

- a. Tratamiento con antibióticos
- b. Embarazo
- c. Anticonceptivos orales, DIU
- d. Diabetes Mellitus
- e. Uso de corticoides
- f. Estrés.
- g. Cualquier mecanismo que irrite el tejido vaginal.

Cuadro Clínico

Prurito vulvar: a la evaluación, recordar que muchas veces existe erosión por el rascado. Flujo vaginal blanco, espeso, adherible a la mucosa vaginal. Vulvitis: eritema y edema.

Diagnóstico

- a. El diagnóstico es clínico.

- b. Se corrobora el diagnóstico clínico por Frotis con presencia de hifas o micelios al agregar KOH al 10% a la laminilla.
c. Reporte en PAP

1.3

Tratamiento:

Clotrimazol, Miconazol vaginal 200 mg al acostarse por 7 días.
Ketoconazol 200mg v.o. bid por 5 días en adolescentes.
Fluconazol 50 mg c/día v.o. x 3 días en niñas.

Frotis de la secreción vaginal por suspensión en Solución salina normal 0.9% , donde se reporta la presencia del flagelado.

Tratamiento: La pareja sexual debe ser tratada.

Metronidazol 2g dosis única oral ó 500mg c/12 horas por 7 días, v.o.
Metronidazol 20 mg/Kg/día VO por 7 días
Tinidazol forte 2 g v.o. en una toma.
Secnidazol 4 tabletas 500 mg repartidas en dos tomas.

C. INFECCIONES VAGINALES POR PROTOZOARIOS

1. VULVOVAGINITIS POR TRICOMONAS

La Tricomona es un protozoo flagelado y con frecuencia aparece relacionado a organismos como Gardnerella, Neisseria y Chlamydia.

En pacientes prepúberes la infección por Tricomoniasis se debe investigar por posible abuso sexual.

Cuadro clínico

Flujo vaginal blanco grisáceo sumamente espumoso. Con frecuencia se refiere que posteriormente se torna verde amarillenta. (Sospechar contaminación adicional con E. coli), cuya sintomatología aumenta post sangrado menstrual.

Puede observarse una vestibulitis eritematosa o una cervicitis con aspecto de manchas de fresa.
Diagnóstico

D. INFECCIONES POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS.

Producidas por un germen Gram negativo intracelular obligado, la Chlamydia trachomatis.

La prevalencia puede ser de un 2% hasta un 37% en adolescentes. Los adolescentes y adultos jóvenes sexualmente activos corren un riesgo muy alto de infección por Chlamydia trachomatis. Frecuentemente la infección es asintomática. El periodo de incubación es de 7 - 14 días.

En niños prepúberes que presentan infección vaginal, uretral o rectal por Clamidias debe considerarse la posibilidad de un abuso sexual.

Cuadro Clínico

- a. En pacientes femeninas los síntomas son escasos, congestión, irritación vulvovaginal y cervical, secreción escasa inespecífica muco purulenta. Cuello uterino que sangra fácilmente.
b. En varones síntomas de uretritis, epididimitis.

Diagnóstico

- a. Cuadro clínico
- b. Presencia de cuerpos de inclusión en la citología
- c. No se encuentra gonococo en el exudado.
- d. Aislamiento del microorganismo en cultivo tisular.
- e. Pruebas serológicas / inmunológicas

Tratamiento.

Régimen recomendado para niños con peso menor de 45 kg

Eritromicina base 50 mg/kg/día VO dividido QID por 14 días.

Régimen recomendado para niños > 8 años y >45 kg

Azitromicina 1 g VO dosis única

Régimen recomendado para niños >8 años

Azitromicina 1 g VO dosis única
O
Doxiciclina 100 mg VO BID x 7 días.

Las embarazadas no deben utilizar tetraciclinas. Si no toleran los macrólidos:

Amoxicilina 500 mg TID VO X 7 días

E. INFECCIONES POR VIRUS

1. HERPES GENITAL

Es producido por el herpes Simple tipo II en el 90% de los casos. Se transmite por vía sexual y se ha documentado la transmisión durante periodos sin lesión aparente.

Clínica

Aparece 1-7 días post contacto sexual de manera brusca con vulvitis aguda dolorosa, prurito, malestar general, adenopatía inguinal, vesículas en racimo, en ocasiones se acompaña de fiebre y / o síntomas urinarios.

Examen físico

Vulvitis eritematosa con presencia de vesículas que al reventarse producen úlceras que con frecuencia son reinfectantes.

Aparición de adenopatía inguinal. Este cuadro evoluciona a la remisión espontánea de 1-3 semanas. El virus permanece en las raíces nerviosas del ganglio con periodos de recurrencia con síntomas parecidos o de menor intensidad.

Diagnóstico

Clínico: La mayoría de las veces, el diagnóstico será clínico

Laboratorio: Se toma la muestra raspando la base de las lesiones cuyo frotis mostrará células multinucleadas gigantes con inclusiones intranucleares.

Serología: la presencia de IgG con control 15 días después y/o la positividad en una muestra de IgM para herpes.

Tratamiento

En primo infección: Aciclovir 200 mg 5 veces al día por 5 días o hasta que se produzca la

resolución. El uso tópico mejora grandemente los síntomas locales.

En casos severos referir a una institución de 3 nivel para manejo intrahospitalario.

En las recurrencias

Aciclovir 200mg 5 veces al día por 5 días.

Aciclovir tópico.

Tratamiento profiláctico en pacientes con recidivas frecuentes: Aciclovir 200 mg 5 veces al día hasta por 6 meses.

Se debe manejar como ITS y tratar a la pareja.

El manejo de las lesiones condilomatosas del cérvix en adolescentes será igual que el de la usuaria adulta. (Ver Normas de Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Preinvasoras del Cáncer del Cuello Uterino).

Tratamiento tópico local con ácido tricloacético (75% - 80%) o Podofilina (20%) (No usar Podofilina en adolescentes embarazadas).

Crioterapia

Aldara (Imiquimod)

3.

2. VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)

Las verrugas exofíticas genitales y anales son causadas por ciertos tipos de VPH que afectan la piel y las mucosas, frecuentemente los tipos 6 y 11. Otros serotipos, como el 16, 18 y 31 están asociados a la displasia y el carcinoma cervico uterino.

Clínica

Presencia de verrugas de aspecto de coliflor en el periné, vulva, vagina, cérvix, ano (o pene y escroto en el varón).

Diagnóstico

Clínico por observación de las lesiones.

Presencia de células llamadas coilocitos o células con halo perinuclear blanquecino, en el Papanicolaou

Tratamiento: Existen múltiples opciones terapéuticas según el sitio donde asienta la lesión (piel, mucosa y cérvix)

F.

3. VIH/SIDA

La infección comienza cuando el virus entra en la corriente sanguínea pudiendo quedar el paciente asintomático por años. El HIV se encuentra en todos los fluidos del cuerpo: sangre, semen, saliva, secreciones vaginales, lágrimas, leche materna, calostro.

El principal modo de transmisión es la actividad sexual heterosexual u homosexual. Otras maneras de transmisión son a través de jeringas y agujas contaminadas. La sangre y sus derivados también transmiten la infección.

Es importante destacar que el proveedor de salud que trata con adolescentes debe pensar en la posibilidad de que pueda presentar esta infección, por lo que es importante la consejería para la prevención de la misma.

En adolescentes con conductas o situaciones de riesgo, debe ordenar la prueba diagnóstica y de salir positiva, consultar las Normas de VIH/SIDA.

Toda adolescente con infección por el VPH se referirá a clínica de colposcopia (ginecología) para tratamiento. Los varones serán referidos a urología.

F. INFESTACION POR METAZOARIOS

1. PTYRUS PUBIS (LADILLA)

Es un parásito que manifiesta cierta predilección por las áreas velludas. Puede adquirirse por relaciones sexuales con personas infectadas o por el uso de ropa de cama contaminada. Principal síntoma es el prurito intenso en las áreas infestadas.

Diagnostico: Visión directa del parásito.

Tratamiento:

Hexacloruro de gamabenceno (Gamexol) loción cada noche por tres noches. Es importante lavar y hervir la ropa contaminada. Debe ofrecerse asesoría en hábitos de higiene.

CAPÍTULO 5. SANGRADO GENITAL EN LA INFANCIA Y PREMENARQUIA

I. Causas Fisiológicas de sangrado genital infantil.

A. NIÑAS RECIÉN NACIDAS:

Es un fenómeno fisiológico que aparece durante la primera semana de vida, tiene una duración de 2 a 5 días y se llama pseudo menstruación.

Se debe a la proliferación del endometrio por la acción de los estrógenos que la madre le ha transferido a través de la placenta, y es llamada crisis genital de la recién nacida. Ocurre por la descamación de las células uterinas hiperplásicas una vez que desaparece el efecto de las hormonas placentarias.

Se resuelve sola. **El manejo es meramente expectante. Las intervenciones van dirigidas a disminuir la ansiedad de los padres.**

B. MENARCA

Primera menstruación. Aparición a una edad cronológica promedio de 12.5 años, entre los estadios III y IV de desarrollo mamario y pubiano (Etapas de Tanner). (Ver Capítulo 6 sobre el desarrollo puberal normal).

II. Causas patológicas de sangrado genital sin desarrollo de caracteres sexuales secundarios.

A. CUERPO EXTRAÑO:

Etiología:

Debido a cualquier objeto cuya dimensión permita su introducción como presentarse genitorragia, escasa, oscura y fétida según la constitución del cuerpo extraño y el tiempo de permanencia de éste consecuencia de maniobras exploratorias por la curiosidad o por masturbación, en la vagina: arena, botones, canicas, fragmentos de juguetes, goma de mascar, hisopos de algodón, imperdibles, monedas, pastillas, papel higiénico, pelo, piedrecillas, semillas, uñas, uvas, etc.

Signos y síntomas:

Además del sangrado y dolor, puede aparecer una vulvitis secundaria.

Diagnóstico y Manejo:

En gran número de casos el objeto es radio-opaco y resalta en una radiografía simple de la pelvis. Otros se diagnostican mediante una ecografía. La vaginoscopia resulta diagnóstica y terapéutica, al igual que la ducha vaginal que arrastra el objeto al exterior. En la mayoría de los casos se requiere el uso de sedación o anestesia. Antibioticoterapia local o sistémica según criterio médico Derivar el caso a un especialista o a un centro de mayor complejidad.

B. INFECCIONES O INFESTACIONES:

Etiología:

Predominantemente por oxiuros y otros parásitos. (Además ver Capítulo 3. Infecciones genitales en la infancia y pre-menarquia).

Signos y síntomas:

Flujo sanguinolento maloliente o sangrado con o sin signos de vulvitis. Además de eritema perianal en algunos casos. Las vulvovaginitis de larga duración no tratadas, como las secundarias a infestación por oxiuros pueden revelar flujo sanguinolento.

Diagnóstico y Manejo:

Frotis con Solución salina normal y Tinción por Gram
Cultivo de flujo vaginal
Examen parasitológico completo (Prueba de la cinta adhesiva o scotch tape)
Vaginoscopía
Citología oncológica

El tratamiento específico de la causa resuelve el sangrado. (Ver Capítulo 3. Infecciones genitales en la infancia y pre-menarquia).

C. TRAUMATISMOS Y HERIDAS:

Etiología:

Caída a horcajadas
Accidentes de tránsito
Abuso sexual

En todos los casos se habrá de buscar signos de violencia en áreas extragenitales como mordaza, rasguños, equimosis, que evidencian abuso sexual. En estos casos corresponde la notificación e investigación (Ver capítulo 10. Abuso sexual en niños, niñas y adolescentes

Signos y síntomas:

Hematoma o edema de la región vulvar con hemorragia de intensidad variable. Si se presenta dolor abdominal hacer la investigación correspondiente.

Diagnóstico y manejo:

Vaginoscopía
Hemograma completo
Urinálisis, si se presenta disuria.
Radiografía de pelvis, ultrasonido, si el hematoma es grande.
Si la hemorragia es importante trasladar a un segundo o tercer nivel de atención.

D. OTRAS CAUSAS:

1. Prolapso de la mucosa uretral

El prolapso uretral se define como una protuberancia circular de tejido a través de la apertura uretral y que se cree que está causado por una escasa unión entre las capas musculares. Se asocia a infecciones bacterianas. El tratamiento es con antibióticos y antiinflamatorios.

2. Tumores del tracto genital

Se presentan como tumoraciones semejantes a un racimo de uva o a pólipo simple que emerge del orificio vaginal y/o hemorragia y/o tumor abdominal palpable. (Ver capítulo 2. Tumores del aparato reproductor en la infancia y en la niñez). Todas las pacientes se referirán al centro especializado correspondiente.

3. Lesiones vulvares

Liquen escleroatrófico

Consultan por prurito y sangran por la aparición de fisuras sanguinolentas por hemorragias subepiteliales.

Si hay duda clínica se solicitará estudio histopatológico. **Tratamiento:** Descartando la sobre infección bacteriana o micótica, cura con corticoides y crema de estrógenos. Consultar con Dermatología

a. Angiomas vulvares

Pueden ser planos o tuberosos. Consultan por complicación como ulceración o hemorragia. En general retrogradan espontáneamente entre 2 a 3 años, a no ser que se compliquen por lo cual se indica su referencia a Centro Especializado Oncológico.

b. Condilomas acuminados

Consultan por prurito, hemorragia y/o dolor por grietas en la base del condiloma. **Diagnóstico clínico.** (Ver capítulo 4. Infecciones genitales en la adolescencia) **Tratamiento:** Aplicación tópica con Podofilina al 20%, Acido Tricloroacético al 50%, Electrocauterización y crioterapia., Aldara (Imiquimod)

4. Parasitosis

Prurito vulvar, hemorragia vaginal con o sin halo perivulvar y perianal y/por signos de rascado. **Diagnóstico:** Examen parasitológico seriado con test de Graham Cultivo de flujo **Tratamiento:** Antiparasitarios. (Ver Capítulo 3. Infecciones genitales en la infancia y premenarquia).

5. Tumores ováricos funcionantes

(Ver Capítulo 6. Alteraciones de la pubertad)

Hemorragia vaginal sin telarca, sin pubarca con o sin palpación abdominal de tumor. Diagnóstico por ecografía pelviana, niveles de estradiol y gonadotropinas séricas, urocistograma.

6. Síndrome de McCune Albright

(Ver Capítulo 6. Alteraciones de la pubertad) Manchas café con leche, displasia poliostica fibrosa, precocidad sexual, hipertiroidismo, hipercortisolismo y acromegalia).

Hemorragia vaginal sin telarca, sin pubarca con o sin manchas café con leche con o sin dolores óseos. Pérdida de la visión por compresión del Nervio óptico, secuela de traumas. (Estudio de los campos visuales)

El Diagnóstico se complementa con Edad ósea, Centellograma óseo con Rx de huesos de las zonas hipercaptantes, urocistograma, niveles de gonadotropinas y estradiol sérico, pruebas de función tiroidea y cortisol.

7. Hemorragia vaginal sin causa definida

En algunas oportunidades no se encuentra la causa de la hemorragia.

- a. Citología
- b. Vaginoscopia
- c. Manejo expectante

8. Discrasias sanguíneas

Equimosis, petequias, rinorragia, hemorragia vaginal. Diagnóstico por medio de estudios hematológicos y tiempos de coagulación

III. Patológicas con desarrollo de caracteres sexuales secundarios

Etiología: (Ver capítulo 6. Alteraciones de la pubertad)

1. Estrógenos exógenos
2. Pubertad precoz
3. Tumores ováricos funcionales
4. Quistes foliculares

CAPÍTULO 6. ALTERACIONES DE LA PUBERTAD

I. Definición de Pubertad

La pubertad es el periodo durante el cual empiezan a desarrollarse los caracteres sexuales secundarios y se obtiene la capacidad de reproducción. Los cambios físicos que acompañan al desarrollo son el resultado directo o indirecto de la maduración del hipotálamo, la estimulación de los órganos sexuales y la secreción de esteroides sexuales.

II. Factores que afectan el inicio de la pubertad normal

- A. Genéticos
- B. Nutricionales
- C. Salud general
- D. Exposición a la luz
- E. Estado psicológico

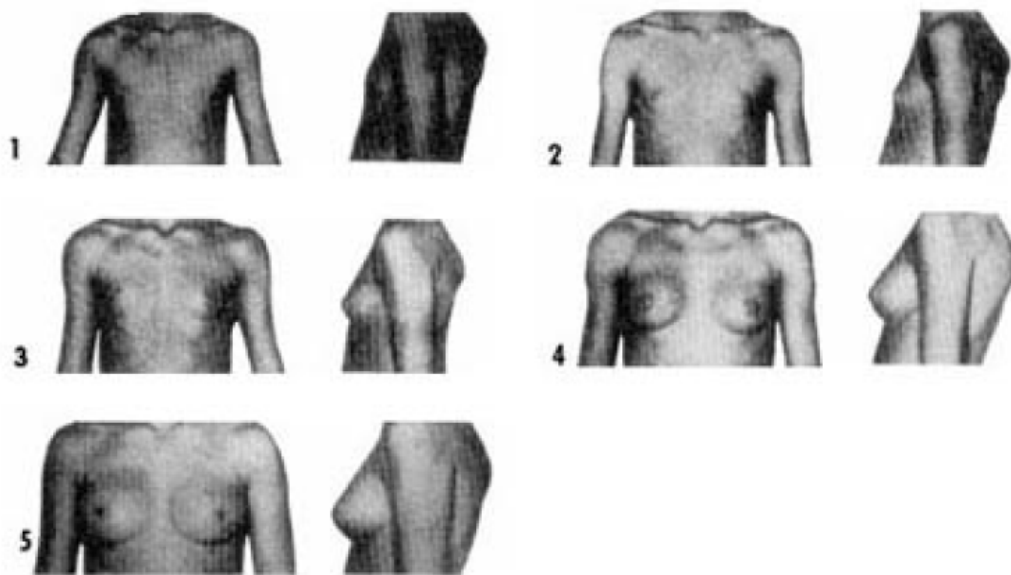
Los cambios físicos que acompañan a la pubertad se producen en una sucesión ordenada de eventos durante un tiempo definido más o menos de 4.5 años y pueden

ocurrir desde los 8.5 hasta los 16 años. Estos cambios son:

1. Crecimiento acelerado
2. Aparición de mamas (Telarca) entre los 7 ½ y los 12 años.
3. Aparición de vello púbico (Pubarca) entre los 7 ½ y los 13 años.
4. Máxima velocidad del crecimiento
5. Primera menstruación (Menarca)
6. Ovulación

III. Evaluación Clínica del desarrollo puberal.

Para evaluar el estado de desarrollo puberal se utilizan las tablas diseñadas por Tanner, quien dividió en 5 grados el desarrollo mamario, el de vello púbico y genital. Estas tablas son usadas universalmente y nos permiten una evaluación de la progresión puberal.



