



Resolución Directoral

Lima, 07 de Setiembre de 2022

VISTO:

El Expediente N° 02669-22, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud dispone que, *"la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo"*, y que *"la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla"*;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA de fecha 05 de julio del 2021, que resuelve aprobar el documento denominado *"Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"*, cuya finalidad es fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos; cuyo Objetivo General consiste en establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras";

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA de fecha 04 de junio de 2007, se resuelve aprobar la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuya finalidad es *"contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos"*;

Que, mediante Resolución Directoral N° 054-2020-INMP/MINSA de fecha 10 de marzo de 2020, se resolvió aprobar las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal, que consta de dieciocho (18) Guías de Práctica Clínica y Diecisiete (17) Guía de Procedimientos, de las cuales van a ser adoptadas nueve (09) guías; asimismo a través de la Resolución Directoral N° 155-2018-DG-INMP/MINSA de fecha 02 de julio de 2018, se aprueba las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, que consta de Cuarenta y Siete (47) Guía Clínicas y Treinta y Tres (33) Guías de Procedimiento, de las cuales una (01) guía va a ser adoptada;

Que, a través de la Nota Informativa N° 048-DGO-HONADOMANI-SB-22 de fecha 11 de febrero de 2022, del Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia se dirige al Director Adjunto solicitando la adopción y



adecuación a la realidad asistencial del tipo de paciente de diez (10) Guías de Práctica Clínica; que se encuentran incluida en las "Guías de Práctica Clínica de las de Procedimientos en Ginecología" del Instituto Nacional Materno Perinatal, aprobadas por Resolución Directoral N° 054-2020-INMP/MINSA de fecha 10 de marzo de 2020, y las "Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología" del Instituto Nacional Materno Perinatal, aprobadas mediante Resolución Directoral N° 155-2018-DG-INMP/MINSA de fecha 02 de julio de 2018; adjuntando la relación de las mismas;



Que, mediante Informe N° 023-J-OGC-2022-HONADOMANI-SB de fecha 02 de junio de 2022, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, emitió opinión favorable a la propuesta presentada, para la Adopción de diez (10) Guías de Práctica Clínica, señalando que las guías han sido evaluadas con la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, las mismas que no tienen observaciones pendientes;

Que, a través de la Nota Informativa N° 101-2022-DA-HONADOMANI-SB de fecha 02 de junio de 2022, el Director Adjunto emitió opinión favorable para la Adopción de (10) Guías de Práctica Clínica; las mismas que fueron aprobadas mediante Resolución Directoral N° 054-2020-INMP/MINSA - Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Ginecología, y Resolución Directoral N° 155-2018-DG-INMP/MINSA - Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología, ambas del Instituto Nacional Materno Perinatal, que serán adoptadas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



Que, mediante Memorando N° 185-2022-DG-HONADOMANI-SB de fecha 03 de junio de 2022, el Director General solicitó a la Oficina de Asesoría Jurídica la proyección del acto resolutorio correspondiente, para la Adopción de diez (10) Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Ginecología y Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal;

Que, ante lo propuesto por el Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia y contando con la opinión favorable del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad así como del Director Adjunto; y considerando que los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades, y son emitidos por el órgano competente siendo su objeto física y jurídicamente posible, resulta necesario emitir el acto resolutorio de Adopción de diez (10) Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Ginecología, y Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal;

Con la visación del Director Adjunto, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe del Departamento Gineco-Obstetricia y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 051-2022/MINSA, como Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" y de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la Adopción de diez (10) Guías las mismas que se encuentran incluidas dentro de las "Guías de Práctica Clínica y Procedimientos en Ginecología" y las "Guías de Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología" del Instituto Nacional Materno Perinatal, para ser aplicadas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", las mismas que en anexo adjunto forman parte integrante de la presente Resolución; conforme el detalle siguiente:

- **Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Ginecología:**
(Aprobada por Resolución Directoral N° 054-2020-INMP/MINSA)

1. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia Uterina Anormal.
2. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Leiomioma del Útero.





Resolución Directoral

Lima, 07 de Setiembre de 2022

3. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Disfunción del Piso Pélvico.
4. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones Cérvico Vaginales.
5. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual. ITS
6. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica.
7. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Dolor Pélvico Crónico.
8. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Endometriosis.
9. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento del Climaterio y Menopausia.

- **Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología:**
(Aprobada por Resolución Directoral N° 155-2018-DG-INMP/MINSA)

10. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Infección de Herida Operatoria.

Artículo Segundo.- Disponer que el Departamento de Gineco Obstetricia se encargue de la adecuación, implementación, difusión y supervisión del cumplimiento de las Diez (10) Guías de Práctica Clínica adoptadas en el artículo primero de la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Disponer que, la Oficina de Estadística e Informática a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la presente resolución en el portal de la página web del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé". (www.sanbartolome.gob.pe)

Regístrese, Publíquese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"
M.C. SANTIAGO G. CABRERA RAMOS
Director General
CMP. 16739 RNE. 7427

SGCR/ASP/JORC/JOVO/lccs
C.C.