Grados de Tanner del desarrollo mamario:

La clasificación del desarrollo mamario no considera el tamaño ni forma de ella, puesto que estas características están determinadas por factores genéticos y nutricionales.

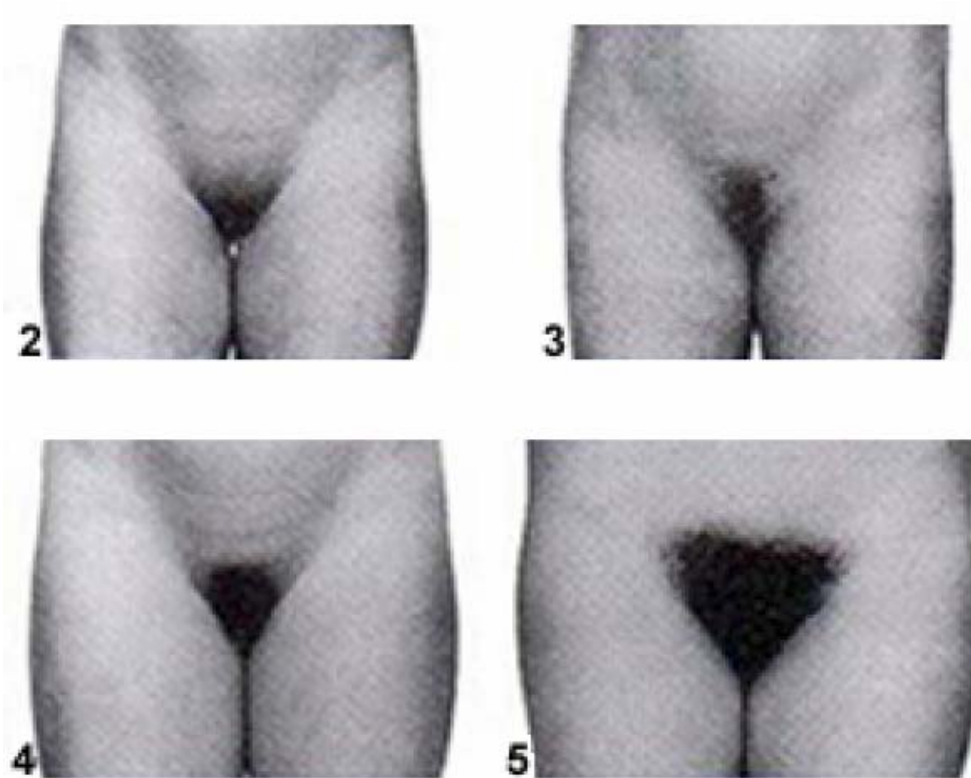
Grado I o prepuberal: No hay tejido mamario palpable, sólo el pezón protruye, la areola no está pigmentada.

Grado II: Se palpa tejido mamario bajo la areola sin sobrepasar ésta. Areola y pezón protruyen juntos, observándose además un aumento del diámetro areolar. Es la etapa del botón mamario.

Grado III: Se va a caracterizar por crecimiento de la mama y areola con pigmentación de ésta; el pezón ha aumentado de tamaño; la areola y la mama tienen un solo contorno.

Grado IV: Proyección del pezón y de la areola formando un montículo secundario por encima del nivel de la mama.

Grado V: Estado mamario maduro. Sólo proyección del pezón.



Grados de Tanner del desarrollo del vello pubiano en niñas:

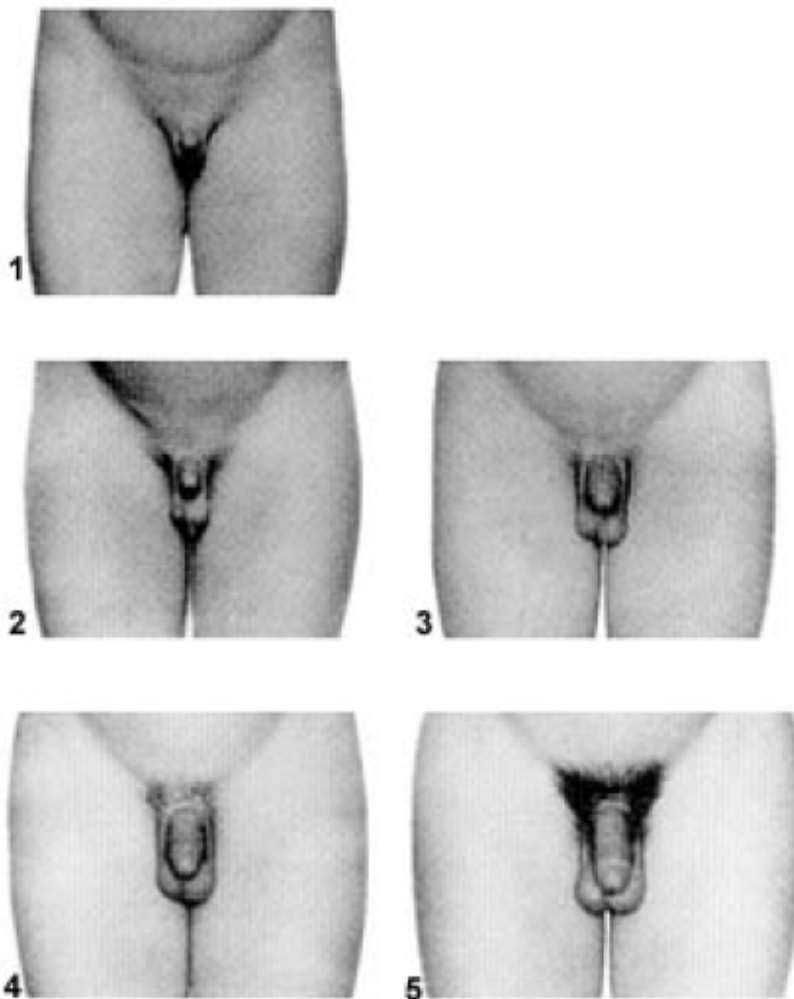
Grado I: Preadolescente; no se diferencia del abdominal.

Grado II: Vello suave, largo pigmentado, liso sobre los labios mayores.

Grado III: Vello más oscuro, áspero y rizado sobre la sínfisis pubis.

Grado IV: Vello de tipo adulto pero en un área menor.

Grado V: Vello de tipo adulto, distribución en triángulo invertido, extensión hacia la cara interna de los muslos



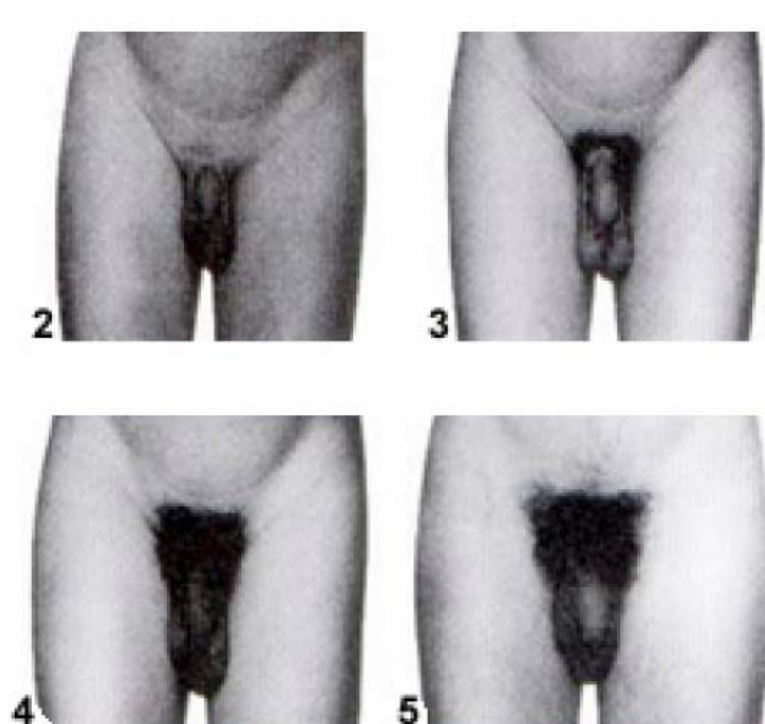
Desarrollo genital en el varón:

Grado I: Los testículos, escroto y pene tienen características infantiles.

Grado II: el pene no se modifica, mientras el escroto y los testículos aumentan ligeramente de tamaño; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura, haciéndose mas laxa; el testículo alcanza un tamaño superior a 2,5 cm en su eje mayor.

Grado III: Se caracteriza por testículos y escroto más desarrollados (testículos de 3,3 a 4 cm); el pene aumenta de grosor.

Grado V: Los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los del adulto, largo testicular mayor de 4,5 cm.



Grados de Tanner del desarrollo del vello pubiano en varones:

Grado I: Preadolescente; no se diferencia del abdominal.

Grado II: Vello suave, largo pigmentado, liso en la base del pene.

Grado III: Vello más oscuro, áspero y rizado sobre la sínfisis pubis.

Grado IV: Vello de tipo adulto pero sin extenderse al ombligo o muslos.

Grado V: Vello de tipo adulto, extensión hacia la cara interna de los muslos.
Posteriormente el vello se extiende hacia el ombligo; algunos autores lo consideran como un grado VI.

IV. Alteraciones del desarrollo puberal

A. PUBERTAD PRECOZ

Es el desarrollo puberal que se inicia antes de los 8.5 años. Se clasifica en pubertad precoz verdadera y pseudo pubertad precoz

Pubertad Precoz Verdadera:

Es de origen central con la activación prematura del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y se acompaña de aceleración del crecimiento y maduración esquelética.

Sus causas pueden ser: pubertad precoz constitucional (idiopática), neoplasias hipotalámicas (más común Hamartomas), malformaciones congénitas, procesos infiltrativos (Histiocitosis de células del tipo de Langerhans), después de radiaciones, traumatismos, infecciones (secuelas de meningitis o encefalitis), hipotiroidismo

Pseudo Pubertad Precoz:

Conocida como pubertad de origen periférico, la producción hormonal se da por acción de esteroides que no provienen de gónadas en maduración.

Su origen puede ser: Neoplasias secretoras de gonadotropinas, secretoras de estrógenos, secretoras de andrógenos, neoplasia suprarrenal congénita, neoplasias suprarrenales, hipersecreción gonadal autónoma, ingestión y absorción de estrógenos y andrógenos.

En 78% de los casos el desarrollo sexual precoz en la niña tiene como síntomas iniciales la aparición de mamas (telarca), en 12.5% la aparición de vello (pubarca) y en 9.5% ambos a la vez.

Ante una telarca prematura como único signo, los diagnósticos diferenciales son:

- a. Telarca precoz idiopática
- b. Estrógenos exógenos
- c. Tumor o quiste ovárico secretor de estrógenos
- d. Pubertad precoz

Ante una pubarca prematura como único signo, los diagnósticos diferenciales son:

- a. Pubarca precoz idiopática
- b. Andrógenos exógenos
- c. Hiperplasia suprarrenal congénita
- d. Pubertad precoz

Cuadro 1. Elementos diagnósticos, clínicos y de laboratorio en la telarca prematura

Criterio	Telarca precoz idiopática	Estrógenos exógenos	Tumor o quiste ovárico	Pubertad precoz
Talla	Normal o ligeramente elevada	Normal	Normal o ligeramente elevada	Elevada
Edad ósea	Normal o ligeramente elevada	Normal	Normal o ligeramente aumentada	Muy aumentada
Metrorragia concomitante	No	Frecuente	Muy frecuente	No inicial
Urocitograma	Normal o ligeramente estimulado	Muy estimulado (trófico)	Muy estimulado (trófico)	Moderadamente estimulado
Estradiol	Normal o ligeramente elevado	Variable	Muy elevado	Moderadamente elevado
Gonadotropinas (LH-RH)	Prepuberales	Prepuberales	Basales bajos-respuesta inhibida	Puberales

Cuadro 2. Elementos diagnósticos, clínicos y de laboratorio en la pubarca prematura

Criterios	Pubarca precoz idiopática	Andrógenos exógenos	Hiperplasia suprarrenal congénita	Tumor suprarrenal	Pubertad precoz
Talla	Normal o ligeramente elevada	Normal o ligeramente elevada	Elevada	Elevada	Elevada
Edad ósea	Normal o ligeramente aumentada	Acelerada	Acelerada	Acelerada	Acelerada
Signos de virilización	Ausentes	Variables	Variables	Presentes	Ausentes
Urocistograma	Atrófico	Atrófico	Atrófico	Atrófico	Trófico
17 –OH- progesterona sérica	Normales	Normales	Elevados	Normales	Normales
Testosterona sérica	Normal	Variable	Elevada	Elevada	Normal
DHAS sérica	Normal	Normal	Elevados	Muy elevados	Normal (puberal)

Estudios complementarios se indicarán según el diagnóstico o las sospechas clínicas:

- a. Radiografía de cráneo
- b. Tomografía computada cerebral (malformaciones, tumores)
- c. Ecografía pelviana (tumores y quistes ováricos)
- d. Ecografía hepatobiliar
- e. Pruebas tiroideas
- f. Vaginoscopía (con telescopio del histeroscopio si está disponible, si hay sangrado y especialmente si no hay desarrollo de características sexuales secundarias)

Tratamiento

El tratamiento en niñas con pubertad precoz se efectuará por un equipo con experiencia en esta patología, dado los efectos colaterales que producen estas drogas y la dificultad del manejo en ciertos casos.

Pubertad precoz central

- Análogos del GnRH
- Acetato de medroxiprogesterona de depósito (Si es pubertad y hay menstruación no detiene el crecimiento ni la maduración esquelética).

Pubertad precoz periférica

- Manejo de la causa subyacente

B. RETRASO PUBERAL, PUBERTAD RETARDADA O INTERRUMPIDA

Definición:

Ausencia completa o casi completa del desarrollo de caracteres sexuales secundarios a los 14 años o que no han experimentado la menarquia a los 16 años.

Puede presentarse como:

- a. Hipogonadismo o Infantilismo sexual
- b. Eugonadales: Con evidencia de función gonadal con diferentes grados de desarrollo sexual.

Clasificación I

Existen diferentes sistemas de clasificación de los cuales se presentan dos alternativas:

- A. Anomalías anatómicas de las vías genitales de salida
 - Obstrucción de la parte distal de las vías genitales
 - a. Himen imperforado
 - b. Tabique vaginal transversal
 - Disgenesia Mulleriana (Síndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser)
- B. Hipogonadismo hipergonadotrófico o Insuficiencia gonadal. (Hormona estimulante del folículo > 30 mUI/ml)
 - Disgenesia gonadal con estigma de Síndrome de Turner (46 X)
 - Disgenesia gonadal pura
 - Insuficiencia gonadal temprana con desarrollo ovárico aparentemente normal
- C. Hipogonadismo hipogonadotrópico (LH y FSH > 10 mUI/ml)
 1. Retraso constitucional
 2. Deficiencia aislada de Gonadotropina
 3. Relacionados con deficiencia de hormonas múltiples
 4. Neoplasias de la región hipotalamohipofisaria

5. Procesos infiltrativos (Histiocitosis de células de tipo Langerhans)
6. Después de radiaciones del sistema nervioso central
7. Enfermedades crónicas graves con malnutrición
8. Anorexia nerviosa y trastornos relacionados
9. Amenorrea hipotalámica grave (por Bulimia, dieta exagerada, medicamentos naturistas, etc.)
10. Fármacos antidopaminérgicos y que inhiben a la hormona gonadotropina (en especial agentes psicotrópicos, opiáceos)
11. Hipotiroidismo primario.

- Prolactina
- DHEAS
- Hormonas tiroideas

- e. Laboratorio Dinámico
 - Prueba de GnRH
 - Prueba de HCG (prueba de embarazo)
 - Prueba de privación de Progesterona
- f. Diagnóstico de imágenes
 - Ecografía ginecológica
 - Rx. Simple de silla turca
 - Determinación de edad ósea
 - TAC cerebral
 - USG de hígado, vías biliares y páncreas

Clasificación II.

1. Retraso Puberal Simple.
2. Hipogonadismo Hipogonadotrópico:
3. Hipogonadismo Hipergonadotrópico:
 - a. Congénito, como el síndrome de Turner (45 XO) o mosaicos (46 XX/45XO).
 - b. Adquirido, como castración quirúrgica, torsiones bilaterales, radioterapia, traumatismos, quimioterapia.