- DA
- OGC
- Dep. Gineco Obstetricia
- OAJ
- OEI
- Archivo





PERÚ
Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente Madre
Niño "San Bartolomé"

DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR
GRIMBERG

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía"



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

GUIAS DE PRACTICA CLINICA

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

2022

HOSPITAL SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
Dr. Juan O. Ramirez Cabrera
Especialista en Ginecología y Obstetricia
C.M.P. 24474 RNE 14521



PERÚ
Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente Madre
Niño "San Bartolomé"

DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR
GRIMBERG

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía"

Dr. Santiago Cabrera Ramos

**Director del Hospital Nacional Docente Madre Niño
HONADOMANI "San Bartolomé"**

Dr. Santiago Cabrera Ramos

**Sub Director del Hospital Nacional Docente Madre Niño
HONADOMANI "San Bartolomé"**

Dr. Juan Ramirez Cabrera

Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia

HOSPITAL SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
Dr. Juan O. Ramirez Cabrera
Jefe del Dpto. Gineco-Obstetra
E.M.P. 23.074 RNE 14521



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía"

Jefes del Servicio del Departamento de Gineco Obstetricia:

Dr. Guido Zamudio Rodriguez

Jefe del Servicio de Medicina Materno Fetal

Dr. Jorge Gutarra Canchucaja

Jefe del Servicio de Ginecología

Dr. Ivan Reyes Armas

Jefe del Servicio de Reproducción Humana

Dr. Gerardo Campos Siccha

Jefe del Servicio de Ginecología Oncológica

Dr. José Taboada

Jefe del Servicio de Medicina Especializada

Dr. Joel Mota Rivera

Jefe del Servicio de Obstetricia

HOSPITAL SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
Dr. Juan O. Ramirez Cabrera
Jefe del Depto. Gineco-Obstetra
CMP 24471 RNE 14521



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía"

RELACIÓN DE GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA

1	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL
2	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LEIOMIOMA DEL ÚTERO
3	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROLAPSO GENITAL- SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DE PISO PÉLVICO
4	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES CERVICO VAGINALES
5	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
6	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
7	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO
8	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS
9	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA
10	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA

HOSPITAL SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
Dr. Juan O. Ramirez Cabrera
Jefe del Depto. Gineco-Obstetra
CMP 24474 RNE 14521

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL					SERVICIO DE GINECOLOGIA	

I. FINALIDAD

- Establecer una guía clínica de referencia para orientar una toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas con la mejor evidencia posible.

II. OBJETIVO

- Identificar, diagnosticar y tratamiento de Hemorragia Uterina Anormal

III. AMBITO DE APLICACIÓN

- Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Madre Niño San Bartolomé.
- La guía está dirigida a los médicos y residentes que laboran en el Servicio de Gineco-Obstetricia.

IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

CIE-10	NOMBRE
N93	HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICION

Pérdida de sangre menstrual excesiva que interfiere con las físicas, emocionales, sociales y material calidad de vida, y que puede ocurrir solo o en combinación con otros síntomas.²

El **sangrado uterino anormal agudo** se distingue como un episodio de sangrado abundante que, en opinión del médico, es de gravedad suficiente para requerir la intervención inmediata para prevenir una mayor pérdida de sangre. El sangrado uterino anormal agudo puede ocurrir en el contexto del sangrado uterino anormal crónico o sin un antecedente.¹

El **sangrado intermenstrual** se define como el que ocurre entre menstruaciones claramente definidas como cíclicas y predecibles; comprende la ocurrencia de episodios aleatorios, así como los que se manifiestan predeciblemente al mismo tiempo en cada ciclo. Esta definición se diseñó para reemplazar la palabra "metrorragia", que fue uno de los términos que el grupo recomendó que deben abandonarse.¹

PATRON SANGRADO NORMAL

LIMITES DE NORMALIDAD PARA EL CICLO. FIGO ²	
CICLO NORMAL	INTERVALO
Intervalo	24-38 días
Duración del sangrado	4.5-8 días
Cantidad del sangrado	5-80 ml/ciclo

DEFINICIONES DE TÉRMINOS PARA SANGRADO UTERINO ³		
CARACTERISTICAS	TERMINOLOGÍA	DESCRIPCION
Volumen	Sangrado Menstrual Abundante	Pérdida de sangre menstrual excesiva que interfiere con las físicas, emocionales, sociales, y material calidad de vida, y que puede ocurrir solo o en combinación con otros síntomas.

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

Regularidad	Sangrado Menstrual Irregular	
Frecuencia (24 a 38 días)	Sangrado Menstrual Infrecuente	Sangrado en intervalos > 38 días (1 o 2 episodios en un periodo de 90 días)
	Sangrado Menstrual Frecuente	Sangrado en intervalos < 24 días (Más de 4 episodios en un periodo de 90 días)
Duración (3 a 8 días)	Sangrado Menstrual Prolongado	Pérdida de sangrado menstrual > 8 días
	Sangrado Menstrual Corto	Pérdida de sangrado menstrual < 3 días
Sangrado No Menstrual Irregular	Intermenstrual	Episodios irregulares de hemorragia, que amenudo son leves y breves, que ocurren entre periodos menstruales
	Post-coital	Sangrado posterior del coito
	Spotting premenstrual y Postmenstrual	Sangrado que puede ocurrir más días anteso después del periodo menstrual
Sangrado fuera de edad reproductiva	Sangrado Post-menopausia	Sangrado que ocurre 1 año después de reconocida la menopausia
	Menstruación precoz	Sangrado antes de los 9 años
HUA Aguda o Crónica	Aguda	Episodio de hemorragia en mujer en edad reproductiva. No gestante, que cantidad desangrado requiere intervención inmediata para prevenir más pérdida de sangre
	Crónica	Sangrado que es anormal en duración, volumen y/o frecuencia, que ha estado presente en los últimos 6 meses

5.2. ETIOLOGIA



SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA FIGO

El sistema de clasificación está estratificado en nueve categorías básicas que se ordenan de acuerdo con el acrónimo PALM-COEIN (*pahm-koin*): pólipos, adenomiosis, leiomioma, malignidad e hiperplasia, coagulopatía, trastornos ovulatorios, trastornos endometriales, causas iatrogénicas y no clasificadas. ¹

5.3. FISIOPATOLOGIA

- Depende de la causa de HUA

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

La HUA es uno de los problemas más frecuentes en la consulta ginecológica, la cual tiene un impacto social y económico significativo. Se calcula que afecta entre el 10 al 30% de mujeres en edad reproductiva incluso al 50% de pacientes perimenopausicas. Se estima éste problema es responsable del 15% de las consultas y que al menos el 25% de todas las histerectomías realizadas a nivel mundial son por problemas de HUA. ⁷

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

 PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Edad
- Infertilidad
- Obesidad
- Uso de anticonceptivos
- Fármacos anticoagulantes
- Antecedentes hereditarios de alteraciones de coagulación
- Síndrome de ovario poliquístico
- Tumores hormonodependientes

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

- Sangrado uterino con una duración mayor de 8 días, con una pérdida sanguínea mayor de 80ml y/o que se produce antes de los 24 días o más allá de los 38 días del período anterior.

EVALUACIÓN ENFOCADA DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL HISTORIA²

1. Patrón de sangrado

Cantidad, frecuencia de cambio de toallas sanitarias o tampones, presencia de coágulos, tiempo durante el ciclo menstrual, impacto en la calidad de vida

2. Síntomas de anemia

Cefalea, palpitaciones, dificultad para respirar, mareos, fatiga, pica

3. Historia sexual y reproductiva

Uso de anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, cribado cervical, posibilidad de embarazo, deseo de un futuro embarazo, infertilidad conocida

4. Síntomas asociados

Fiebre, escalofríos, aumento de la circunferencia abdominal, presión o dolor pélvico, disfunción del intestino o de la vejiga, secreción u olor vaginal

5. Síntomas asociados con una causa sistémica de HUA

Sobrepeso, obesidad, síndrome de ovario poliquístico, hipotiroidismo, hiperprolactinemia, trastorno hipotalámico o suprarrenal

6. Enfermedad médica crónica

Trastornos hemorrágicos hereditarios (coagulopatía, discrasias sanguíneas, trastornos funcionales plaquetarios), lupus eritematoso sistémico u otras enfermedades del tejido conectivo, enfermedad hepática, enfermedad renal, enfermedad cardiovascular.

7. Medicamentos

Anticonceptivos hormonales, anticoagulantes, ISRS, antipsicóticos, tamoxifeno, hierbas (p. Ej., Ginseng)

8. Historia familiar

Trastornos de la coagulación o tromboembólicos, cánceres sensibles a las hormonas

EXAMEN FÍSICO²

- Signos vitales: presión arterial, pulso, ortostática según indicación clínica, peso, IMC
- Cuello: examen de tiroides
- Abdomen: dolor a la palpación, distensión, estrías, masa palpable, hepatomegalia
- Piel: palidez, hematomas, petequias, signos de hirsutismo (distribución del patrón de cabello masculino, acanthosis nigricans) Examen / inspección pélvica: vulva, vagina, cuello uterino, ano y uretra
- Examen bimanual del útero y las estructuras anexas.
- Examen rectal si se sospecha sangrado del recto o existe riesgo de patología concomitante Pruebas: frotis de Papanicolaou, cultivos de cuello uterino si hay riesgo de infección de transmisión sexual

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

 PERÚ	Ministerio de Salud HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL			SERVICIO DE GINECOLOGIA

6.2. DIAGNÓSTICO

Se basa en la Historia Clínica, Examen Físico. Se completa con estudios de laboratorio, imágenes, exámenes complementarios como histeroscopia, biopsia de endometrio. Dentro de los estudios para HUA tenemos:

6.2.1. EXAMENES AUXILIARES²

- Beta hCG
- Hemograma completo con plaquetas
- Otras pruebas de laboratorio según esté clínicamente indicado
- TSH
- Testosterona libre
- Prolactina
- PTT / PT / fibrinógeno, Factor Von Willdenbrand

6.2.2. IMÁGENES

- **ECOGRAFIA:** La ecografía transvaginal debe ser considerada de primera línea en el diagnóstico de las anomalías estructurales causantes de HUA. Puede combinarse con la sonohisterografía (SHG), la cual, pretende obtener una mejora en la imagen del contorno de la cavidad endometrial lo que supone a priori una mejora en el rendimiento de la ecografía, en la visualización de anomalías estructurales de la cavidad. Esto repercute favorablemente en el diagnóstico de miomas submucosos y pólipos, teniendo para este diagnóstico una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad del 80%.⁴
- **HISTEROSONOGRAFIA:** Implica la introducción de 5 a 15 ml de solución salina en la cavidad uterina durante la ecografía transvaginal y mejora el diagnóstico de patología intrauterina. Especialmente en casos de pólipos y fibromas uterinos, el HSG permite una mayor discriminación de la ubicación y la relación con la cavidad uterina. Como resultado, el HSG también puede obviar la necesidad de una resonancia magnética en el diagnóstico y tratamiento de las anomalías uterinas.³
- **RESONANCIA MAGNÉTICA:** Tiene ventajas sobre la tomografía computarizada en que no está limitada por las estructuras óseas cercanas. Permite identificar tres regiones en el útero, endometrio, miometrio, y una capa entre ellos, lo que ha servido para apoyarla como técnica opcional para el mejor diagnóstico de la adenomiosis.⁴