- g. Estudio visual (Ante sospecha de tumor cerebral)
 - Agudeza visual
 - Campimetría
 - Fondo de ojo

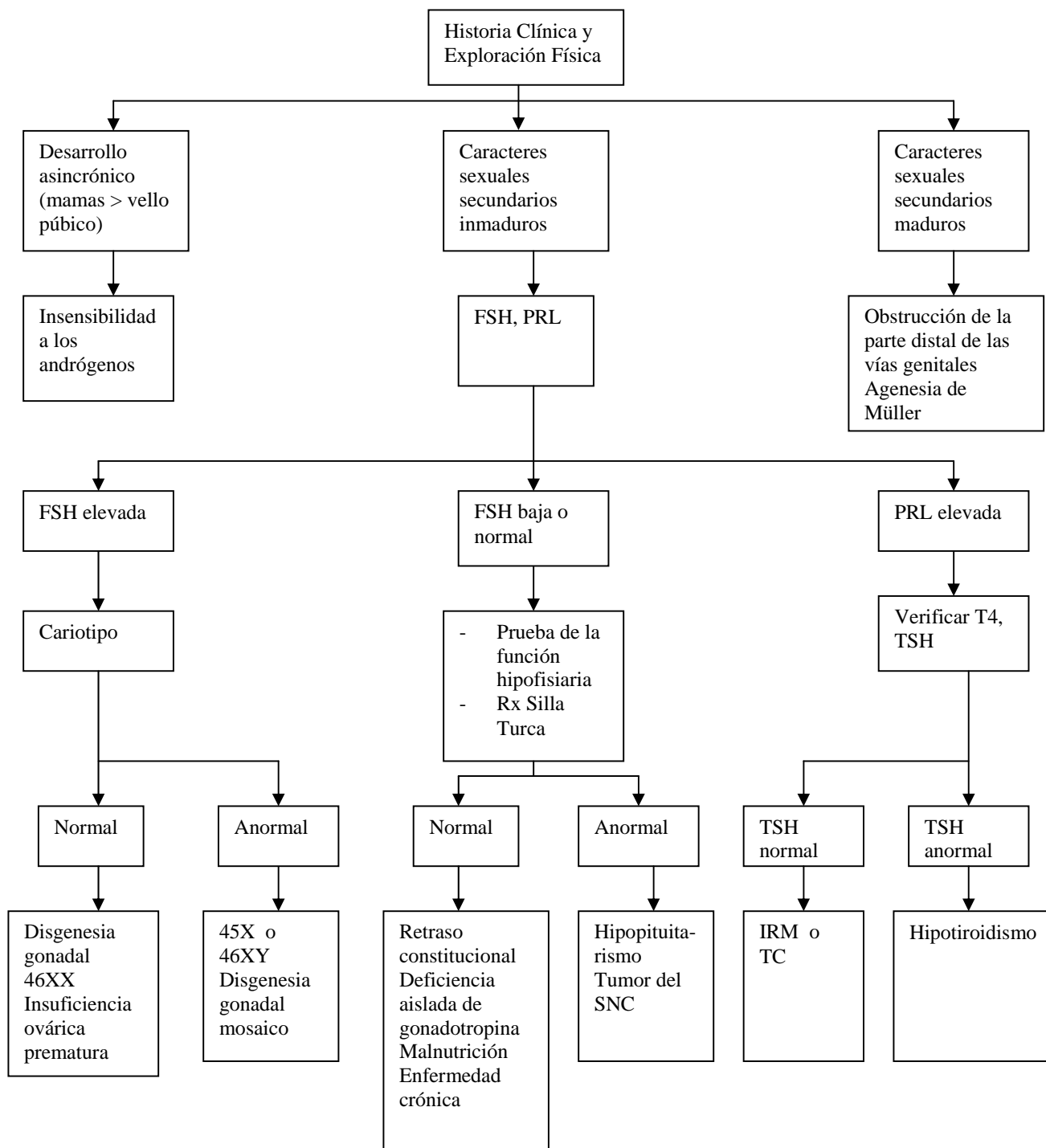
Exploración

- a. Historia clínica: Investigar cambios de peso, entrenamiento físico, dolores cíclicos, estrés, antecedentes familiares.
- b. Examen físico completo, incluyendo evaluación de caracteres sexuales secundarios, talla y peso.
- c. Cromatina sexual / Cariotipo (Asociado a amenorrea primaria)
- d. Laboratorio Basal
 - Gonadotrofinas
 - Esteroides sexuales

Tratamiento

- a. Retraso puberal simple
 - Control clínico
 - Apoyo psicológico
- b. Hipogonadismo hipogonadotrófico
 1. Etiológico
 - Farmacológico
 - Quirúrgico
 - Radiante
 2. Sustitutivo
- c. Hipogonadismo hipergonadotrófico
 - Sustitutivo
 - Quirúrgico

Cuadro 3. Manejo de la Pubertad Retardada



CAPÍTULO 7. TRASTORNOS DE LA MENSTRUACIÓN

I. FISILOGIA DE LA MENSTRUACION:

Para que sobrevenga la menstruación normal debe ocurrir una interacción hormonal compleja. El hipotálamo tiene que secretar hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) de manera pulsátil, la cual se encuentra modulada por neurotransmisores y hormonas. La GnRH estimula la secreción de hormona estimulante del folículo (FSH) y de hormona luteinizante (LH) desde la hipófisis, hormonas que promueven el desarrollo folicular ovárico y la ovulación.

El folículo ovárico con funcionamiento normal secreta estrógenos; después de la ovulación se convierte en cuerpo lúteo y secreta progesterona además de estrógenos. Estas hormonas estimulan el desarrollo endometrial. Si no sobreviene el embarazo disminuye la secreción de estrógenos y progesterona y hay sangrado por supresión de carácter cíclico con intervalos entre 21 y 35 días.

Si no son funcionales cualesquiera de los componentes (hipotálamo, hipófisis, ovario, vía de salida o mecanismo de retroalimentación) no habrá sangrado menstrual.

II. PATRONES DE HEMORRAGIA ANORMAL

- Amenorrea primaria: Aquella en la cual la

paciente nunca ha menstruado.

- Amenorrea secundaria: Ausencia de menstruación por 3 meses o más en una paciente que menstrúa normalmente.
- Menorragia o hipermenorrea: Sangrado uterino excesivo y prolongado en cantidad y flujo a intervalos regulares
- Hipomenorrea: flujo menstrual disminuido a intervalos regulares.
- Metrorragia: Sangrado uterino a intervalos irregulares por lo general no excesivo.
- Menometrorragia: episodios frecuentes, irregulares, excesivos y prolongados de sangrado uterino.
- Polimenorrea: episodios frecuentes y regulares de sangrado uterino a intervalos menores de 21 días.
- Oligomenorrea: episodios de sangrado irregulares, poco frecuentes, a intervalos mayores de 35 días.
- Hemorragia intermenstrual: episodios de sangrado uterino por lo general no excesivo, entre periodos menstruales regulares.
- Disfuncional: sangrado anormal sin afección orgánica ni enfermedad sistémica. Casi siempre es anovulatoria y un diagnóstico de exclusión.
- Sinusorragia: Sangrado postcoital

III. DISMENORREA

Las menstruaciones dolorosas, de intensidad y causa variable, son un muy frecuente motivo de consulta en las adolescentes. Su frecuencia va aumentando a medida que transcurren los meses luego de la menarquia.

Dismenorrea primaria

Asociada a la ovulación (acción de la progesterona y aumento en la producción endometrial de prostaglandinas). El dolor suele ser de tipo cólico, premenstrual e intramenstrual, difuso, bilateral, duración de pocas horas a días. En ocasiones se acompaña de cefaleas, tensión mamaria, náuseas, vómitos, diarreas, cambios psico-emocionales.

Dismenorrea secundaria

Asociada a lesión pelviana orgánica, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, adherencias, dispositivos intrauterinos, anomalías congénitas. El dolor no siempre relacionado a la menstruación, muchas veces post menstrual, con la relación sexual y puede ser progresivo.

Diagnóstico

- a. Anamnesis
- b. Examen genital y/o rectal
- c. Ecografía ginecológica
- d. Laparoscopia (PRN)

Tratamiento

La dismenorrea primaria y en ausencia de patología ginecológica es tratada con inhibidores de las prostaglandinas AINES:

- Ibuprofeno 400 mg c/8hs v.o. Iniciar tratamiento antes del inicio del dolor,

- Acido mefenámico 500 mg c/6 hrs v.o.
- Naproxeno sódico 550 mg c/6 hs v.o.
- Anticonceptivos orales
- Antiespasmódicos p. ej. methylbromuro de hioscina.

Si no responde a AINES o a los ACO:

- Laparoscopia (antes de considerar la administración de codeína)
- Agregar un medicamento con Codeína por 2 - 3 días durante la menstruación.
- Inhibidores de la prostaglandina + anticonceptivos orales

Dismenorrea secundaria. Según la patología ginecológica. Debe ser evaluada en servicio de Ginecología.

IV. SANGRADO UTERINO ANORMAL

A. Definición

Sangrado genital que proviene del útero, el cual se presenta de forma irregular.

B. Anamnesis

- Preguntar a las adolescentes cada cuanto ocurre, cuánto dura, si tiene coágulos, si tiene olor.
- Estimar el volumen y la severidad del sangrado preguntando por el número de toallas y/o tampones que se cambia, presencia de mareos o desmayos.
- Preguntar por presencia de dolor o flujo vaginal

C. CAUSAS ORGÁNICAS

1. Relacionadas con un embarazo

- a. Amenaza de aborto
- b. Embarazo ectópico
- c. Embarazo molar
 - Características que orientan el diagnóstico:
 - Retraso menstrual
 - Adolescente con vida sexual sin protección

2. No relacionadas con un embarazo

Alteraciones de la coagulación: Sangrados importantes desde la menarquia, petequias, equimosis fáciles

Hipotiroidismo, hipertiroidismo: Signos y síntomas propios del trastorno hormonal tiroideo y crecimiento de la tiroides

Infección uterina (Endometriosis): Historia de flujo vaginal e infección genital baja reciente tratada o no, malestar general, fiebre, dolor hipogástrico, sangrado escaso. Puede haber cervicitis

Traumatismo o lesión genital: Historia de traumatismo genital por accidente, intento de aborto ilegal.

Abuso sexual (Ver Capítulo 10. Abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.)

Tumoración benigna o maligna del útero, vagina, cuello o vulva: Presencia de tumoración uterina al examen o por ecografía. (Ver Normas de Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Preinvasoras del Cuello del Utero)

D. SANGRADO UTERINO DISFUNCIONAL.

Es la más frecuente en la adolescencia y está asociada a la inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal y a ciclos anovulatorios.

Característico del mismo es la ausencia de patología o causa evidente de sangrado.

1. Etiología:

El sangrado uterino se acompaña de anovulación, entre otras en la:

- a. Amenorrea fisiológica post menarquia.
- b. Enfermedad poliquística del ovario. Obesidad.
- c. Hiperandrogenismo.
- d. Enfermedad suprarrenal.
- e. Afección tiroidea.
- f. Ingestión de fármacos psicotrópicos
- g. Tumores de la hipófisis
- h. Disfunción hipotalámica por ejercicio excesivo
- i. Aumento o pérdida excesiva de peso.
- j. Estrés

2. Signos y Síntomas sugestivos:

En la exploración física, aunados a la hemorragia anormal, sugieren anovulación:

- a. Acné o hirsutismo (aumento de producción de testosterona)
- b. Galactorrea (tumor hipofisiario o fármacos psicotrópicos)
- c. Crecimiento de la tiroides.
- d. Equimosis (coagulopatías, afección hepática)
- e. Obesidad (enfermedad poliquística de ovario)
- f. Hiperpigmentación (enfermedad poliquística de ovario, afección suprarrenal)

Diagnóstico:

El diagnóstico de estos padecimientos es multidisciplinario y debe recurrirse al concurso del ginecólogo y pediatra.

Debe realizarse la anamnesis, historia familiar, padecimientos anteriores, historia actual.

Examen físico cuidadoso y completo.

Laboratorio: BH completo, determinación de hormonas: FSH, LH, estrógenos, prolactina, hormonas tiroideas, hormonas suprarrenales, 17 - OH Progesterona, DHEAS.

La menorragia aguda en una adolescente puede ser la primera manifestación de un trastorno primario de la coagulación y requiere un estudio hematológico.

Otros exámenes según el caso y criterio médico: radiografía del cráneo y de la silla turca, histerografía, estudios endoscópicos como histeroscopías, laparoscopías, Ecografías, CAT, Resonancia Magnética. Debe referirse a la paciente a un nivel superior para completar los estudios.

Tratamiento:

Episodios agudos:

1. Sangrado leve:

Sin repercusión anémica o hemodinámica y que solamente preocupa a la adolescente porque es irregular.

- Es importante la consejería. Se debe dar confianza a la adolescente, explicarle que se trata de un proceso de maduración de su ciclo hormonal que lleva un tiempo.
- Si la edad ginecológica es menor de un año puede no necesitar tratamiento.
- Si no mejora en 6 meses y la metrorragia

es leve comenzar tratamiento hormonal regulador. Acetato de medroxiprogesterona 5 - 10 mg v.o. durante los 5 - 10 últimos días del ciclo y mantenerlo por 6 meses hasta un año. Luego reevaluar el caso.

- En el caso que la adolescente necesite además prevenir un embarazo recomendar anticonceptivos de microdosis.

2. Sangrado moderado

- Dar consejería a la paciente.
- Píldoras anticonceptivas monofásicas con microdosis de estrógeno-progestágeno. P.ej. Levonorgestrel 150 mcg con etinilestradiol 30 mcg c/6 hs con disminución de la dosis por 20 días.
- Alternativa: Acetato de medroxiprogesterona 10 mg v.o. durante los 5 - 10 últimos días del ciclo por un mínimo de tres meses y reevaluar.
- Suplementación con hierro y/o dieta rica en hierro.

3. Sangrado importante:

Si existe repercusión hemodinámica, hospitalizar a la adolescente, reponer sangre si es necesario e iniciar tratamiento.

- Estrógeno conjugado intravenoso, 25 mg c/ 4 hs 3 - 4 dosis.
- Si no se cuenta con estrógenos inyectables, usar altas dosis de estrógeno oral o combinación de estrógeno/progesterona durante 7 - 10 días, o anticonceptivos orales 1 tbl 3 veces / día por 3 días, luego 2 tbl. / día por 2 días y bajar a 1 tbl / día.

Debe alertar a la adolescente que cuando termine de tomar la medicación tendrá un sangrado menstrual "normal".

- Continuar con anticonceptivos orales con 20 - 35 mcg de estrógeno o menos por un periodo mínimo de 6 meses.
- En caso de recidiva referir a un nivel de mayor complejidad para evaluación completa a fin de descartar discrasias sanguíneas u otras.
- En casos excepcionales en que la metrorragia no cesa con el tratamiento hormonal estaría indicado el curetaje.
- En todo caso en que la paciente no responda al tratamiento debe referirse a una instalación de mayor complejidad.

Control de recidivas:

1. Acetato de medroxiprogesterona, 10mg diarios los 10 últimos días de cada mes, o un anticonceptivo oral de dosis baja, durante 21 días del mes.
2. Los fármacos anti-inflamatorios no esteroides, como el naproxeno sódico, el ácido mefenámico y el ibuprofeno, son eficaces para reducir el sangrado menstrual hasta en un 50% de las pacientes regulares.

VI. AMENORREA PRIMARIA

La amenorrea no es en realidad una enfermedad sino un síntoma, una manifestación de otro trastorno. Se refiere a la ausencia de la menstruación a la edad de 16 años o ausencia del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios a la edad de 14 años.

Las causas pueden ser anatómicas, por anomalías congénitas asociadas a Disgenesias Mullerianas o Gonadales, por insuficiencia

ovárica, por alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-gónadas. (Ver capítulo 8. Trastornos de la diferenciación gonadal y Capítulo 9. Disgenesias Mullerianas)

Todos los casos deben referirse al especialista.

3. Diagnóstico de la amenorrea primaria

- a. Historia clínica y examen físico completo
 - Historia familiar de crecimiento y desarrollo sexual (edades de la menarquia de la madre, abuela, tías, hermanas)
 - Desarrollo de la adolescente en la niñez; aparición o no de caracteres sexuales secundarios.(Estadios de Tanner).
 - Síntomas de embarazo
 - Nivel de actividad física
 - Alteraciones emocionales
 - Estado nutricional
 - Medicaciones
 - Síntomas y signos asociados (cefaleas, trastornos visuales, palpitaciones, taquicardia, aumento del vello corporal, salida de leche por los pezones, dolores cíclicos).
- a. Ante presencia de buen desarrollo de los caracteres sexuales secundarios:
 - Descartar embarazo
 - Descartar anomalías genitales. Debe en primera instancia evaluarse la permeabilidad del tracto genital. Diagnóstico diferencial: Agenesia o hipoplasia de útero y agenesia vaginal (S. Rokitansky-Kuster-Hauser); Tabique transversal de vagina; Himen imperforado; Testículo feminizante (Insensibilidad a los andrógenos)
 - Exploración, ultrasonido, Laparoscopia, cariotipo

- b. Con evaluación normal realizar la prueba de la progesterona: 10 mg Acetato de Medroxiprogesterona v.o. por 10 días.
- c. Si la prueba de la progesterona es positiva útero y vagina normales, ovarios producen estrógenos.
- d. Si la prueba de la progesterona es negativa el trastorno puede ser a nivel de los ovarios, hipofisis o hipotálamo.
- e. Perfil hormonal (FSH, LH, Estradiol, Progesterona, Prolactina, pruebas Tiroideas).
- f. Ante la falta o escaso desarrollo de caracteres sexuales secundarios :
 - Prolactina elevada: Descartar adenoma hipofisiario, descartar hipotiroidismo primario.
 - Diagnóstico: Rx Silla Turca, CAT, Campo visual, TSH, T3, T4
- g. FSH y LH: Si las Gonadotropinas están elevadas el problema es ovárico, se trata de un Hipogonadismo Hipergonadotrófico. En una adolescente debe repetirse la prueba antes de diagnosticar falla ovárica.
 - Diagnóstico diferencial: Síndrome de Turner; Disgenesia gonadal pura; Ovario resistente (S. de Sauvage); Defecto de la 17-hidroxilasa; Enfermedades Autoinmunes; Proceso infeccioso infiltrativo.
 - Diagnóstico: Cariotipo; Laparoscopia con biopsia de ovario; Anticuerpos antiováricos.
- h. Si las Gonadotropinas están bajas, el problema es a nivel del sistema nervioso central, es decir se trata de un Hipogonadismo Hipogonadotrófico.
 - Diagnóstico diferencial: Alteraciones hipotalámicas; Insuficiencia hipofisiaria; Malnutrición; Enfermedades sistémicas o

psicogénicas; Síndrome virilizante suprarrenal, tumores del SNC; Tumores ováricos virilizantes.

- Diagnóstico: Edad ósea, Rx cráneo, campo visual, estudio de olfacción; Prolactina, Test GnRH.
 - Cariotipo: En falla ovárica para descartar patología genética, determinar presencia o ausencia de cromosoma Y por la posibilidad de degeneración maligna de la gónada.
- i. Si las Gonadotropinas son normales, se trata de un retardo puberal.

4. Tratamiento de amenorrea primaria:

- a. Las amenorreas primarias acompañadas de todas las formas de insuficiencia gonadal y de hipogonadismo hipergonadotrófico requieren tratamiento cíclico con estrógenos y progestágenos para iniciar su maduración, desarrollar y conservar los caracteres sexuales secundarios. La prevención de la osteoporosis y de las enfermedades cardíacas son beneficios adicionales de la terapia con estrógenos

b. **Hormonoterapia:**

1. Debe iniciarse con 0.625 mg/día de estrógenos conjugados o 1 mg de estradiol.
2. Se administraran los estrógenos durante 30 días cada mes, y se añadirá un progestágeno (acetato de medroxiprogesterona 5 a 10 mg) durante 12 a 14 días para prevenir la estimulación estrogénica sin oposición del endometrio y la mama o se administran anticonceptivos orales.
3. Como alternativa se recomienda el uso de anticonceptivos orales.
4. En ocasiones las mujeres con mosaicismo y tiras gonadales pueden ovular y concebir de manera espontánea o después de la

institución del tratamiento de restitución con estrógenos.

5. Si se confirma la presencia de deficiencia de 17 β -hidroxilasa, se instituye tratamiento con corticosteroides lo mismo que con estrógenos y progestágenos.