6.2.3. PROCEDIMIENTOS

- 1) **HISTEROSCOPIA:** Debería indicarse cuando el examen ecográfico no es concluyente para determinar la naturaleza exacta de una anomalía estructural intracavitaria. Presenta una tolerancia aceptable y bajo riesgo de complicaciones⁴. Dentro de las indicaciones para Histeroscopia en HUA⁴
 - a) Exploración ecográfica no concluyente
 - b) Patrón endometrial alterado por tamoxifeno
 - c) Incapacidad para entrar en la cavidad endometrial con cánula de aspiración
 - d) Ausencia de material valorable y sospecha clínica de cáncer de endometrio (por ejemplo, sangrado postmenopáusico persistente)
 - e) Falta de respuesta al tratamiento instaurado después de un estudio adecuado
- 2) **BIOPSIA DE ENDOMETRIO:** La biopsia ciega por aspiración, es de elección.⁴ Permiten identificar infecciones y sobretodo lesiones neoplásicas como hiperplasia endometrial o cáncer de endometrio, en el diagnóstico del cáncer endometrial, su sensibilidad es del 70-80% y su especificidad cercana al 100%, siendo de utilidad en mayores de 40 años y principalmente en pacientes postmenopáusicas y en aquellas menores de 40 años pero con factores de riesgo como obesidad, nuliparidad, síndrome de ovario poliquístico y diabetes con hemorragia uterina anovulatoria refractaria al tratamiento médico.⁴

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

 PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL			SERVICIO DE GINECOLOGIA

6.2.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de HUA requiere por definición la exclusión de patología estructural o que derive de problemas relacionados con la gestación.⁴

6.3. MANEJO SEGÚN COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.3.1. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

El tratamiento médico debe considerarse como primera opción terapéutica. De no haber respuesta al tratamiento médico se considerará el tratamiento quirúrgico según sea el caso. El tratamiento es individualizado según las expectativas y preferencias de la paciente, intensidad del sangrado, deseo de fertilidad o anticoncepción, condiciones médicas subyacentes así como la tolerancia a los efectos secundarios, lo cual garantizará el cumplimiento del tratamiento.

6.3.2. TRATAMIENTO

6.3.2.1. TERAPIAS HORMONALES

- **ANTICONCEPTIVOS DE ESTRÓGENO Y PROGESTINA**

Se ha demostrado que los métodos anticonceptivos combinados en forma de píldora, el anillo vaginal y el parche transdérmico permiten el control del ciclo, reduciendo significativamente la pérdida de sangre menstrual y la incidencia de sangrado irregular.²

Reducen significativamente las pérdidas menstruales y mejoran la dismenorrea. La pérdida de sangre menstrual se reduce entre un 40% y un 50% en mujeres que toman ACO de la forma cíclica tradicional. El componente de progesterona proporciona supresión de la ovulación e inhibe la esteroidogénesis ovárica para crear atrofia endometrial, mientras que el estrógeno brinda apoyo al endometrio para reducir la probabilidad de hemorragia intermenstrual no programada.³ La mayoría de las contraindicaciones médicas de los AHC, incluidos antecedentes de tromboembolismo accidente cerebrovascular, hipertensión no controlada, migraña con síntomas neurológicos, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad hepática y antecedentes de cáncer de mama, son peligros principalmente debido al componente de estrógeno. Menstruaciones abundantes e irregulares informaron que el 73,2% de los sujetos tuvieron una mejora significativa en la pérdida de sangre menstrual en comparación con el 39,6% en el grupo de placebo. El AHC redujo las pérdidas menstruales en un 43% desde el inicio, con una mejora similar encontrada entre los otros grupos de tratamiento. El parche anticonceptivo y el anillo vaginal no se han estudiado específicamente para el tratamiento del sangrado anormal, pero se ha descubierto que reducen las pérdidas menstruales.³

- **PROGESTINAS ORALES**

Las progestinas cíclicas, como el acetato de medroxiprogesterona o la noretindrona (o noretisterona) tomadas durante 12 a 14 días cada mes, son un tratamiento reconocido para la hemorragia anovulatoria. Aproximadamente el 50% de las mujeres con ciclos irregulares logran la regularidad menstrual con este régimen, beneficio adicional de proteger el endometrio de los efectos del estrógeno sin oposición. Sin embargo, la progestina de la fase lútea sola no es un tratamiento eficaz para el sangrado menstrual abundante regular. Los efectos secundarios comunes de las progestinas orales incluyen sensibilidad en los senos, retención de agua, aumento de peso, dolores de cabeza y acné.³

- **SISTEMA INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL**

Reduce las pérdidas menstruales de manera significativa, y para el tratamiento de la menorragia idiopática. También se ha encontrado que mejora la dismenorrea y el dolor pélvico debido a la endometriosis. Este dispositivo de 32 mm administra 20 µg de levonorgestrel directamente al endometrio cada día, lo que induce la atrofia endometrial y reduce la densidad vascular uterina media. Las concentraciones mínimas de LNG se absorben en la circulación sistémica (0,4 a 0,6

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL					SERVICIO DE GINECOLOGIA

nmol / L), lo que limita la probabilidad de efectos secundarios hormonales sistémicos. Se ha demostrado que tanto el efecto anticonceptivo como el control de la hemorragia uterina duran hasta 5 año.³

- **ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE DEPOSITO**

El acetato de medroxiprogesterona de depósito, si bien proporciona un método anticonceptivo excelente, se utiliza a menudo en la práctica clínica para tratar el sangrado menstrual abundante.³ El DMPA suprime la ovulación y la esteroidogénesis ovárica, lo que reduce la estimulación del endometrio mediada por estrógenos y, en última instancia, causa atrofia endometrial. Náuseas, aumento de peso, alteraciones del estado de ánimo y una pequeña reducción de la densidad mineral ósea que es reversible al cesar.³

- **AGONISTAS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA**

Inducen un estado hipogonadal reversible. Suele conseguirse atrofia endometrial y amenorrea entre las mujeres premenopáusicas dentro de un período de 3 a 4 semanas. Además de tratar eficazmente el sangrado menstrual abundante y proporcionar alivio de la dismenorrea asociada con la adenomiosis y la endometriosis.