Referir para estudio y manejo en establecimiento de III Nivel o atención Pediátrica Especializada o con Genetista.

VII. AMENORREA SECUNDARIA

1. Definición: Supresión espontánea de la menstruación durante seis o más ciclos menstruales, luego de haber menstruado regular o irregularmente desde la menarquia.

2. Etiología:

Embarazo, Anovulación crónica debida a trastornos del eje Hipotálamo-hipófisis-ovario, falla en los mecanismos de retroalimentación, alteraciones endocrinas, metabólicas o inmunológicas; falla uterina y/o endometrial.

3. Diagnóstico de la amenorrea secundaria

a. Historia clínica y examen físico:

Historia familiar menstrual, historia menstrual, en caso de amenorrea secundaria se debe descartar en primer lugar un embarazo. Tipo de dieta, estado nutricional, trastornos alimentarios (anorexia, bulimia). Nivel de actividad física (atletismo, competencias de alto nivel). Alteraciones emocionales (conflictos familiares, escolares). Medicación, uso de hormonas. Síntomas y signos asociados (cefaleas, trastornos visuales, palpitaciones, taquicardia, hirsutismo, galactorrea).

b. Prueba de privación progestacional con 10 mg diarios de acetato de medroxiprogesterona por 5 - 10 días.

c. Si los niveles de estrógeno son adecuados se desencadenará un sangrado de 2 a 7 días después. En este caso la causa de la amenorrea es la anovulación.

d. Si no hay sangrado, es necesario descartar si la amenorrea se debe a deficiencia de estrógenos o a otras causas ováricas o del sistema nervioso central.

e. Administrar 0.625 de estrógenos conjugados o 1 mg de estradiol por 21 días seguidos de 5 a 10 mg de acetato de medroxiprogesterona por 5 días.

f. Realizar Prolactina sérica: Puede dar niveles normales o elevados. Si éstos son mayores de 100 ng/ml se debe descartar tumores hipofisarios con estudios especializados. (CAT)

g. TSH (Hormona estimuladora de la Tiroides): Si se encuentra elevada puede existir un hipotiroidismo subclínico, causa rara de amenorrea, de tratamiento sencillo y buen pronóstico.

h. Si no hay sangrado con la prueba de privación con estrógenos y progesterona, el problema es a nivel de los órganos efectores (falla uterina o endometrial).

i. Descartada una enfermedad ginecológica investigar por Diabetes, Hipotiroidismo, Tuberculosis, enfermedad de Cröhn, Desnutrición, Trastornos neurológicos, hiperandrogenismo.

a. Manejo de la amenorrea secundaria

a. Si la adolescente responde a la prueba de Progesterona deberá observarse la evolución posterior de la paciente.

- La consejería y orientación a la paciente es importante.
- Actitud y manejo expectante de acuerdo a la edad de la adolescente.

- Como alternativa: Acetato de medroxiprogesterona 5 - 10 mg por 5 - 10 días cada mes o
 - Iniciar anticonceptivos orales de baja dosis
- b. En casos de anovulación se aplicarán las medidas terapéuticas específicas respectivas de acuerdo a la etiología: malabsorción, pérdida de peso, anorexia nerviosa, amenorrea del ejercicio, neoplasias (craneofaringeomas, prolactinomas, germinomas) y enfermedades crónicas.

VIII. OLIGOMENORREA

Es muy frecuente causa de consulta en las adolescentes quienes presentan ciclos menstruales mayores de 35 días sin otra sintomatología asociada.

1. Causas y diagnósticos diferenciales:

- Disfunción fisiológica del eje hipotalámico-hipofisario-gonadal en los primeros años post menarquia.
- Síndrome de ovario poliquístico
- Falla ovárica prematura
- Otras alteraciones endócrinas (tiroideas, diabetes) (Referir a Endocrinólogo)
- Gran pérdida de peso o variaciones extremas de peso
- Desequilibrios emocionales, stress. (Referir a Psicólogo)

2. Manejo

- Manejo según la etiología.
- Siempre descartar un embarazo en adolescentes con vida sexual.
- Cuando la oligomenorrea persiste después de dos años, la evaluación y el tratamiento son semejantes a los de la amenorrea secundaria.

- Control de peso corporal. (Referir a Nutricionista).

IX. POLIMENORREA

Son ciclos regulares menores de 21 días.

1. Tratamiento

- Descartar diagnósticos diferenciales
- Informar a la adolescente sobre la causa y tranquilizarla a ella y su familia
- Analgésicos - antiespasmódicos
- Si se necesita prevenir un embarazo, anticonceptivos orales.

X. SINDROME PREMESTRUAL

1. Definición.

Es un conjunto de síntomas de tipo emocional y físico muy frecuente en las adolescentes que aparecen 48 a 72 horas antes de la menstruación y desaparecen 24 a 48 horas después del inicio de la misma, y sólo se da en pacientes con ciclos ovulatorios. Esta condición preocupa a la joven porque desconoce la causa y porque afecta su vida escolar, social y familiar. Se asocia frecuentemente con la dismenorrea.

2. Síntomas

Emocionales: Depresión, irritabilidad, fatiga, apetito inusual.

Físicos: Edemas, cefaleas, tensión mamaria, distensión abdominal, diarrea, estreñimiento, dolor en las piernas.

3. Causas

Hormonales: exceso de estrógenos, déficit de progestágenos
Déficit de piridoxina

Alteración del metabolismo de los glúcidos
Influencias socioculturales

4. Diagnóstico

Exclusivamente clínico.

5. Tratamiento

- Informar, tranquilizar y explicar a la adolescente el cuadro.
- Restricción de sal
- Diuréticos solamente con edemas importantes
- Ejercicio físico adecuado
- Piridoxina 50 a 200 mg /día v.o. (Vitamina B6) durante varios meses
- Progesterona en la segunda mitad del ciclo
- Referir a Psicólogo o Psiquiatra por sintomatología severa.

CAPÍTULO 8. TRASTORNOS DE LA DIFERENCIACIÓN GONADAL.

Las anomalías congénitas en la diferenciación gonadal usualmente se asocian a una anomalía de los cromosomas sexuales. Se traducen en la vida postnatal como entidades conocidas. Se caracterizan por una incongruencia entre el sexo cromosómico y el sexo gonadal, presentándose de manera esporádica o familiar.

Las disgenesias gonadales se asocian en la mayoría de los casos a aberraciones numéricas o estructurales de los cromosomas sexuales, sin embargo existen formas esporádicas o familiares en presencia de un complemento cromosómico normal.

A. RESUMEN DE LAS ALTERACIONES MÁS FRECUENTES EN LA DIFERENCIACIÓN GONADAL

DIAGNÓSTICO	GENOTIPO	FENOTIPO	CLINICA
S. Klinefelter	XXY	masculino	Azoospermia, Grados variables de ginecomastia
Varones XX	XX Ag H-Y +	Masculino, normales o hipoplásicos,	escaso desarrollo de caracteres sexuales secundarios
Anorquia (ausencia Congénita de testículos)	XY	Masculino	Criptorquidia bilateral
S. de Turner	XO	Femenino	Talla baja, cuello corto, genitales internos hipoplásicos
Mosaicos	XO/XX; XO/ XY	Femenino	Depende del grado del mosaico
Disgenesia gonadal pura	XX, XY	Femenino	Ver tabla
Disgenesia gonadal Mixta	XO/XY XY / cromosoma Y anormal)	Genitales ambiguos	Ver Tabla
Hermafrodita verdadero	XX (50%) XY XX/XY	Genitales ambiguos hematuria, ginecomastia.	Coexistencia de testículo y ovario. Modalidades: testículo de un lado y ovario del otro; ovotestis en ambos lados u ovotestis de un lado y ovario o testículo contralateral.

B. CLASIFICACIÓN.

Dependiendo del cariotipo se denominan: disgenesias gonadales pura XX ó XY. A pesar que el cuadro clínico, fenotípico, endocrinológico y características histológicas es similar en ambas, su etiología es diferente.

DISGENESIA GONADAL	GENOTIPO	FENOTIPO	CARACTERÍSTICA PREDOMINANTE.	ESTUDIOS Y MANEJO
PURA XX	46 XX se ha sugerido un patrón autosómico recesivo.	Amenorrea Estigmas Turner Genitales internos y externos femeninos	Talla baja, hipogonadismo-hipergonadotrófico. Estrías gonadales. Se asocia a sordera sensorio-neural.	Cariotipo sangre periférica Ultrasonido vaginal Laparoscopia diagnóstica
PURA XY	Mosaicos 46, XY Recesivo ligado al X, o autosómico recesivo limitado al sexo masculino.	Femenino con amenorrea y ausencia de caracteres secundarios	Talla normal ocasional cubitus valgo o clitoromegalia Estrías gonadales	Cariotipo sangre periférica. Laparoscopia o laparotomía y extirpar estrías (20.3% de tumores de cordones sexuales) Ag-HY negativo TERAPIA SUSTITUTIVA
MIXTA X0/XY XY (cromosoma Y anormal)	Mosaicos Cromosoma Y alterado (deleciones, isocromosomas) (Estudios de biología molecular)	Genitales ambiguos Testiculos bilaterales Derivados Mullerianos	Las niñas exhiben una madurez esquelética superior a los varones de la misma edad cronológica.	Extirpación quirúrgica, terapia hormonal sustitutiva, asesoría genética

C. EVALUACIÓN CLÍNICA

La exploración clínica y la anamnesis deberán dirigirse a los siguientes aspectos:

1. Evidencia de disfunción psicológica
2. Historia familiar de anomalías genéticas
3. Signos de algún problema físico que repercuta en el estado de nutrición, crecimiento y desarrollo normales.

D. MANEJO

Al evaluar un paciente en donde el examen físico presenta dudas de su anatomía genital normal o que presente alteraciones en su desarrollo físico (talla, ausencia de caracteres sexuales secundarios) referir a un tercer nivel de atención para manejo multidisciplinario (genética, pediatría, ginecología, endocrinología, urología, psicología, paidopsiquiatría)

CAPÍTULO 9. DISGENESIAS MULLERIANAS.

I. Definición:

Constituyen un grupo de alteraciones anatómicas que pueden incluir el útero, trompas, cérvix, vagina e introito vaginal.

Algunas de estas alteraciones permanecen asintomáticas poniéndose en evidencia durante la pubertad o edad adulta cuando se produce o se desea un embarazo.

La mayoría de las alteraciones Mullerianas comprometen en mayor o menor grado la reproducción. Cuando se produce un embarazo, éstos cursan frecuentemente con abortos.

Además deben tenerse en cuenta en caso de abdomen agudo quirúrgico en adolescentes y ante la presencia de masas pélvicas en estudio, pues pueden producir hematomas o hematocolpos de gran volumen.

II. Etiología:

La etiología de las malformaciones Mullerianas es de carácter multifactorial y genético.

En los embriones hembras no se produce el factor inhibidor de los conductos de Muller, que trabaja activamente en el varón y los conductos genitales se desarrollan en sentido femenino y de manera pasiva.

Los conductos Mullerianos (paramesonérficos) se originan en la sexta semana de desarrollo embrionario como una condensación del mesotelio celómico a ambos lados de la cresta urogenital. Los conductos crecen caudal y

medialmente extendiéndose hacia el seno urogenital al final de la octava semana. Al ocurrir esta unión con el seno urogenital se forma el tubérculo Mulleriano.

De la fusión de ambos conductos Mullerianos en la línea media se forma el primordio útero vaginal. Por reabsorción posterior del tabique entre los conductos se forman las trompas, el útero, cérvix y el tercio superior de vagina.

Una falla en la fusión o en la reabsorción del septum resulta en una variedad de malformaciones clínicas dependiendo de la gravedad del hecho. Mientras más temprana es la agresión en el embrión, más serias son las alteraciones.

La canalización de la vagina se completa hacia las 20 - 22 semanas del embarazo.

III. Incidencia:

La incidencia de estas anomalías se estima en 0.02 % de la población femenina

IV. Clasificación:

1. Agenesia.

Ausencia completa de útero y vagina. Síndrome de Rockytansky-Kuster-Hauser. Se asocia a anomalías esqueléticas y renales. En estas pacientes no se puede considerar la reproducción.

2. Problemas de fusión vertical.

a. Obstructivas.

El cuadro más sencillo es el himen imperforado. Hay tabiques transversos que se pueden presentar a todo lo largo de la vagina. Son más frecuentes en la mitad y tercio superior.

La ausencia congénita de cuello con útero funcional es la más difícil de tratar.

b. No obstructivas:

Septum transverso parcial

Septum con orificios pequeños.

3. Problemas de fusión lateral

a. Obstructivas. Se acompañan invariablemente de ausencia congénitas de riñón ipsilateral. Puede haber presencia de

útero unicorne asociado a cuerno rudimentario no comunicante con o sin endometrio funcional.

b. No obstructiva:

- Útero unicorne. Puede ser con cuerno rudimentario con cavidad endometrial comunicante y sin cavidad o sin cuerno rudimentario.

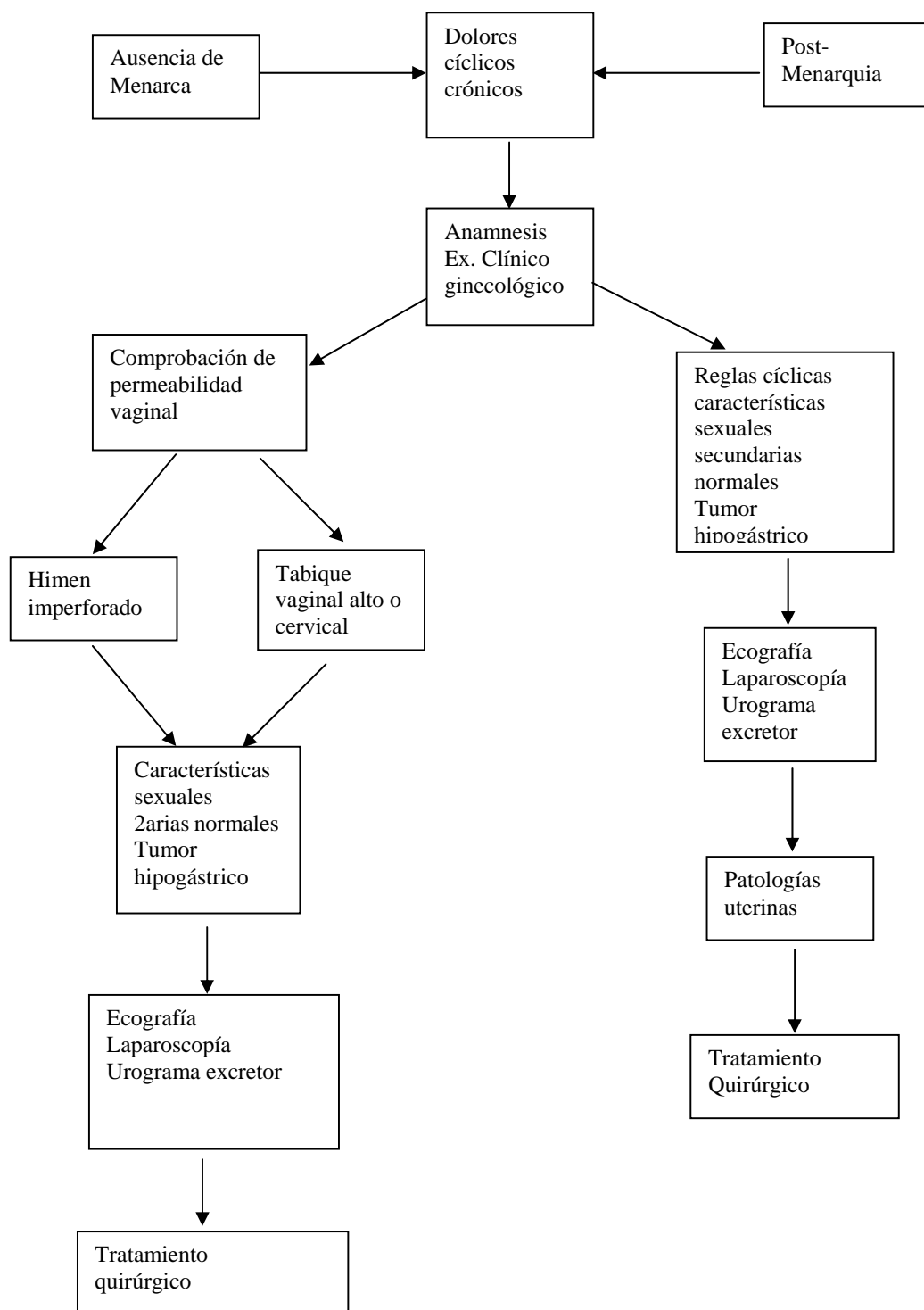
- Útero didelfo tabique medial en la vagina y dos hemiúteros a cada lado con función menstrual normal.

- Útero bicorne: completo hasta el orificio cervical interno, parcial o arqueado

- Útero tabicado: con tabique completo o incompleto.

- Útero con cambios luminales internos

V. EVALUACIÓN DE POSIBLES DISGENESIAS MULLERIANAS EN LA PUBERTAD



VI. Diagnóstico y Manejo:

1. Anamnesis completa
2. Evaluación por Ginecólogo y por Pediatra
3. Información y orientación a pacientes y familiares
4. Referencia al nivel de mayor complejidad
5. Evaluación por equipo multidisciplinario (Pediatra, Ginecólogo, Cirujano, Psicólogo)
6. Todas las pacientes que presentan anomalías sugestivas de diferenciación sexual deben ser referidas a Centros de Atención Especializadas.

Las anomalías más complejas deben ser manejadas por especialistas en ginecología y cirugía plástica.

En los casos de septum transversum pueden dar sintomatología desde la infancia a cualquier nivel que esté la obstrucción, pues se puede coleccionar secreción (Hidromucocolpos) y se presenta como una masa en hipogastrio que puede causar obstrucción urinaria. La terapia quirúrgica es efectiva por vía vaginal con remoción de la membrana.

Otras no dan síntomas hasta iniciada la menarca y los síntomas están asociados a la salida de flujo menstrual, se presenta como un cuadro de dolor cíclico crónico con o sin presencia de masa pélvicas por acúmulo de sangre (hematocolpos)

Cuando se presenta himen imperforado se realiza incisión en forma radial en el Salón de Operaciones.

Cuando no se ha desarrollado un segmento de vagina, se requiere la recanalización de ésta, con reanastomosis de la porción superior e inferior de la vagina. Debe dejarse un molde de silicona y removerse posteriormente para evitar contracción de la vagina.

Cuando la anomalía incluye el cérvix la preservación del potencial reproductor está

muy comprometido, se han intentado trayectos fistulosos entre cavidad endometrial y vagina fallando la mayoría de las veces y requiriendo histerectomía.