El uso prolongado de agonistas de GnRH está limitado por efectos adversos importantes, que incluyen dolor óseo, pérdida de densidad ósea y efectos hipoestrogénicos que incluyen sofocos, sudores nocturnos y sequedad vaginal. La terapia complementaria con dosis bajas de estrógenos y progestágenos minimizará los efectos adversos y debe administrarse si la terapia se prolonga más allá de los 6 meses. El uso a largo plazo de agonistas de GnRH en el contexto de hemorragia anormal debe limitarse a situaciones en las que otros tratamientos médicos o quirúrgicos están contraindicados. Se debe advertir a los pacientes del posible "brote" temporal o exacerbación de los síntomas inmediatamente después de la inyección de GnRH.³

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

MANEJO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

OPCIONES MÉDICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL					
HORMONAL					
MEDICACION	REGIMEN	EFICACIA	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS SECUNDARIOS	ANTICONCEPCION
ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS	<p>Agudo: pastilla monofásica 35 mg. Alto estradiol 3 veces al día para 1 semana, luego dosificación diaria para 3 semanas</p> <p>HMB: píldoras anticonceptivas orales cíclicas monofásicas o trifásicas, píldora anticonceptiva oral monofásica prolongada o continua, parche transdérmico o anillo vaginal</p>	ALTA.	<p>Embarazo, fumadora (de 35 años y 15 cigarrillos / día), antecedentes de cirugía bariátrica de malabsorción, múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular arterial (es decir, edad avanzada, tabaquismo, diabetes e hipertensión), hipertensión 160 y/o 100 mmHg, enfermedad tromboembólica arterial o venosa activa o previa, mutaciones trombogénicas conocidas, cardiopatía isquémica actual o pasada, accidente cerebrovascular, valvulopatía complicada, LES con enfermedad vascular, nefritis o anticuerpos antifosfolípidos, dolores de cabeza con aura, antecedentes actuales o pasados de cáncer de mama, nefropatía diabética, retinopatía, neuropatía o diabetes durante > 20 años, cirrosis hepática o tumor.</p>	<p>Manchas, náuseas, cefalea, sensibilidad de mamas, sangrado por disrupción, TEV, ACV, IMA.</p>	SI
PROGESTINAS ORALES	<p>Agudo: MPA 20 mg 3 veces al día durante 7 días</p> <p>HMB: MPA oral (2.5-10 mg), noretindrona (2.5-5 mg), acetato de megestrol (40-320 mg), o progesterona micronizada (200-400 mg) Sin disfunción ovulatoria, tomar</p>	ALTA	<p>Embarazo, antecedentes de cirugía bariátrica de malabsorción, enfermedad o tumor hepático, cáncer de mama, cardiopatía isquémica actual o pasado</p>	<p>Sangrado irregular</p>	NO

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025



PERÚ

Ministerio de Salud

HONADOMANI
San BartoloméHOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA
ABRAHAM LUDMIR GRIMBERGI. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

SERVICIO DE GINECOLOGIA

	1 tableta al día comenzando el día 5 durante 21 días Con disfunción ovulatoria, tome 1 tableta al día durante 2 semanas cada 4 semanas				
SISTEMA INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL	Colocación intrauterina cada 5 años, libera 20 mg / día	ALTA	Embarazo, sangrado vaginal anormal inexplicable, cáncer de cuello uterino o de cuello uterino no tratado, cavidad grande o distorsionada debe sonar a una profundidad de 6 a 10 cm, b cáncer de mama, anomalías del cuello uterino o del útero, enfermedad inflamatoria pélvica en 3 meses, ITS como clamidia o gonorrea en 3 meses, enfermedad hepática o tumor	Sangrado irregular y spotting, calambres, sensibilidad en los senos, cambios de humor, acné, náuseas, disminución de la libido	SI
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DEPOSITO	Inyección de 150 mg IM cada 12 semanas	BAJA	Embarazo, múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular arterial, cardiopatía isquémica actual o pasada, ACV, hipertensión con enfermedad vascular, CAD, antecedentes actuales o anteriores de cáncer de mama, hígado enfermedad o tumor	Disminución de la densidad mineral ósea, irregular sangrado (reversible), aumento de peso, amenorrea, hinchazón, mamas sensibilidad y retención de líquidos	SI
ACETATO DE LEUPROLIDE	3.75 mg IM mensual o 11.25 mg IM cada 3 meses	ALTA	Embarazo	Bochornos, sudoración, y sequedad vaginal. (efectos minimizados con terapi a complementar ia con estrógenos y progestágeno	NO

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

					s), pérdida de hueso trabecular con usar por más de 6 meses (reversible)	
--	--	--	--	--	--	--

HMB: Sangrado menstrual abundante

6.3.2.2. TRATAMIENTO NO HORMONAL

• ACIDO TRANEXÁMICO:

Es activo por vía oral y provoca un bloqueo enzimático sobre los activadores del plasminógeno. su uso por vía oral reduce la pérdida sanguínea en mujeres con HUA. En el HUA agudo el uso oral de ácido tranexámico a dosis de 1-1,5 gr/6-8 horas disminuye el sangrado a las 2-3 horas de su administración.¹

• AINES

La mayoría de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Se caracterizan por inhibir la enzima ciclooxigenasa y reducir la biosíntesis de prostaglandinas y tromboxanos a partir del ácido araquidónico. Los más utilizados son el naproxeno, ibuprofeno y diclofenaco. Una de sus ventajas es la absorción oral rápida y un efecto clínico también muy rápido.¹