En las no obstructivas la presencia de un septum transversum parcial o total puede causar dispareunia o desarrollar una complicación que compromete la reproducción.

CAPÍTULO 10. ABUSO SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

I. Definición de abuso.

El abuso es definido como todo comportamiento originado en una relación de poder que lesiona los derechos de la víctima o sobreviviente; mediante el uso de la diferencia de edad, la fuerza, el conocimiento o la autoridad.

El abuso en niños y adolescentes puede expresarse como lesiones físicas, de tipo sexual, privación de la nutrición, de la atención y del afecto, en circunstancias que indican que las lesiones o privaciones pueden no ser accidentales o pueden haberse debido a negligencia o descuido. (1)

ABUSO SEXUAL

La Fundación Paniamor, define el abuso sexual a niños y niñas poseedor de un elemento básico como lo es la gratificación y lo define como “todo acto en el que una persona en una relación de poder involucra a un menor en una actividad de contenido sexual que propicia su victimización y de la que el ofensor obtiene gratificación”. Incluye: actos o conductas deshonestas, exhibicionismo, tocamiento, acoso sexual, exposición o participación en pornografía, prostitución, sexo oral, sodomía, penetración genital o anal con objeto, violación e incesto.

El incesto: Es definido como el abuso sexual cometido contra un menor por parte de una persona que violó el lazo de confianza que existía con él o ella, y no el abuso sexual cometido exclusivamente por personas que tienen una relación consanguínea con ésta” .

Es decir, se considera incesto, toda agresión de índole sexual, indirecta o directa entre un niño o una niña y un adulto, que mantenga con él o ella lazos caracterizados por la amistad, confianza, afecto, parentesco o autoridad. Si estos lazos tienen que ver con el cuidado, protección y guía del niño o de la niña, se consideran de características similares a los lazos consanguíneos.

Esto incluye profesionales, amigos de la familia, personas relacionadas con la educación y la orientación de niños, con sus cuidados físicos y afectivos y que por su rango representan para la niña o el niño una autoridad.

El abuso sexual en adolescentes es definido como la victimización del adolescente al exponerlo a un estímulo sexual inapropiado para su edad y nivel de desarrollo psicológico e intelectual. Representa una amplia gama de comportamientos sexuales que implican desde comentarios sexuales sutiles hasta el franco manoseo, caricias, sodomía y relaciones sexuales; también incluye la pornografía, prostitución, incesto, el acto sexual violento o violación y el cometido bajo violencia psicológica.

El abuso sexual a niños y adolescentes está caracterizado por una desigualdad de poder; es una traición a la confianza y una coerción a guardar un secreto o a crear sentimientos de culpabilidad en la víctima.

La estrategia más eficaz para abordar el problema del abuso infantil es la prevención. Se ha documentado las ventajas de identificar las familias de alto riesgo en los períodos

prenatal y perinatal y de la práctica de visitas domiciliarias selectivas por personal de enfermería y/o trabajo social del área de materno infantil o comprometido con el manejo de la Violencia Intrafamiliar. En países desarrollados se recomienda mantener contacto con alrededor del 90% de los lactantes en el primer año de vida.

II. Epidemiología - Etiología

Estudios recientes sugieren que aproximadamente el 20% de los niños serán abusados sexualmente de una u otra forma antes de llegar a la edad adulta; esta cifra se acumula a un promedio del uno por ciento anual (1%).

Tanto los niños como las niñas pueden ser victimizados/as y el abuso puede ocurrir en ambientes intra o extra familiares. Aunque los agresores son con mayor frecuencia varones, las mujeres también pueden ser abusadoras; así mismo, los adolescentes son perpetradores en por lo menos el 20% de los casos. Por lo general, el abuso sexual es cometido por alguien conocido por el niño y la niña y a menudo continúa por periodos prolongados de tiempo. (2)

Los problemas de abuso sexual acusan un subregistro importante y su verdadera incidencia es difícil de conocer.

El abuso sexual infantil es un crimen que sucede en forma muy frecuente en nuestra sociedad, afectando la vida de miles de niños y niñas de todas las regiones y niveles socio-económicos. Se calcula internacionalmente que uno de cada siete varones es abusado sexualmente en la infancia.

Los reportes internacionales y nacionales indican que del 85 al 90% de los casos de abuso sexual infantil, el ofensor es una persona conocida, respetada y/o querida por

la víctima. De igual forma esta persona es conocida, respetada y/o querida por la madre y la familia de ese niño. Se considera que se denuncian entre el 10 y 30% de los incestos, y un 10% de las violaciones en adolescentes.

En el Hospital del Niño fueron atendidos entre 1993 y 1997 405 casos de abuso sexual. Entre 1995 y 1998 el Departamento de Trabajo Social del mismo Hospital dio seguimiento a 150 casos de abuso sexual entre cuyas víctimas se contaban 5 casos de bebés menores de un año, y el resto oscilaba entre las edades de uno a 14 años.

La alta incidencia de una historia propia de victimización en los agresores sexuales masculinos es interpretada como el reflejo de un patrón cíclico, condicionado y/o aprendido de abuso sexual. Este patrón de comportamiento reactivo que progresa con frecuencia e intensidad con el tiempo es propio de los varones a diferencia de las víctimas femeninas.

El maltrato o abuso sexual incluido dentro de las violencias, alcanza en nuestros días a nivel mundial grandes proporciones y es una preocupación de salud pública por las graves consecuencias que conlleva a mediano y largo plazo.

III. Tipos de Violencia o Abuso

1. Contacto:

- Con penetración.
- Estimulación sólo por caricias a los genitales.

2. Sin contacto:

- Exhibicionismo.
- Pornografía
- Exposición deliberada de niños, niñas y adolescentes a material o actividad sexual de los adultos. (Todos los medios de comunicación, telecomunicación y cibernéticos).

IV. Consecuencias

1. Físicas:

En el abuso sexual, se pueden presentar consecuencias como un embarazo no deseado; adquisición de una infección o enfermedad de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, y además alteraciones somáticas (dolor o lesiones en el área genital, anal o bucal, cistitis).

2. Emocionales:

Pueden presentar miedos, fobias, confusión, inseguridad, ansiedad, ira, furia, alteraciones del apetito y del sueño, impotencia, desamparo, baja autoestima, vergüenza, sentimientos de culpa, tristeza y depresión.

3. En el comportamiento:

Pueden aparecer conductas delictivas, huída del medio escolar y familiar, prostitución,

consumo de sustancias psicoactivas, conductas abusivas y destructivas, intentos de autoagresión, hasta el suicidio.

Las consecuencias del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes deben considerarse dentro del contexto familiar, escolar y social.

V. Indicadores sugestivos de Abuso Sexual

Al hacer la investigación de un probable caso de abuso sexual se debe tomar en consideración la elaboración de una historia integral que incluya otras formas de manifestación de abuso o maltrato.

A. Se sospecha de maltrato o abuso cuando:

- La víctima (el propio niño, niña o adolescente) lo manifiesta.
- Presencia de lesiones físicas (contusiones, laceraciones, abrasiones, hematomas, equimosis, alopecia traumática, fracturas).
- Existencia de alteraciones emocionales (fobias, ansiedad, depresión, conductas auto destructivas, problemas sexuales, homosexualidad, enuresis y encopresis, trastornos del sueño, retraimiento, temor al examen físico).
- Problemas de escolaridad
- Conducta delictiva.
- Huidas del hogar.
- Uso y abuso de drogas.
- Se observa interacciones familiares no adecuadas.
- Embarazo no deseado y/o planificado
- Embarazo donde se niega la identificación del padre. (incesto ?)
- Sangrado vaginal inexplicable (aborto ?)

- Presencia de signos que no ceden con tratamiento repetido como son: persistencia de eritema vulvar y leucorrea recurrentes.
- Se observa la presencia de fisuras vulvares o anales.
- Presencia de infecciones de transmisión sexual.
- Conductas sexuales no habituales como son: masturbación temprana y actitudes sexuales en extremos prematuras.

B. Interacciones que pueden apoyar la sospecha de maltrato y que deben ser investigadas:

Se debe tener en cuenta a todos los actores de los escenarios en los que se desenvuelven el niño, la niña o el adolescente.

- Quién cuida del menor.
- Con quienes convive.
- Con quién duerme.
- Con quién y dónde juega.
- De quién recibe obsequios.

C. Indicaciones ante una sospecha:

1. La confirmación de la sospecha debe hacerla un profesional con formación en el tema. La intervención en los casos de abusos sexuales debe ser interdisciplinaria.
2. Indicaciones para la entrevista a un posible sobreviviente de abuso sexual o violación:
 - a. Escuchar el relato de la “víctima” en un clima de tranquilidad y confidencialidad.
 - b. Registrarlo por escrito de manera textual, utilizando las palabras del niño, niñas o adolescente.
 - c. Preguntar de manera general sin inducir respuestas. Registrar también las preguntas.
 - d. No culpabilizar a la víctima (por ejemplo: no preguntar qué sintió ante el

- abuso, porqué no pidió ayuda, porqué no se defendió, etc.)
- e. Solicitar un examen físico incluyendo genitales (realizado por profesionales capacitados en abuso sexual de niños/as y adolescentes.)
- f. Solicitar consulta con equipos interdisciplinarios.
- g. Presentar un informe escrito a las autoridades de Medicatura Forense para confirmación.
- h. Referir al nivel de mayor complejidad para manejo y seguimiento.

3. En casos de violación carnal:

- Obtener una historia clínica apropiada y documentada, breve, completa, legible y descriptiva.
- Realizar examen físico completo.
- Estudios de laboratorio. VDRL, cultivo por GC, VIH.
- Brindar tratamiento ante cualquier daño físico de carácter urgente.
- Vacunación antitetánica y antibiótica de ser necesaria.
- Prevenir infecciones de transmisión sexual
- Prevenir eventual embarazo. (Anticoncepción de emergencia)
- Solicitar consulta para atención psicológica
- Referir al nivel de mayor complejidad para seguimiento.

D. Notificación por Sospecha de Abuso Sexual o Maltrato

1. Notificar el caso y referir a las instancias pertinentes (ver Normas para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar).
2. Cualquier persona puede denunciar un caso de abuso sexual a:
 - El Ministerio de la Juventud, la Niñez y la Familia, Dirección de la Niñez

- Los Juzgados de Niñez y Adolescencia. Estos Juzgados reciben los casos denunciados directamente y los remitidos por las instituciones públicas y privadas, escuelas, sistema de salud y la Policía de Menores.
 - Ministerio Público (Medicatura Forense, Fiscalías)
 - Ministerio de Gobierno y Justicia (Centro de Denuncias de la PTJ)
- E. Manejo psicoterapéutico individual y del núcleo familiar
- La intervención en los casos donde se sospecha de abuso sexual y maltrato debe ser interdisciplinaria.
1. **Al niño o adolescente:**
 - Ofrecerle credibilidad
 - Protección y apoyo.
 - Información y educación.
 - Entrenamiento y capacitación.
 2. **A la familia:**
 - Ofrecerle ayuda y apoyo.
 - Explorando sentimientos acerca del abuso.
 - Explorando dificultades que puedan implicar los hechos.
 3. **El abusador:**
 - Llevándolo al reconocimiento y responsabilidades de los hechos
 - Que adquiera conciencia de la conducta anormal derivada de un trastorno.
 - Que adquiera conciencia de la necesidad de curarse.
 - Llevarle a reconocer sus propias potencialidades positivas.
- F. Seguimiento:
- Psicoterapéutico individual, y del núcleo familiar
 - Médico: Control en 24 - 48 horas de posibles heridas.
 - Laboratorios: VDRL , Cultivo por GC control a las 6 semanas
 - Beta-HCG ante posible embarazo.
- G. Organizaciones No Gubernamentales que brindan asesoría y apoyo
- Fundación para la Promoción de la Mujer (Chitré) ofrece orientación legal
 - Fundación para la Promoción de la Mujer. Orientación legaterapia
 - Casa Esperanza
 - El Albergue Luisa. Apoyo a las adolescentes embarazadas.
 - Centro de la Mujer Panameña (CEMP). Orientación legal y terapia
 - Centro de Desarrollo para la Mujer (CEDEM). Orientación legal y terapia.
 - Centro de la Mujer Maltratada (CAMP) Programa para ofensores.
- H. Marco Legal y Normativo
- Ley 38 de 10 de junio de 2001. Que reforma y adiciona artículos al Código Penal y Judicial, sobre violencia doméstica y maltrato al niño, niña y adolescentes.
 - Ley 27 de 1995 que tipifica el delito de violencia intrafamiliar..
 - Normas y Procedimientos para la atención integral de la Violencia Intrafamiliar y la Promoción de formas de convivencia solidaria en el Sistema Nacional de Salud.
- I. Las Normas de Atención a la Violencia Intrafamiliar establecen que:
1. La estrategia más eficaz para el manejo del abuso infantil es la prevención. Se ha documentado las ventajas de identificar las familias de alto riesgo en los periodos prenatal y perinatal y de la práctica de visitas domiciliarias selectivas por personal de enfermería que se ocupa de la salud materno-infantil. En países desarrollados se recomienda mantener contacto con

- alrededor del 90% de los lactantes en su primer año de vida.
2. Todas las instituciones de Salud públicos y privados deberán atender los casos de maltrato de niños y niñas dentro de sus horarios regulares.
 3. El personal que labora en los Cuartos de Urgencia debe estar capacitado para la detección y atención de crisis que requieren atención inmediata para salvar la vida y confrontar la VIF.
 4. Todo el personal de salud tiene la responsabilidad de identificar y prestar atención y tratamiento ambulatorio u hospitalario inmediato a las víctimas de violencia intrafamiliar y maltrato de niños y niñas.
 5. Todo caso de sospecha de violencia física y sexual debe ser atendido como urgencia y ser referido al Hospital más cercano acompañado de un personal de salud.
 6. Todo caso de posible VIF o maltrato debe ser interrogado mediante la historia clínica por sospecha de VIF o maltrato.
 7. Las funciones básicas del equipo de atención de la VIF son:
 - Identificación y captación de la víctima
 - Aplicar la historia clínica de sospecha de VIF
 - Realizar el diagnóstico
 - Atención e intervención en crisis
 - Tratamiento físico, psicológico y social
 - Registrar y notificar la VIF a través del Formulario de Investigación por Sospecha de VIF
 - Realizar referencia y contrarreferencia
 8. Identificado y evaluado el caso de VIF o maltrato de un menor se notificará a las autoridades judiciales en el término de 24 horas. (Tribunal Superior de Niñez y Adolescencia, Corregiduría, Medicatura Forense o Fiscalías de Familia)
 9. Todo el personal de salud mantendrá la privacidad y el carácter confidencial de la información.
 10. Para entrevistar a niños y adolescentes sobrevivientes de VIF o abuso sexual se requiere del conocimiento de técnicas de entrevistas específicas para niños y niñas adecuadas a las diferentes etapas de su desarrollo.
 11. Los menores en que se sospecha de violencia intrafamiliar o maltrato deben ser examinados en presencia de un acompañante, preferiblemente por un personal de salud.
 12. Considerar espacios físicos separados y tiempos diferentes para la atención del agresor (a) y el/la sobreviviente de VIF
 13. Tomar fotografías con el consentimiento del /la sobreviviente bajo los reglamentos establecidos por Instituto de Medicina Legal.
 14. Preservar evidencias por el tiempo convenido con las autoridades para entregar a las autoridades competentes.

CAPÍTULO 11. SEXO, CONDUCTA, ORIENTACIÓN SEXUAL, ROL GÉNERO

I. CONCEPTOS GENERALES

La orientación sexual es “la atracción emocional permanente, amorosa, sexual o afectiva a otra persona” (American Psychological Association). Se distingue fácilmente de los otros aspectos de la sexualidad, al sexo biológico, a la identidad de género, la conciencia de ser varón o mujer, y al rol social de género, la aceptación y cumplimiento de las normas culturales para la conducta femenina y masculina.

El sexo biológico, se puede constituir en una situación problema, en caso de anomalías cromosómicas, o genitales ambiguos, temas tratados en otras secciones.

La identidad de género y el rol social de género.

La orientación sexual está integrada a una continuidad que fluctúa desde la homosexualidad exclusiva a la heterosexualidad exclusiva e incluye diferentes formas de bisexualidad.

La orientación sexual diferente puede manifestarse tan tempranamente como a los 3 a 4 años de edad, pero se suele percibir de forma más evidente al final de la adolescencia temprana (alrededor de los 14 años). Sin embargo la autoaceptación puede tomar muchos años y a veces no llega a efectivizarse nunca.

En la niñez y adolescencia por ser considerada una etapa de definición de identidad sexual, donde aproximadamente el 50% de los varones y el 30% de las mujeres tiene esta experiencia en el camino hacia la

heterosexualidad, sólo se habla de experiencias sexuales con su mismo sexo o tendencia, hacia una orientación sexual diferente.

Gran parte de los y las adolescentes experimentarán algún tipo de sentimiento de atracción o juegos sexuales con el mismo sexo (tocarse, masturbarse, besarse y eventualmente tener relaciones sexuales con otra persona de su mismo sexo) sin que ello signifique que su orientación sexual definitiva sea diferente.

Como en el caso de los adolescentes heterosexuales, no todos los que tienen orientación preferentemente hacia el mismo sexo tienen relaciones sexuales, por lo que debe tenderse a promover en todos los adolescentes, que el inicio de la actividad sexual se tome dentro del marco de libertad, respeto y responsabilidad para el cuidado de su salud.

II. Orientación Sexual hacia el mismo sexo.

1. Etiología

La etiología exacta de la orientación sexual hacia el mismo sexo no se conoce, a pesar de las muchas teorías explicativas. Lo que sí está claro, es que la orientación y los sentimientos sexuales hacia el mismo sexo no se inician en la adolescencia, puesto que muchos estudios señalan que se establecen en la infancia en forma latente y que luego tienen desencadenantes que la hacen manifiesta (experiencias homosexuales, heterosexuales decepcionantes, abuso sexual, etc.).

Desde 1973, la homosexualidad dejó de ser considerada una enfermedad (American Psychiatric Association). Se trata de una forma de ser y de sentir, de una realidad a la que no se pueda renunciar sin un alto costo en términos psicosociales. Parece no ser modificable mediante abordajes psicoterapéuticos. Sus causas parecen no estar sujeta exclusivamente a la influencia parental, ni a modos de crianza.

2. Consideraciones de salud ante la homosexualidad:

Los médicos/as, especialmente pediatras, médicos/as de adolescentes, psiquiatras y otros especialistas, profesionales o técnicos/as del área de la salud del niño, niña y adolescente, deben indagar por la orientación o experiencias homosexuales, para brindarle al joven herramientas que prevengan la aparición de trastornos en su sexualidad por falta de aceptación y comprensión de la misma con todas sus consecuencias personales (psicológicas y físicas), familiares y sociales.

Los y las adolescentes que no se sienten cómodos/as con su orientación sexual o que no saben cómo expresarla, pueden beneficiarse de recibir consejería, apoyo emocional y de la oportunidad de clarificar sus emociones. La terapia también puede ayudar al adolescente a hacer el ajuste a los problemas y conflictos que surjan en el ámbito personal, escolar y familiar. La terapia dirigida específicamente a cambiar la orientación homosexual no se recomienda porque puede ser dañina a un adolescente reacio/a y crear mayor confusión y ansiedad al reforzar los pensamientos negativos y las emociones con las que el o la adolescente ya está luchando.

Los padres y el equipo necesitan entender claramente que la orientación sexual no es un trastorno mental. Sin embargo, la orientación sexual no es un asunto de decisión propia. Los individuos no escogen

ser homosexuales o heterosexuales. No importa cuál sea su orientación sexual, todos los y las adolescentes tienen la alternativa de escoger la expresión de su comportamiento sexual y estilo de vida.

A pesar de que el conocimiento y la información acerca de la homosexualidad ha aumentado, los y las adolescentes todavía tienen muchas preocupaciones:

- Sentirse diferentes a sus pares (amigos/as o compañeros/as)
- Sentirse culpables acerca de su orientación sexual
- Preocuparse acerca de cómo puedan responder su familia y seres queridos
- Ser objeto de burla y de ridículo por parte de sus pares
- Preocuparse acerca del SIDA, la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- Temer a que se les discriminen si tratan de pertenecer a clubes, grupos, participar en deportes, ser admitidos/as en universidades y conseguir empleos.
- Ser rechazados/as y acosados/as por otros/as.

III. Abordaje de la orientación sexual diferente

En el abordaje de la sexualidad de los y las adolescentes, no se debe dar por supuesto que la orientación sexual será siempre heterosexual. Esta, si bien es la más frecuente, no es la única. Se estima que aproximadamente un 6 - 8% de los/las adolescentes tendrán al finalizar esta etapa, una orientación homosexual.

- El equipo de salud deberá mantenerse continuamente actualizado en temas de Salud Sexual y Reproductiva, Enfoque de Género y Derechos sexuales y reproductivos.

- Se debe reconocer que los niños, niñas y adolescentes con orientación sexual diferentes (homosexual, heterosexual o bisexual) tienen los mismos deberes y derechos en las distintas etapas de su desarrollo biopsicosocial.
- A los y las adolescentes que no se sientan cómodos/as con su orientación sexual deben recibir consejería de profesionales capacitados/as.
- Se deberá organizar y promover grupos de autoayuda conformados por adolescentes con dificultades en aceptar su orientación sexual.
- Los padres que tienen dificultadas en aceptar la orientación sexual de sus hijos o hijas, se les deberá ofrecer la opción de participar en programas educativos y/o grupos de apoyo.
- Los equipos de salud deberán organizar y llevar a cabo programas educativos dirigidos a maestros/as, padres y madres de familia, medios de comunicación y público en general, para minimizar los prejuicios y la discriminación hacia la juventud con orientación sexual diferente.
- El equipo de salud deberá reconocer e informar a la población dentro del ámbito de responsabilidad, que el riesgo de infecciones de transmisión sexual y del virus del Inmuno Deficiencia Adquirida Humana y SIDA (ITS/VIH/SIDA) está referido a las prácticas sexuales sin protección de una persona y no a su orientación sexual.
- El equipo de salud deberá ofrecerle orientación sobre sus derechos a la no discriminación y lugares y formas a donde hacer reclamar estos derechos cuando sean violados, así como apoyo psicológico para enfrentar los prejuicios, rechazos y sus consecuencias psíquicas (ansiedad, depresión, culpa, vergüenza, baja autoestima).
- El profesional de la salud que brinda apoyo psicológico a personas con orientación sexual diferente, deberá procurar ofrecerlo en un ambiente terapéutico neutro y libre de todo prejuicio social, garantizando la confidencialidad.

Abordaje al paciente con problemas en la orientación sexual.

Definición Conceptual	Ejemplos	Trastornos	Abordaje	Responsables
Sexo biológico determinado genéticamente.	Hombre o mujer	Sind. de Turner Genitales ambiguos	Remitirse al capítulo correspondiente	Equipo de salud.
Conducta Sexual: es aquella conducta que se da entre las personas	Conducta heterosexual: entre hombre y mujer Conducta homosexual: entre personas del mismo sexo Conducta Bisexual: cuando una persona puede tener actividades sexuales con personas de su mismo sexo y del sexo opuesto	Promiscuidad. Conducta homosexual esporádica, sin ser esta la orientación sexual prevalente. Ejemplos, en internados, cárceles, o como conducta exploratoria.	Orientación al adolescente (y a los padres si es necesario) sobre: 1. la diferencia entre los conceptos (conducta sexual, orientación sexual). 2. la sexualidad segura. Importante establecer que una conducta homosexual no define una orientación homosexual.	Padres. Maestros y profesores Equipo de Salud en atención Primaria Equipo de Salud Mental (solo en los casos en que la orientación dada por los otros profesionales no sea suficientes para resolver el cuadro)
Rol social de género: la aceptación y cumplimiento de las normas culturales para la conducta femenina y masculina	La mujer se espera que sea delicada. El hombre se espera que sea brusco.	Trastorno del Rol género Amaneramiento. Es una disfunción más que una enfermedad, pero puede generar trastornos de adaptación con síntomas de ansiedad y/o depresión	1. Modificación de conducta: utilizando modelos familiares: tíos(as), padrinos o madrinas; o del medio deportivo o artístico que tengan las conductas de rol social de género que se desea desarrollar en el niño(a), para evitar el rechazo social. Nota: mientras más temprano se inicie esta modificación de conducta será más efectiva. La modificación de conducta, no influye en la orientación sexual, sólo en el rol género. 2. Si el niño, niña no acepta la modificación de conducta mediante modelos, explicarle que deberá aceptar el posible rechazo de algunas personas por sus apariencia exterior y aprender a vivir con ello.	Padres. Maestros y profesores Equipo de Salud en atención Primaria con asesoría del equipo de salud mental. Equipo de Salud Mental (solo en los casos en que la orientación dada por los otros profesionales no sea suficientes para resolver el cuadro)

Continuación...

Definición Conceptual	Ejemplos	Trastornos	Abordaje	Responsables
Orientación Sexual: la atracción emocional permanente, amorosa, sexual o afectiva a otra persona	Homosexual Heterosexual	Orientación Sexual Egodistónica (implica la no aceptación de la orientación sexual)	<p>1. Psicoeducación: fortaleciendo autoestima. La orientación sexual es solo una parte del ser, no todo el ser. Uno puede elegir como, cuando y con quien expresar su orientación sexual.</p> <p>2. Mejorando el Rol Social de Género: seguir indicaciones correspondientes a este tema.</p> <p>3. Manejo de los cuadros añadidos: se debe abordar los trastornos depresivos, y de ansiedad si se presentan con los medicamentos apropiados y terapia de apoyo.</p>	La psicoeducación y el abordaje del rol género puede ser dado por los equipos de atención primaria con asesoría. En el caso de los trastornos de ansiedad y depresivos por complicar el cuadro se sugiere referir al equipo de salud mental más cercano
Identidad de género	Transexualidad: una persona que se siente atrapada en un cuerpo con un sexo biológico que no le corresponde			

CAPÍTULO 12. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

I. Definición

Gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o sea aquella que ocurre en mujeres desde la menarquia hasta los 19 años, con independencia de la edad ginecológica.(1)

II. Epidemiología

El embarazo en la adolescencia puede ser un fenómeno cultural aceptado en algunas sociedades, como por ejemplo en una sociedad agrícola, y un problema en una sociedad industrializada o en desarrollo.(2)

La mortalidad y morbilidad de las adolescentes embarazadas pueden ser similares a las del grupo de mujeres adultas si a las primeras se les da la adecuada atención prenatal y en el parto. (3)

De los datos existentes se puede constatar que entre el 60% y 40% de las adolescentes acude a su primera visita médica en el segundo y tercer trimestre del embarazo.(4,5).

III. Perfil de la embarazada adolescente de Alto Riesgo

1. Biológicos:

- a. edad igual o menor a 14 años
- b. edad menor o igual a 2 años de edad ginecológica
- c. Factores de riesgo comunes a cualquier edad

2. Psicológicos:

- a. Personalidad inmadura o con características infantiles
- b. Edad cronológica menor o igual a 14 años
- c. Edad ginecológica menor o igual a un año
- d. Embarazo producto de violación o incesto
- e. Familia disfuncional o ausente
- f. Migración reciente con pérdida de vínculos familiares
- g. Ausencia de pareja estable
- h. Intento de aborto
- i. Decisión firme o no de dar al hijo en adopción
- j. Factores de riesgo comunes a cualquier edad

3. Sociales

- a. Carencia de soporte económico mínimo
- b. Promiscuidad
- c. Escolaridad primaria incompleta
- d. Dificil acceso a Centros de Salud para su atención

IV. Control de la embarazada adolescente de alto riesgo

- a. La embarazada adolescente de alto riesgo debe ser captada por el personal más calificado en la institución en el momento que acude.
- b. Referir para atención por Especialista o en Clínica de Embarazo de Alto Riesgo.
- c. Citación mínima quincenal cualquiera sea la edad del embarazo
- d. Internación cuando por razones sociales no se pueda realizar un adecuado control prenatal o si la primera consulta es muy cercana al parto.
- e. Confección de Historia clínica para adolescentes además de la HCPB
- f. Entrevista inicial y semanal, con Trabajador Social y/o Psicólogo (Individual y/o familia y/o pareja)
- g. Instrumentar los recursos sociales de la Institución o de la Comunidad para la solución de las situaciones límite.
- h. Educación en Salud por todo el equipo de salud.
- i. Apoyo emocional en el periodo de parto.
- j. Inclusión en curso de parto psicoprofiláctico si existe la disponibilidad, cualquiera sea la edad del embarazo.

V. Perfil de la embarazada adolescente de bajo riesgo

1. Adolescente con apoyo conyugal
2. Adolescente con apoyo familiar

3. Nivel de instrucción de acuerdo a su edad
4. Adolescentes solventes
5. Mayores de 15 años
6. Sin patología médica obstétrica

VII. Manejo de la embarazada adolescente de bajo riesgo:

- a. Seguir normas generales de atención prenatal
- b. Citación mensual
- c. Confección de Historia clínica para adolescentes además de la HCPB
- d. Entrevista con Trabajador Social y Psicólogo cuando exista el recurso. (Individual y/o familia y/o pareja)
- e. Seguimiento psicológico mínimo al inicio y al final del embarazo.
- f. Educación en Salud por todo el equipo de salud.
- g. Control odontológico.
- h. Apoyo emocional en el periodo de parto.
- i. Se recomienda la participación en curso de parto psicoprofiláctico si existe la disponibilidad, a partir del 7° mes.

VIII. Periodos (6)

1. Periodo prenatal:

Incluye todo el embarazo y no se diferencia mayormente del control prenatal de las adultas. Se debe hacer énfasis en identificar los factores de riesgo y diagnosticar a tiempo si existe alguna patología, en cuyo caso deben aplicarse las normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo según el caso.

La captación para control prenatal se realizará por el personal más capacitado disponible en la institución en el momento que la paciente acude. Dependiendo de su clasificación de riesgo, se referirá a la consulta por Gineco-obstetra.

En este periodo se debe referir a Salud Mental y/o Trabajo social para detectar los problemas de la salud social (familiar, educativo, económico), debe existir un trabajo en familia de tal manera que se involucre al progenitor y darles el apoyo psico-social.

Debe ser referida también a consulta odontológica, para realizar actividades de prevención, o curativas si el caso amerita.

El seguimiento de la atención prenatal de la adolescente se realizará por el equipo de salud multidisciplinario; médico general y/o especialista, enfermera, trabajador social, psicólogo, nutricionista, odontólogo.

En su primera consulta deberá realizarse lo siguiente:

- a. Apertura del expediente con la Historia Clínica Perinatal
- b. Llenado de la Historia Clínica Perinatal
- c. Toma de Presión arterial, peso, talla por el auxiliar de enfermería o asistente clínico
- d. El médico cumplirá con la anamnesis completa anotando los elementos señalados en la HCPB sobre los antecedentes y embarazo actual
- e. Cumplirá con las actividades señaladas hasta el primer control de la gestante, indicando el riesgo obstétrico
- f. Realizará el examen clínico general

- g. Examen de mamas para detectar patologías y tipo de pezones de tal manera que se le oriente en ejercicios para estimular la lactancia.
- h. Determinar acciones necesarias a seguir para favorecer la lactancia materna exclusiva
- i. Examen ginecológico y toma de Papanicolaou
- j. Ordenará los exámenes de laboratorio
- k. Se anotarán en la HCPB del expediente y en la tarjeta de control prenatal todos los exámenes realizados
- l. Administrar ácido fólico y sulfato ferroso para evitar malformaciones del tubo neural y anemia.

Actividades de los controles subsiguientes:

- a. Verificación y seguimiento del llenado de la HCPB, tarjeta de control prenatal y de seguimiento de caso.
- b. Evaluación de los resultados de exámenes de laboratorio
- c. Evaluación de la orina en cada control para descartar proteinuria y glucosuria
- d. Urinálisis completo como mínimo uno en cada trimestre para detectar bacteriuria asintomática
- e. Repetir los exámenes de Hemoglobina y hematocrito, serología luética y glicemia a las 28 semanas de gestación.
- f. Evaluación del estado físico materno
- g. Verificación de la ganancia de peso (después del primer trimestre debe ser de 1.1 Kg por mes).
- h. Evaluación del estado fetal (Crecimiento fetal por altura uterina y graficar en la curva de altura uterina/semanas de amenorrea), ultrasonido fetal lo antes posible.
- i. Administrar hierro, ácido fólico, suplemento de vitaminas y minerales a partir del segundo trimestre (Ver esquema de administración).

- j. Actividades educativas tendientes a la eliminación del hábito de fumar, ingestión de bebidas alcohólicas y consumo de drogas.
- k. Reforzar la lactancia materna exclusiva.
- l. Vacunar con Toxoide Tetánico para prevenir el Tétanos neonatal.
- m. Educación sobre los cuidados durante el embarazo, alimentación, preparación para el parto, lactancia materna, cuidados del recién nacido.

2. Periodo natal:

Corresponde al trabajo de parto y el post-parto inmediato mientras se mantenga la hospitalización de la madre. Se reduce en la práctica a los criterios del nivel terciario para una embarazada de alto riesgo obstétrico y perinatal. (ver Normas de Embarazo de Alto Riesgo).

Se debe considerar los siguientes aspectos:

- a. Control del trabajo de parto con las normas para una paciente de alto riesgo obstétrico.
- b. Técnica de atención del parto normal y patológico
- c. Técnica de atención del post-parto
- d. Técnica de atención del recién nacido normal y patológico
- e. Seguimiento del puerperio según las normas del servicio.
- f. Educación individual con reforzamiento de aspectos indicados en el control prenatal, como la planificación familiar en el puerperio mediato.
- g. Entrevista psicológica vigilando especialmente el vínculo madre-hijo.
- h. Entrevista social.
- i. Apoyo para el trámite de adopción según sean las circunstancias.
- j. Referencia con el equipo de Adolescencia local en caso de que

se trate de una paciente que no hubiera tenido contacto previo con la Institución.

3. Periodo post-natal:

Se extiende desde el alta del hospital después del parto hasta los 42 días post parto.

Se debe considerar los siguientes aspectos:

- a. Atención y seguimiento de la adolescente, su hijo y su familia.
- b. Planificación familiar
- c. Reintegración al medio social y familiar
- d. Estímulo para completar la educación.

IX. Situaciones especiales

1. Adolescente con Aborto incompleto.

Toda paciente, en especial las adolescentes, que acuden en busca de atención por un aborto incompleto deben recibir una atención integral, según el modelo moderno de atención en el post aborto. Esto incluye:

- a. Un trato respetuoso y no discriminatorio desde su admisión hasta su egreso
- b. Acompañamiento por parte del equipo multidisciplinario (trabajadora social, enfermería, médico) que le ofrezca apoyo emocional, orientación y consejería antes, durante y después del procedimiento
- c. Evaluación clínica previa y posterior al procedimiento

- d. Aplicación preferiblemente de la técnica de aspiración manual endouterina con manejo adecuado del dolor según protocolo establecido.
 - e. Consejería sobre planificación familiar. Luego de realizar dicha consejería y si la paciente así lo desea, proporcionarle el método de planificación familiar que ella escoja, de ser posible antes de su egreso.
 - f. Referencia para seguimiento en el nivel local.
2. Embarazo producto de violación o incesto
- a. Ante una situación de violación o incesto en una adolescente, si es detectada en las primeras 72 horas se debe indicar anticoncepción de emergencia (Ver Capítulo de Planificación Familiar)
 - b. Los casos de solicitud de aborto por violación o incesto son manejados por los Juzgados y deben ser denunciados y tramitados antes de las 8 semanas de gestación.

CAPÍTULO 13. ANTICONCEPCION DURANTE LA ADOLESCENCIA

I. Generalidades

- a. Se brindará la atención y orientación a todo adolescente en el momento que solicite un método anticonceptivo, haciendo énfasis en los riesgos bio-psicosociales del inicio precoz de la vida sexual y promoviendo la postergación de esta decisión hasta alcanzar un mayor grado de madurez.
- b. Se enfatizará en la responsabilidad compartida de la pareja con relación a la fecundidad.
- c. Aquellos adolescentes con vida sexual activa que soliciten un método anticonceptivo se les facilitará gratuitamente.
- d. Se capacitará al personal médico, de enfermería y otros proveedores de salud, en las indicaciones y contraindicaciones específicas y efectos secundarios de cada método anticonceptivo, con énfasis en su utilización en adolescentes.
- e. Se promoverán investigaciones sobre la aceptabilidad, eficacia, efectos secundarios y complicaciones de los distintos métodos anticonceptivos usados en nuestro medio por los y las adolescentes.
- f. Se coordinará con los niveles correspondientes, la programación anual de las cantidades de anticonceptivos a utilizar según el método.

II. Primera consulta

1. **Situaciones de consulta más frecuentes**
 - Motivo de consulta manifiesto o no al inicio de relaciones sexuales.
 - Motivo de consulta latente (enmascarado tras otro motivo de consulta).
 - Situación de riesgo (post-parto, post-aborto)
2. **Parámetros a considerar**
 - Momento evolutivo – mayor o menor de 15 años – edad cronológica- edad ginecológica.
 - Pareja estable o no
 - Edad de la pareja
 - La pareja acepta o no el uso de métodos anticonceptivos
 - Consulta previa o no al inicio de relaciones sexuales.
 - Frecuencia de las relaciones sexuales
 - Hubo o no embarazos previos
 - Qué métodos conoce y / o utilizó
 - Grado de motivación para la anticoncepción
 - Saben los padres que tiene relaciones sexuales
 - Qué opinan los padres acerca de las relaciones sexuales entre adolescentes.
 - Maduración física – edad ginecológica
 - Maduración psicológica
 - Pautas culturales

3. Actividades en la primera consulta

- a. Evaluación integral bio-psico-social, con énfasis en el grado de madurez para la toma de decisión sobre su comportamiento y actitudes con relación a su salud reproductiva.
- b. Evaluación clínica completa. El examen ginecológico puede esperar hasta la próxima cita si no es urgente realizarlo de acuerdo a los hallazgos de la historia clínica.
- c. Orientación general sobre métodos anticonceptivos para su selección, en común acuerdo con la pareja preferiblemente.
- d. Evaluación del riesgo de ITS y orientación del uso del condón independientemente del método anticonceptivo seleccionado. Uso del método doble.
- e. A toda adolescente que haya iniciado vida sexual o sea mayor de 18 años independientemente de su inicio sexual, se le debe tomar el PAP en el momento más conveniente. No requiere ser tomado en la primera consulta, ni debe ser una precondición para iniciar un método anticonceptivo.
- f. Consejería por el equipo multidisciplinario según disponibilidad (médico, enfermera, trabajador social, psicólogo)
- g. Otorgar citas subsiguientes.

III. Citas subsiguientes

- a. Evaluación de probables efectos secundarios
- b. Determinación de cambio de método de ser necesario.

- c. Consejería por el equipo multidisciplinario
- d. Otorgar citas subsiguientes.
- e. La adolescentes será vacunada para la prevención de la rubéola si no la recibió antes. Se le indicará que no debe suspender el método en los próximos tres meses.

IV. Conductas generales para la elección del método

Recordar que es la usuaria la que escoge su método luego de una consejería adecuada a menos que por motivos de patologías asociadas no sea recomendable.

Sobre la base de los problemas prevalentes que tenga la Adolescente, se clasifican en tres grupos:

1. Nuligesta, Adolescente con vida sexual, pero sin antecedentes de embarazo.
2. Primigesta, con antecedentes de aborto, pero sin llegar a ser madre.
3. Primípara, o múltipara, Adolescente madre.

A. GRUPO 1

Es el grupo más conflictivo. Los métodos ideales serían los de barrera, condones más espermicidas y cálculo del período fértil para aumentar la eficacia. Pero por la característica de este grupo de edad no son muy eficaces con su uso típico.

La segunda prioridad corresponde a los métodos hormonales combinados de dosis baja o progestágeno puro .

Recordar dar siempre orientación sobre anticoncepción de emergencia.

B. GRUPO 2

Este grupo representa alto riesgo de nuevo embarazo, independientemente de que el aborto fuera provocado o espontáneo. Desde un punto de vista biológico, la elección del método es semejante al de la mujer adulta.

Si el método que escogió es el DIU, aplicar con el mismo criterio de grupo 3 y hacer seguimientos frecuentes. Si no existe contraindicación, lo ideal es colocar el DIU en el post-aborto inmediato o en los primeros 15 días.

El uso de inyectables hormonales en el post aborto inmediato tiene un efecto protector temprano, sin embargo, no se recomiendan hormonales inyectables en menores de 18 años.

C. GRUPO 3

Aplicar los mismos criterios que en la mujer adulta.

Especial protección por la lactancia materna. Puede recomendarse el DIU. El uso de inyectables hormonales tipo Depo Provera es una opción si la adolescente es mayores de 18 años.

Uso de anticonceptivos hormonales combinados si no está lactando.

V. METODOS ANTICONCEPTIVOS

1. ABSTINENCIA:

Las/los adolescentes que no tienen relaciones sexuales no tienen riesgos de embarazo. La abstinencia de relaciones sexuales es una opción personal que requiere motivación y control de sí mismo. Los adolescentes deben saber que las

relaciones orales y anales son formas de relación sexual, que al igual que las coitales, requieren protección. Todo adolescente, aunque no tenga relaciones sexuales, tiene derecho a recibir información clara sobre todas las opciones anticonceptivas, para que con autonomía pueda tomar la decisión sobre qué método elegir..

2. METODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

Estos métodos se basan en el conocimiento del ciclo ovulatorio y su abstinencia en períodos fértiles. Requiere de un conocimiento claro sobre el ciclo y de mucha motivación para abstenerse de relaciones sexuales en esos períodos, tener ciclos regulares y conllevar alto riesgo de fracaso sobre todo en adolescentes. Al igual que el anterior se requiere de mucha motivación, tener ciclos regulares y conllevar alto riesgo de fracaso, sobretodo en adolescentes.

3. METODOS DE BARRERA:

No hay contraindicaciones a los métodos de barrera. Además tienen la ventaja de proteger contra las infecciones de transmisión sexual.

- a. Tabletas vaginales, óvulos, supositorios, espumas o jaleas:
 - Aplicar de 10-15 minutos antes del coito y no hacerse ducha vaginal antes de 6 horas.
 - Reaplicar antes de cada coito.
 - Se recomienda en combinación con el condón.
- b. Condón o Preservativo:

Orientar al usuario sobre la técnica correcta de uso, como sigue:

- Aplicarlo en cuanto el pene esté erecto y antes de cualquier contacto con la vagina.
- Presionar un centímetro de la punta del condón mientras se desenrolla a lo largo del pene.
- Después de la eyaculación pero antes de perder la erección sujetar el condón contra la base del pene mientras se retira de la vagina a fin de evitar que se derrame el semen.
- Usar un condón nuevo por cada coito.

4. METODOS HORMONALES COMBINADOS

a. Contraindicaciones absolutas

- Embarazo
- Lactancia materna
- Sangrado vaginal inexplicado
- Cáncer mamario actual
- Tumores de hígado, hepatitis activa o cirrosis grave.
- Presión arterial de 160/100 y más
- Diabetes Mellitus con compromiso vascular
- Trombosis venosa profunda actual o pasada
- Enfermedad cardíaca isquémica o ataque cerebral
- Cefalea intensa (Migraña) con síntomas neurológicos focales.

b. Contraindicaciones relativas

- Diabetes Mellitus sin compromiso vascular
- Migraña no focal
- Anticonvulsivantes

c. Alternativas

1. Anticonceptivos Orales (ACO)

- Utilizar sólo los microdosificados, con dosis de estrógeno de 20-30ug.
- Evaluación cada seis meses por personal capacitado
- Exhortar a la usuaria a consultar por dudas, signos de alerta de complicaciones, cefaleas intensas con problemas de la visión o cualquier efecto secundario común.
- Para evaluación y manejo de las complicaciones con el método se referirá al especialista.
- No es necesario ni recomendable un período de “descanso” en la toma de ACO.
- Dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o después de un accidente que requiera inmovilización de las piernas se recomienda suspender los ACO y debe recomendarse otro método alterno de barrera.
- Iniciar la toma de ACO dentro de los primeros 5 días del ciclo.
- Si inició la primera toma luego del quinto día, recomendar uso de condón por 7 días al igual que si olvidó tomar 2 píldoras.
- En presencia de diarrea, vómitos importantes o si está tomando Rifampicina, usar condón por 7 días.

2. Inyectables combinados

- Es el método preferido por las adolescentes, son seguros y sumamente eficaces.
- Es preferible utilizar aquellos con baja dosis, de uso mensual.

5. ANTICONCEPTIVOS SOLO DE PROGESTINA:

a. Orales: No contamos con esta presentación en nuestro mercado.

c. Inyectable sólo de Progestina:

- No contienen estrógenos y deben aplicarse cada 3 meses (por ejemplo Depo-Provera).
- Para las jóvenes menores de 16 años de edad existen preocupaciones respecto a los efectos hipoestrogénicos de los progestágenos solos, que podrían afectar el aumento posmenárquico de densidad mineral ósea. Aunque esto es reversible al suspender el método, debe tomarse en cuenta al aconsejar a las usuarias sobre el uso de los mismos.
- Si están disponibles los inyectables combinados podrían ser una mejor opción.
- No deben usarse en el embarazo, sangrado vaginal inexplicado o cáncer mamario actual.
- Los efectos secundarios más frecuentes son las irregularidades menstruales que deben manejarse primero que todo con consejería y luego dar medicamentos como AINE's, estrógenos u otra dosis de DMPA.

6. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU):

Puede ser utilizado por mujeres de cualquier edad o que hayan tenido cualquier número de partos, incluida las jóvenes y nulíparas. Se requiere un seguimiento más estricto de la adolescente que selecciona este método.

a. Contraindicaciones

- Embarazo
- Infección después de un parto o un aborto
- Sangrado vaginal inexplicado
- Cáncer ginecológico
- EPI actual o en los últimos tres meses
- ITS actual o en los últimos tres meses
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna
- Cavidad uterina malformada
- Tuberculosis pélvica diagnosticada.

7. ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA:

Es una opción para evitar el embarazo luego de una relación sexual sin protección; cuando falla el método que se usó; cuando existió violación; si se olvidó tomar 3 o más píldoras anticonceptivas o hace mas de 14 semanas de la inyección de DMPA.

No es un método de uso regular o permanente y debe hacerse énfasis en esto.

Todas las adolescentes y sobre todo las que están usando un método de barrera o natural deben conocer sobre esta opción anticonceptiva y saber como usarlos.

a. Alternativas:

1. Píldoras combinadas: Método de Yuzpe

- Cada dosis contiene al menos 0.1 mg de etinil estradiol y 0.5 mg de levonorgestrel (**Según la Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care** cada tableta contiene 50 ug de

etinilestradiol y 500 ug de norgestrel equivalente a 250 ug de levoneorgestrel)

- La primera dosis se administra dentro de las primeras 72 horas del coito no protegido. 4 tabletas de dosis baja o 2 tabletas de dosis alta
- Repetir la dosis a las 12 horas con igual cantidad de tabletas.
- Si ocurre vómito antes de las dos horas de haber tomado la primera dosis, repetir la primera dosis con igual número de pastillas y tomar la segunda dosis cuando le correspondía.
- Cuando la adolescente no puede recibir estrógenos se puede usar la píldora de progestágeno solo o el danazol.

2. Píldoras sólo de Progestina

- Cada dosis contiene al menos 0.75 mg de levonorgestrel
- Ingerir la primera dosis dentro de las primeras 72 horas del coito no protegido.
 - Si se cuenta con preparaciones farmacéuticas especiales para anticoncepción de emergencia se toma una píldora.
 - Si se cuenta con píldoras regulares anticonceptivas de progestina sola, se utilizan 20 tabletas como primera dosis.
- Repetir la dosis a las 12 horas con igual cantidad de tabletas.
 - Alternativa: Norgestrel 0.6 mg dosis única. Debe tomarse dentro de las primeras 12 horas del coito no protegido.

3. Danazol

- 800 mg en dos (2) dosis separadas por 12 horas.

b. Efectos colaterales

Los efectos colaterales ocurren mucho más frecuente con las píldoras combinadas que con las de progestina solas. Generalmente no duran mas de 24 horas después de la segunda dosis. Entre los mas frecuentes están: náuseas, vómito, cefaleas, mareos, fatiga y sensibilidad mamaria anormal.

c. Visita de seguimiento:

- Si tiene síntomas o inquietudes que la preocupan
- Si la menstruación se ha tardado más de una semana
- Necesita anticoncepción continua
- Necesita más asesoramiento.

VI. Sexualidad y anticoncepción de adolescentes con enfermedades crónicas

Los y las adolescentes con enfermedades crónicas tienen dilemas, dudas, temores, preocupaciones y necesidades sobre los aspectos de la sexualidad semejantes a los jóvenes sanos. Las diferencias en el abordaje se derivan del tipo de enfermedad y las condiciones que pueden retrasar el desarrollo puberal o que impide su movilidad.

Estos adolescentes son más vulnerables desde el punto de vista sexual. Las dificultades para el desarrollo de su sexualidad están en función de las limitantes de su enfermedad. Tienen derecho a información y acceso adecuado a métodos anticonceptivos.

a. Aspectos a considerar

- El sexo del adolescente
- Tipo de pareja
- Capacidad manual y destreza para utilizar el método
- Desarrollo intelectual y cognitivo
- Tipo de enfermedad crónica

b. Métodos anticonceptivos para adolescentes con retardo mental

1. Los métodos de barrera no se recomiendan en adolescentes con retardo porque requieren iniciativa personal, destreza y comprensión intelectual.
2. Los DIU se desaconsejan por la incapacidad para reportar dolor o

molestias, por el aumento de sangrado menstrual y problemas de higiene.

3. Las píldoras son las más recomendadas aunque se requiere supervisión.
4. Los inyectables de acción prolongada (DMPA) son los más recomendados ya que son de fácil aplicación y presentan el beneficio adicional de producir el cese de las menstruaciones.
5. La esterilización femenina o masculina puede considerarse como una opción en algunos casos, luego de una evaluación ética de cada caso en particular.

Métodos anticonceptivos para adolescentes con enfermedades crónicas

TIPO DE ENFERMEDAD	METODOS ANTICONCEPTIVO
Lupus eritematoso sistémico (LES)	Anticonceptivos orales de progestágeno Inyectables de progestágeno de acción prolongada Evitar uso de DIU con inmunosupresores
Diabetes Mellitus	Anticonceptivos orales con la más baja dosis. Progestágenos solos
Enfermedad tiroidea	DIU Píldoras combinadas con buen control hormonal tiroideo
Tuberculosis	Usar dos métodos (la Rifampicina aumenta el metabolismo hepático de los esteroides y disminuye la eficacia de los mismos)
Asma	Anticonceptivos orales combinados
Enfermedad fibroquística	Anticonceptivos orales combinados, menor dosis de progestágenos
Enfermedad de Crohn (Colitis Ulcerosa)	Anticonceptivos orales combinados
Hepatitis	Anticonceptivos orales combinados solamente con función hepática normal. Controlar periódicamente.
Convulsiones	Progestágenos inyectables Anticonceptivos orales (los anticonvulsivantes a excepción del valproato, reducen la eficacia de los anticonceptivos orales).
Artritis reumatoidea	Anticonceptivos orales combinados
Cáncer	Anticonceptivos orales combinados si el cáncer no es estrógeno dependiente. Evitar DIU si está recibiendo inmunosupresores.
Enfermedad renal crónica	Progestágenos inyectables Anticonceptivos orales si no tiene hipertensión severa. Evitar DIU si está recibiendo inmunosupresores.
Anemia Falciforme	Píldora de Progestina sola. Progesterona inyectable de acción prolongada. No usar DIU por riesgo de sangrado o infección.

VII. Barreras médicas en la anticoncepción

Se procurará la eliminación de barreras médicas innecesarias a la práctica de la planificación familiar.

El Grupo de Trabajo para las Guías sobre Barreras Médicas en la Planificación Familiar establecido por el USAI en 1992 integrado por expertos en el ámbito mundial, elaboró las “Guías de Consenso para la Actualización de las Prácticas: Métodos hormonales y DIUs”. Allí se ha establecido una clasificación de los diferentes procedimientos o requisitos que se exigen usualmente para iniciar un método anticonceptivo.

Se han establecido cuatro clases para diferenciar los procedimientos:

Clase I: Esencial y obligatorio para todos los clientes en cualquier situación, para garantizar el uso seguro del método.

Clase II: Racional desde el punto de vista médico o epidemiológicamente razonable para algunos clientes y en algunas situaciones para optimizar el uso seguro del método, pero puede no ser necesario en todos los casos.

Clase III: Puede ser apropiado e indicado para una óptima atención médica preventiva, pero no está relacionado al uso seguro del método.

Clase IV: No sólo no es necesario, sino también irrelevante.

Los cuadros siguientes explican en la primera columna las prácticas comunes o requisitos que por lo general se establecen rutinariamente en las consultas de Planificación Familiar para ingresar al programa, independientemente del método seleccionado y que en algunos casos son innecesarios y constituyen barreras para un inicio oportuno de la planificación familiar.

En las siguientes columnas se determina en que clase del I - IV se ha clasificado el procedimiento según el consenso de los expertos, de acuerdo al método particular seleccionado. Aquellos señalados con la letra G indican la opinión tentativa de los expertos. La G con asterisco G* significa que sobre el tema aún no se ha llegado a una opinión definitiva.

En la última columna se hacen observaciones específicas a cada intervención asociada a condiciones particulares.

BARRERAS MÉDICAS EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE BAJA DOSIS DE ESTRÓGENOS

AL INICIAR EL MÉTODO	CLASE				COMENTARIOS
	I	II	III	IV	
Examen pélvico			G		Clase I cuando el examen pélvico es el método utilizado para descartar un embarazo.
Presión arterial		G			Se requiere más estudios sobre el efecto de los ACO sobre la presión arterial.
Examen de mamas		G			Los efectos de los ACO de baja dosis de estrógenos sobre el cáncer incipiente de la mama no son comprendidos adecuadamente.
Tamizaje de ITS por Historia		G*	G*		
Tamizaje de ITS por laboratorio a personas sintomáticas			G		Debe ser Clase II para mujeres de alto riesgo
Toma de Papanicolaou			G		
Consejería sobre uso correcto del condón y habilidad de negociación para personas con riesgo de ITS		G*	G*?		En discusión
Exámenes de rutina de laboratorio (Glicemia, colesterol y función hepática)				G	

G = Opinión tentativa del grupo de trabajo

G* = Áreas de debate

INYECTABLES DE PROGESTÁGENOS SÓLAMENTE (DMPA Y NET-EN)

AL INICAR EL MÉTODO	CLASE				COMENTARIOS
	I	II	III	IV	
Examen pélvico			G		Clase I cuando el examen pélvico es el método utilizado para descartar un embarazo.
Presión arterial			G		Se requiere más estudios sobre el efecto de los inyectables sobre la presión arterial.
Examen de mamas			G		
Tamizaje de ITS por Historia		G*?	G*?		
Tamizaje de ITS por laboratorio a personas sintomáticas			G		
Toma de Papanicolaou			G		
Consejería sobre el uso correcto del condón y habilidad de negociación para personas con riesgo de ITS		G*?	G*?		Consejería sobre prevención de ITS debe ser parte de la consejería para la selección adecuada del método.
Exámenes de rutina (Glicemia, colesterol y función hepática)				G	
Consejería sobre irregularidades del sangrado menstrual	G				

G = Opinión tentativa del grupo de trabajo

G*? = Áreas de debate

INSERCIÓN DE NORPLANT

AL INICAR EL MÉTODO	CLASE				COMENTARIOS
	I	II	III	IV	
Examen pélvico			G		Clase I cuando el examen pélvico es el método utilizado para descartar un embarazo
Presión arterial			G		Se requiere más estudios sobre el efecto de los Progestágenos sobre la presión arterial
Examen de mamas			G		
Tamizaje de ITS por Historia		G*?	G*?		
Tamizaje de ITS por laboratorio a personas sintomáticas			G		Debe ser clase II para mujeres de alto riesgo
Toma de Papanicolaou			G		
Consejería sobre uso correcto del condón y habilidad de negociación para personas con riesgo de ITS		G*?	G*?		
Exámenes de rutina de laboratorio (Glicemia, colesterol y función hepática)				G	
Consejería sobre irregularidades del sangrado menstrual	G				

G = Opinión tentativa del grupo de trabajo

G*? = Áreas de debate

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

AL INICIO DEL MÉTODO	CLASE				COMENTARIOS
	I	II	III	IV	
Examen pélvico	G				
Presión arterial			G		
Examen de mamas			G		
Tamizaje de ITS por Historia	G				
Tamizaje de ITS por laboratorio a personas sintomáticas			G		Debe ser Clase II para mujeres de alto riesgo
Toma de Papanicolaou			G		
Consejería sobre el uso correcto del condón y habilidad de negociación para personas con riesgo de ITS		G			
Exámenes de rutina de laboratorio (glicemia, colesterol y función hepática)				G	
Consejería general: Conducta de alto riesgo, síntomas y signos que ameritan reconsulta, efectos normales esperados.	G				Mujeres con alto riesgo de ITS no deben utilizar DIU

G = Opinión tentativa del grupo de trabajo

G*? = Áreas de debate

Anexo.

Colaboradores.

**COMISIÓN ELABORADORA DEL PRIMER BORRADOR DE LAS GUÍAS DE
ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA INFANTE JUVENIL**

Dra. Carmen Charter
Hospital Santo Tomás

Dra. Ruth De León
Centro de Investigación en Reproducción Humana

Dra. Eyra Ruiz
Centro de Investigación en Reproducción Humana

Dra. Rosinda de Espino
Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias M.

Dra. Lourdes Augusto
Hospital del Niño

Dr. Eric Díaz
Departamento Materno Infantil de la Caja de Seguro Social

Dra. Egipcia Lezcano
Sección de Salud Mental del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población

Dr. Augusto Robinson
Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias M.

Dra. Amoy Chong Ho
Sección de Atención Integral a la Niñez del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población

Dra. Geneva González
Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología y Asociación Panameña para la Planificación de la Familia

Lic. Amarelis Quintero
Sección de Atención Integral a la Niñez del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población

Dra. Magalli Moreno de Zevallos
Sección de Salud Reproductiva del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población

**PARTICIPANTES EN EL PRIMER TALLER DE REVISIÓN DE LAS GUÍAS DE
ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA INFANTO JUVENIL**

17 y 18 de Julio de 2003

Hotel Granada

Lic. Amarelis Quintero	Enfermera obstétrica
Dra. Sara Edith Campana	Gineco-obstetra
Dr. Konstantino Tserotas	Gineco-obstetra
Dra. Carmen Charter	Ginecología infantil
Dra. Lourdes Augusto	Ginecología infantil
Dr. Angel Díaz	Ginecólogo oncólogo
Dr. Rogelio Vargas rose	Gineco-obstetra
Dr. Jorge Delgado	Gineco-obstetra
Dra. Eyra Ruiz	Gineco-obstetra
Dr. Domingo Moreno	Gineco-obstetra
Dra. Marta Puga	Gineco-obstetra
Dr. Rodolfo Yi	Gineco-obstetra
Dra. Ruth De León	Gineco-obstetra
Dra. Magalli Moreno de Zevallos	Gineco-obstetra
Dra. Geneva González	Gineco-obstetra, Genetista
Dra. Adriana Chung	Pediatra
Dr. José Almario	Pediatra
Dra. María Sabina Chu	Pediatra
Dr. Eric Díaz	Pediatra
Dr. Max Ramírez	Pediatra
Dra. Gladys Cossio	Pediatra, Genetista
Lic. Luis Roach	Psicólogo
Lic. Hermelinda Rodriguez	Trabajadora Social
Lic. Dora Polanco	Trabajadora Social

**PETITE COMITÉ PARA LA REVISIÓN DEL SEGUNDO BORRADOR DE LAS
GUÍAS DE ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA INFANTO JUVENIL**

30 de enero de 2004

DSAIP/SEDE

Dr. Konstantino Tserotas
Dra. Lourdes Augusto
Dr. Darcy Smith
Dr. Max Ramírez
Dra. Sara Edith Campana
Dra. Magalli Moreno de Zevallos

**PARTICIPANTES DEL TALLER DE REVISIÓN FINAL DE LAS GUÍAS DE
ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA INFANTO JUVENIL**

Fecha 15 y 16 de julio de 2004

Hotel Roma

Dra. Geneva González	APLAFA
Dra. Eyra Ruiz de Jaén	CIRH
Dra. Ruth De León	CIRH
Lic. Edith Modesto de Prado	Consultora UNFPA
Dr. Eusebio Bravo	CSS Panamá Oeste
Dr. Domingo Moreno	CHMCSS
Dr. Konstantino Tserotas	CHMCSS
Dra. Itzel del Carmen Smith	Dirección de Políticas de Salud /SEDE
Lic. Toribia Venado	Dirección de Promoción de la Salud/SEDE
Lic. Esther De Gracia	Dirección de Promoción de la Salud/SEDE
Dra. Eva Saurí	Dirección de Provisión de Servicios/SEDE
Lic. Amarelis Quintero	DSAIP/SEDE
Dra. Amoy Chong Ho	DSAIP/SEDE
Dr. Gaspar Da Costa	DSAIP/SEDE
Lic. Dora Polanco	DSAIP/SEDE
Dra. Magalli M. de Zevallos	DSAIP/SEDE
Dr. Enrique Castañedas	Epidemiología MINS/SEDE
Dra. Elizabeth del Río	Hospital de Chepo
Dra. Gladys Cossio	Hospital del Niño
Dra. María Sabina Chú	Hospital del Niño
Dra. Margarita Castro	Hospital del Niño
Dra. Brenda D. Araúz	Hospital Regional de San Blas
Dra. Carmen Charter	Hospital Santo Tomás
Dr. Rogelio Vargas	Hospital Santo Tomás

Dra. Yila de Centella	Materno Infantil Caja de Seguro Social
Lic. Doris L. Blandón	Materno Infantil Caja de Seguro Social
Dra. Rosinda de Espino	Neonatología CHMCSS
Lic. Gloria Hernández de Aldeano	Policlínica Carlos N. Brin
Dr. Alfredo Juncá	Policlínica de Bethania
Dr. Eric Díaz	Policlínica JJ.Vallarino
Dr. Anthony Thomas	Policlínica Manuel María Valdés
Dr. José Almario	Policlínica Pediátrica CSS
Dra. Victoria Mendoza	Policlínica San Francisco
Lic. Sara Díaz de Casís	Policlínica Santiago Barraza
Lic. Itzel Santamaría	Programa Ampliado de Inmunizaciones
Lic. Debora Clarke de Rose	Región de Bocas del Toro
Dr. Frank E. Medina	Región de Coclé
Lic. Elvia Valdés	Región de Coclé
Dra. Liliana Barrios	Región de Colón
Lic. Marlene Valdés	Región de Chiriquí
Lic. Damaris Berroa	Región de Chiriquí
Lic. María D. Pérez	Región de Darién
Dra. Cornelia Thomas	Región de Herrera
Lic. Vielka Ramírez	Región de Herrera
Dr. Nesstor Garibaldo	Región de Kuna Yala
Lic. Noris González	Región de Los Santos
Lic. Angela Saavedra	Región de Los Santos
Lic. Luisa Osorio	Región de Panamá Este
Dr. Luis E. Ososrio	Región de Panamá Oeste
Lic. Gladys de Tedezco	Región de San Miguelito
Dra. Carmen Sagel	Región de San Miguelito
Dr. Darcy Smith	Región de San Miguelito
Lic. Catalina Espinosa	Región de Veraguas
Lic. Vielka Campos	Región de Veraguas
Dr. Rodolfo Yi	Región Metropolitana
Dra. Yadira Carrera	Región Metropolitana
Dr. Blas Degracia	Región Metropolitana
Dr. Egberto Stanziola	Región Metropolitana
Dra. Adriana Chung	Región Metropolitana de Salud
Lic. Beaulah Christi	Región Ngobe Buglé
Lic. Gloribeth Velásquez	Región Panamá Este
Dra. Denia L. De Gómez	Región Panamá Oeste
Dra. Sara Campana	SPOG
Lic. Diana Valencia	

REVISIÓN Y EDICIÓN FINAL DEL DOCUMENTO 2006

Dra. Yadira Carrera
Dr. Domingo Stanziola
Lcda. Dora Polanco

Coordinadora Nacional de Niñez y Adolescencia, MINSA
Consultor de OPS/OMS
Trabajadora Social Sección de Niñez y Adolescencia, MINSA

GLOSARIO

1. Maltrato:

Ofensas de hecho, y de palabra, graves o intolerantes, que menoscaba las obligaciones de afecto y respeto que deben presidir las relaciones entre las personas (*)

2. Maltrato Infantil:

Toda conducta que por acción u omisión interfiera con el desarrollo físico, psicológico o sexual de los niños, niñas y jóvenes (*)

3. Sobreviviente:

Persona que continua viva (después de haber sido sometida/o a trauma físico, psicológico o sexual) y que logra cierto equilibrio psicosocial, a pesar de haber sido agredida/o solamente por un familiar o persona a fin, tutor(a) o cuidador(a).

4. Incesto:

Violación u otro tipo de abuso sexual cometido por un familiar o una persona afín – tutor(a) contra otro(a) miembro de la familia. Relación carnal entre parientes muy próximos, cuyo matrimonio está prohibido.

La Organización Incest Survivors, utiliza en sus panfletos educativos el concepto “traición a la confianza” al definir incesto que puede involucrar contacto físico o no, seducción o abuso verbal, coito anal o vaginal, sexo oral, sodomía, estimulación manual (como caricias en los senos de una adolescentes), amenazas directas, amenazas sobre entendida y otras formas de abuso.

5. Ofensor(a) Abusador(a):

Quien realiza cualquier acción u omisión descrita en la definición de violencia en perjuicio de las personas que se encuentra protegidas por esta ley. (niña, niño, adolescentes). (***)

6. Actos o Conducta Dishonestas:

Dicho o hecho deshonestos, indecente, inmoral.

Quien sin la finalidad de lograr acceso carnal ejecuta actos libidinosos en perjuicio de persona, de uno u otro sexo, mediante violencia o intimidación o cuando la víctima no hubiese cumplido 14 años o no pudiese resistir, será sancionado con prisión de 3 a 6 años (**).

7. Tocamiento y/o Manoseo:

Tocar constantemente con la mano, por lo general sin mucho cuidado. (**)

* Manual de Normas y Procedimiento para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar y Promoción de Formas de Convivencia Solidaria en el Sistema Nacional de Salud

** Ramón García, Pelayo y Gross – Larousse – Diccionario Manual Ilustrado

*** Código Penal, Art. 220

BIBLIOGRAFIA

1. Salud Integral del Adolescente. Rosa Prieto de Sosa y Colaboradores. Centro Paraguayo de Estudios de Población. EFACIM .Páginas131-134. Páginas 195-222.
2. Normas de Atención. Enfermedades Sexualmente Transmisibles. Asociación Demográfica Salvadoreña-1998. Páginas53-56.
3. Ginecología Infanto Juvenil Salud Reproductiva del Adolescente. Dr Jorge Peláez M. Páginas 52-76.
4. Normas técnicas Administrativas para la atención de las Enfermedades Trasmitidas Sexualmente y el VIH-SIDA . MINSA/CSS Panamá, 1999
5. Novak. Ginecología. Cap. Amenorreas. 12ª Edición J. S. Berek, P. A. Hillard, E. Y. Adashi
6. Peláez Mendoza Ginecología Infanto-Juvenil. Hemorragias Genitales en la Infancia y la Adolescencia. Trastornos de la pubertad.
7. Normas Diagnósticas y Terapéuticas en Ginecología Infanto Juvenil. Organización Panamericana de la Salud
8. Polak de Fried, E. Bagnati, C. López Kaufman. Amenorrea, Metrorragia Disfuncional, Trastornos Menstruales en la Adolescencia.
9. Frederickson, H. L., MD. Wilkins-Haug, MD, PhD. Hemorragia uterina anormal. Secretos de la Ginecoobstetricia. 2ª Edición McGraw-Hill Interamericana
10. Pelaez-Mendoza; J. Ginecología Infanto Juvenil. Salud Reproductiva del Adolescente. Editorial Científico Técnico, 1999. Cap. XI pag. 164-202.
11. OPS: La Salud del Adolescente y el joven.
12. Dulango G.E. Cap. 70 pag. 521-528. Embarazo. Libro
13. Coll. A; Dulanto G.E. Cap. 71 pag.529-536. Diagnóstico del Embarazo
14. De León R., R.G., Características psicosociales de las adolescentes embarazadas asociadas al control prenatal. Tesis. Junio 1993.
15. Molena C.N., Medicina Reproductiva del Adolescente. Perinatología y Reproducción. Vol. 2(1) 1989 pag. 3-5
16. Charter. Disgenesias Mullerianas. Trabajo de terminación de Residencia. Presentación de casos estudiados en el Servicio de Ginecología del Hospital Santo Tomás. Desde 1979 - 1983.
17. Novak Ginecología . Cap. 23 Pubertad, 24 Amenorrea. 12 edición.
18. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Normas diagnósticos y Terapéuticas en Ginecología Infanto Juvenil. 1988
19. Zeiguer B. Ginecología Infanto Juvenil. Cap. XI. Malformaciones del Tracto Genital.
20. Irene Saez Garcia, "Sexualidad en la Adolescencia". Segunda Edición, Correas oct. 1992.
21. María Cecilia Claramont M. "Los Ofensores Sexuales Juveniles" -" Guía para la intervención terapéutica". Ediciones Ser y Crecer. 1993
22. Ivonne Abadía de Regalado, Luz Aleida Terán. "Situación del Abuso Sexual contra las Niñas". Panamá 1999.
23. Jorge Peláez Mendoza. "Ginecología Infanto/Juvenil. Salud Reproductiva del Adolescente". Editorial Científico-técnica - 1999.
24. Angela Alvarado Aguilar. "Informe de Violencia de Género en Panamá. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Panamá 1999.
25. Canessa, P. Nykiel, C. (1997) Manual para la educación para la salud integral del adolescente. OPS/OMS, FNUAP, Washington, D.C. Mayo.
26. Clínicas Pediátricas de Norteamérica: Ginecología Pediátrica y de adolescentes. (1981). Vol. 2 Ed. Interamericana.
27. Coll, A. (1996). Prevención del embarazo en la Adolescencia. PRONAP 96, Módulo I. Sociedad Argentina de Pediatría.
28. Dexeus, S. (1986) La Contracepción hoy. Barcelona, España.
29. Eisler, A. Kuznetz, N. (1994) AMA. Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS) Recommendation and Rationale. American Medical Association. Department of Adolescento Health, Chicago, Illinois. De. Williams and Wilkins, Baltimor, Maryland, EE.UU.

30. Family Health International. (1995) Consejería en Planificación Familiar. AVSC. International, New York. Bibliografía
31. Peláez Mendoza; J. Ginecología Infanto Juvenil. Salud Reproductiva del Adolescente. Editorial Científico-Técnico, 1999. Cap. XI pag. 164-202
32. OPS: La salud del adolescente y el joven.
33. Dulango G.E. Cap. 70 521-528 Embarazo. Libro.
34. Coll, A; Dulango G,E, Cap. 71 529-536 diagnóstico del embarazo.
35. De León R, R.G. Características psicosociales de las adolescentes embarazadas a la asistencia al control prenatal. Tesis, Junio 1993.
36. Molina C,R; Medicina Reproductiva del Adolescente. Peinatología y Reproducción. Vol 2 (1) 1989 3-51
37. Méndez, José María.; Siemazki, Kinga. Anticoncepción en adolescentes. Dulango, 590, 592.
38. Organización Panamericana de la Salud/FNUAP (2000). Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva. N°2.
39. Trumper, E. (1988). "Anticoncepción en la Adolescencia". En Zeiguer, B.K. Ginecología Infanto Juvenil. Ed. Panamericana. Buenos Aires; 413-428.
40. Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Intra Familiar y la Promoción de Formas de Convivencia Solidaria en el Sistema de Salud. MINSA/CSS. Panamá, 2000.
41. Recommendations of Family Planning & Reproductive Care. Royal College of Obstetricians & Gynecologists. Recommendations for clinical practice: Emergency Contraception. London 2001.
42. Guía de Consenso para la actualización de prácticas: Métodos hormonales y DIU's. Grupo de Trabajo para elaborar las guías sobre las Barreras Médicas en la Anticoncepción. USAI 1992.
43. Normas de Atención ginecológica. MINSA-CSS Panamá 1999
44. Abuso sexual en la infancia. Federación de planificación de la familia, Región Hemisferio Occidental.
45. Abuso sexual en la infancia. Federación Internacional de Planificación de la Familia. Región Hemisferio Occidental.
46. Manual de Normas y Procedimiento para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar y Promoción de Formas de Convivencia Solidaria en el Sistema Nacional de Salud
47. Ramón García, Pelayo y Gross - Larousse - Diccionario Manual Ilustrado
48. Código Penal, Art. 220
49. Respuesta de la Procuradora de la Administración a la Consulta sobre los derechos de los adolescentes a la atención en salud sexual y reproductiva.
50. Nelson W. y col. Tratado de Pediatría. 6ª Edición. Salvat Editores. España 1973. Págs.353, 1275-1278.
51. Nelson W. y col. Tratado de Pediatría. 15ª Edición. Salvat Editores. España 2001.
52. Schaffer, A y col. Enfermedades del Recién nacido, 3ª Edición. Salvat Editores, España. 1974. Págs 394-403.