NO HORMONAL					
MEDICACION	REGIMEN	EFICACIA	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS SECUNDARIOS	ANTICONCEPCION
AINES	Ibuprofeno; 600-800 mg cada 6-8 h, respectivamente (mejor si se usa en combinación con otro medicamento)	MODE RADA	Embarazo, hemorragia gastrointestinal, EII, asma grave, uso después de un procedimiento de CABG, enfermedad renal, ECV, ICC	Efectos adversos gastrointestinales (sangrado, ulceración, y perforación), empeoramiento de asma, efecto sobre la función plaquetaria	NO
ACIDO TRANEXAMICO	Agudo: 1,3 g por vía oral cada 8 h por 5 días.	ALTA	Enfermedad tromboembólica actual o pasada, alteración de la visión del color adquirida (no se puede utilizar con anticonceptivos orales combinados)	Dolores de cabeza, náuseas, vómitos, diarrea, dolor muscular, dismenorrea	NO

6.3.2.3. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La necesidad de tratamiento quirúrgico se basa en la estabilidad clínica del paciente, la gravedad del sangrado, las contraindicaciones para el tratamiento médico, la falta de respuesta del paciente al tratamiento médico y la afección médica subyacente del paciente.

• DILATACIÓN Y LEGRADO UTERINO

En casos de hemorragia aguda grave refractaria a la terapia médica, debe relegarse a una técnica de diagnóstico cuando no sea posible la toma de muestras endometriales o la evaluación histeroscópica.³

• HISTEROSCOPIA

La visualización directa del canal endometrial, con el objetivo de diagnóstico o manejo. La polipectomía, la biopsia dirigida y la miomectomía pueden realizarse con esta intervención.³

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

 PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

- **ABLACIÓN ENDOMETRIAL**

Es una opción quirúrgica mínimamente invasiva para el sangrado menstrual abundante. Se puede considerar en mujeres que han fracasado en el tratamiento médico, han completado la maternidad o que pueden no ser candidatas para una cirugía mayor. En la actualidad, se pueden ofrecer dos métodos de ablación endometrial. El primer método implica la resección y/oablación histeroscópica.³

- **HISTERECTOMÍA**

La histerectomía ofrece a las mujeres con SUA una solución definitiva y se sabe que tiene altos índices de satisfacción del paciente. Sin embargo, inicialmente se deben considerar opciones menos invasivas para evitar las posibles complicaciones que puede conllevar la histerectomía. Si se requiere histerectomía, se debe ofrecer a las mujeres el método menos invasivo para minimizar la morbilidad y el tiempo de recuperación.³

6.3.3. EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO

- AINES:** se considerará los potenciales efectos secundarios como malestares gastrointestinales, gastritis, enfermedad ulcero péptica, además de hipersensibilidad a los AINES. Empeoramiento de asma, efecto sobre la función plaquetaria.
- Ácido Tranexámico:** cefalea, náuseas, vómitos y diarrea. dolor muscular, dismenorrea
- ACOs:** trastornos gastrointestinales, aumento de peso, tensión mamaria, infecciones vaginales, vértigos, visión borrosa, cloasma. Efectos secundarios mas raros y severos como trombosis venosa y dolor precordial.
- Progestina:** Sangrado intercurrente irregular o manchado, sensibilidad mamaria, náuseas, aumento de peso, alteración del estado de ánimo y una pequeña reducción en la densidad ósea.
- Sistema Liberador de Levonogestrel:** Sangrado irregular y spotting, calambres, sensibilidad en los senos, cambios de humor, acné, náuseas, disminución de la libido
- Análogos de GnRH:** Bochornos, sudoración, y sequedad vaginal, pérdida de hueso trabecular con usar por más de 6 meses (reversible)

6.4. SIGNOS DE ALARMA:

Depende de la Patología

6.5. CRITERIOS DE ALTA:

Depende de la Patología

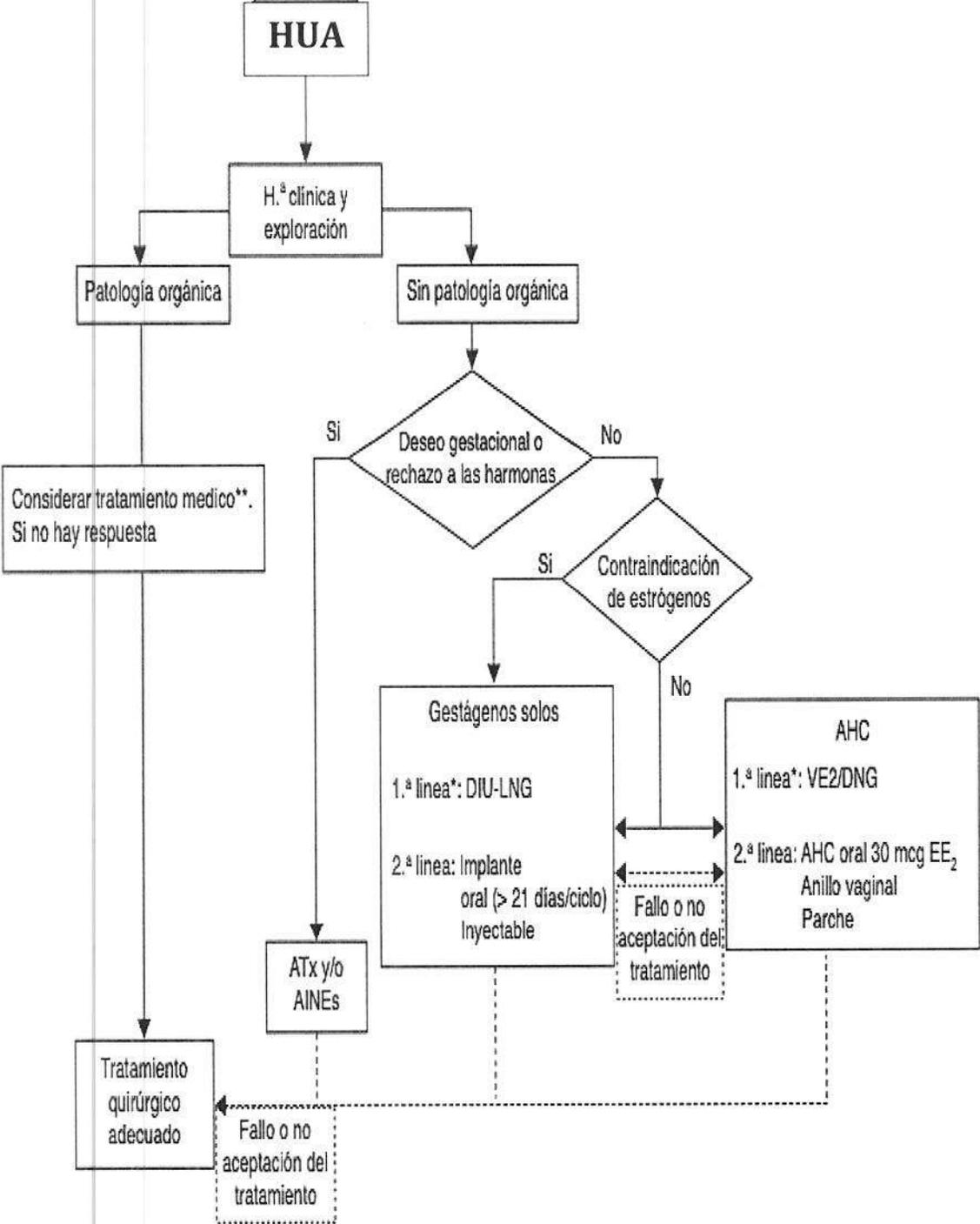
6.6. PRONOSTICO:

Depende de la Patología

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025



VII. FLUJOGRAMAS



*Productos con la indicación reconocida y calidad la evidencia alta

**Después de valorar las características individuales y los deseos de la paciente

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------



PERÚ

Ministerio de Salud

HONADOMANI San Bartolomé

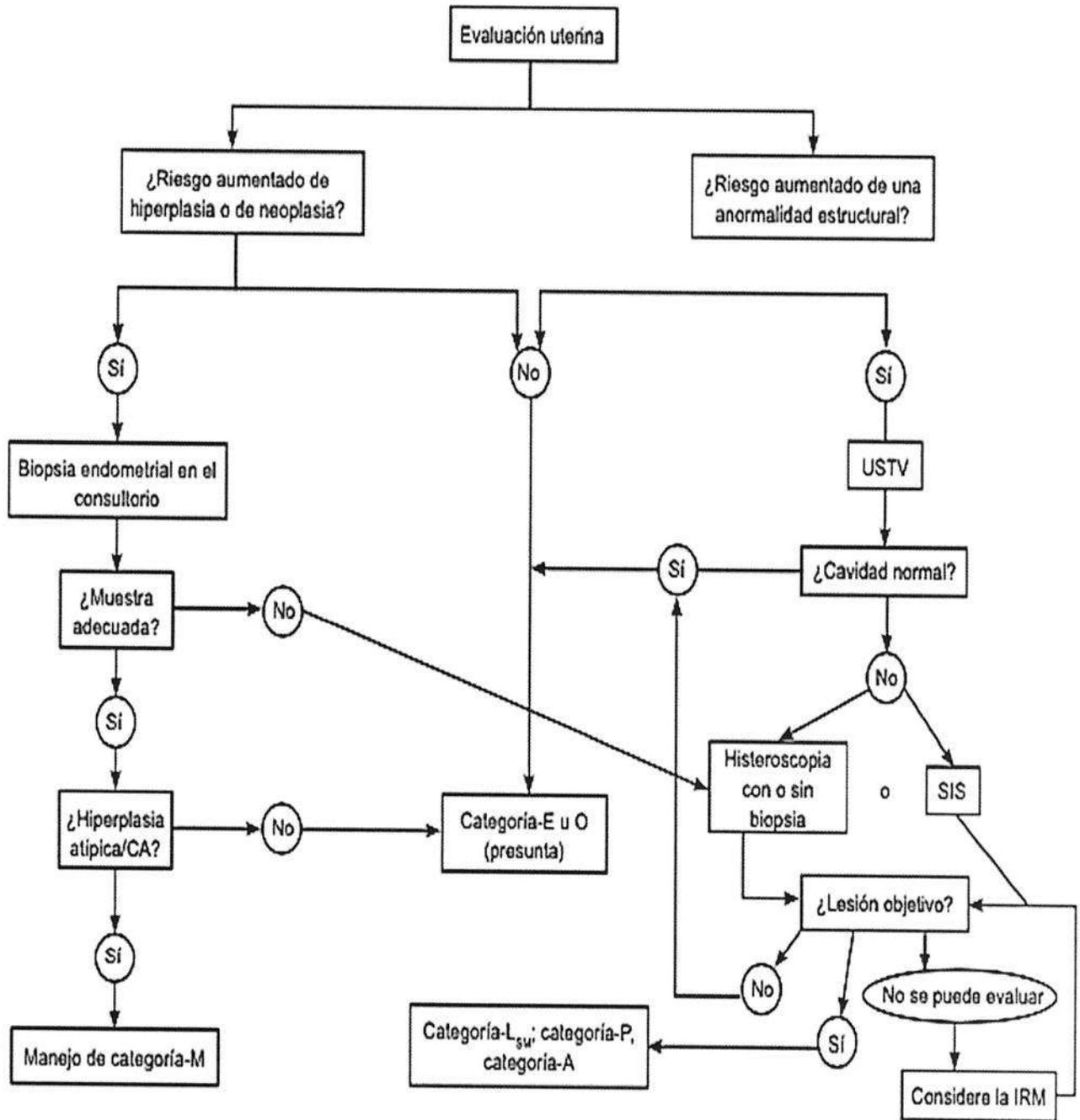
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG



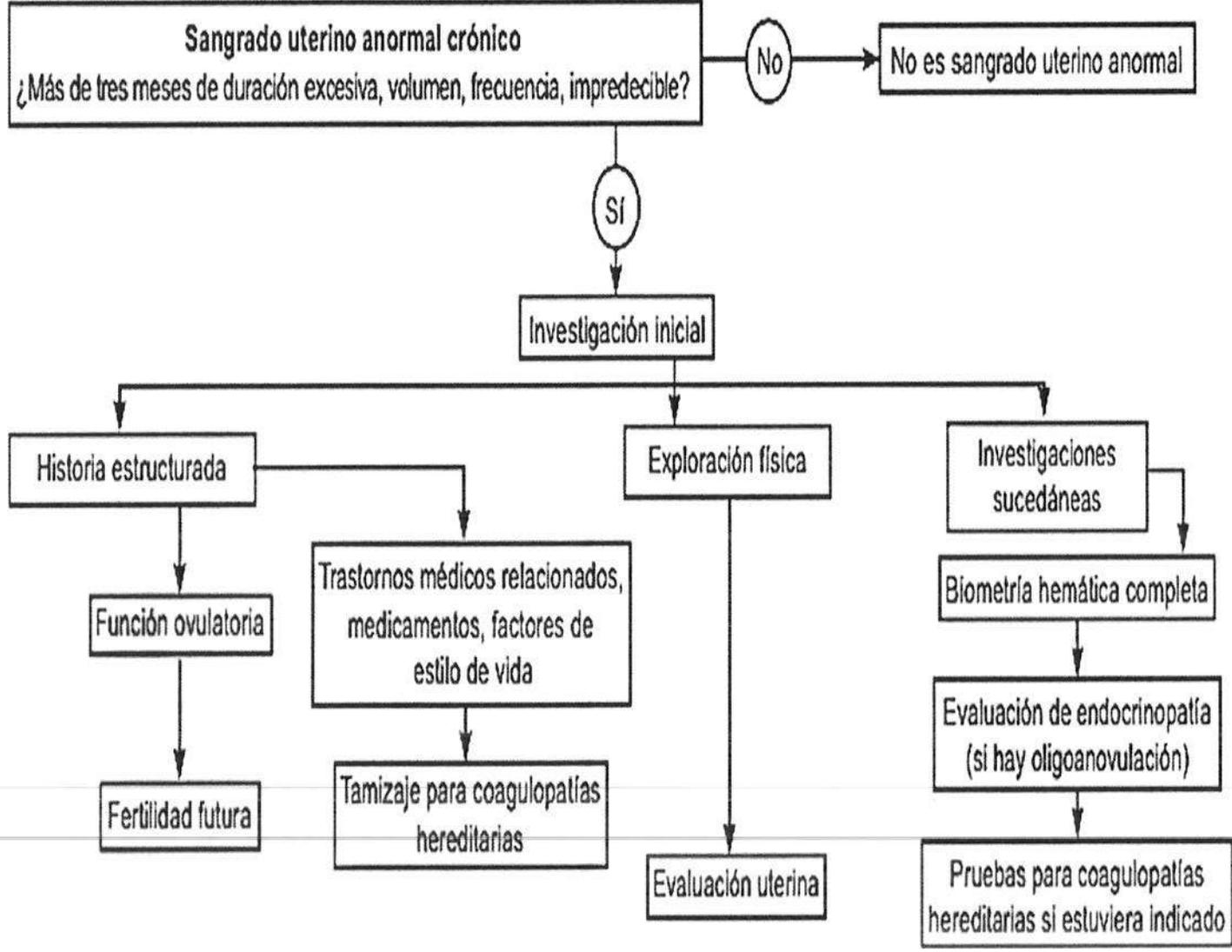
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

SERVICIO DE GINECOLOGIA



ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL



 PERÚ Ministerio de Salud	 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL		SERVICIO DE GINECOLOGIA	

VIII.BIBLIOGRAFIA

1. Clasificación FiGo de causas de sangrado uterino anormal en los años reproductivos. Revista del Climaterio 2011;15(85):9-17
2. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. Linda D. Bradley, MD; Ndeye-Aicha Gueye, MD. JANUARY 2016 American Journal of Obstetrics & Gynecology .
3. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. The official voice of reproductive health care in Canada. Volumen 5,Number 5. 2013
4. Sangrado menstrual abundante (SMA). Prog Obstet Ginecol. 2013;56(10):535—546
5. Surgical management of heavy menstrual bleeding: part 1. Lucky Saraswat MBBS MRCOG, Kevin Cooper MSc MD MRCOG*. Consultant Gynaecologist, Aberdeen Royal Infirmary, Aberdeen AB25 2ZN, UK. 2017
6. Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Number 557, April 2013
7. Guia de Práctica Clínica y de Procedimientos en Ginecología. Instituto Nacional Materno Perinatal. Pag.5-19. 2020

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LEIOMIOMA DEL ÚTERO				SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

I. FINALIDAD

- 1.1. Ofrecer conceptos actuales y brindar opciones de manejo en base a la mejorevidencia científica disponible.

II. OBJETIVO

- 2.1. Estandarizar criterios diagnósticos y tratamiento médico y/o quirúrgico de laspacientes con leiomiomas uterinos

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

- 3.1. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé: Departamento de Ginecología y Obstetricia.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL LEIOMIOMA DEL ÚTERO

- 4.1. NOMBRE Y CÓDIGO: CIE 10

Leiomioma submucoso	D25.0
Leiomioma Intramural	D25.1
Leiomioma Subseroso	D25.2
Leiomioma no especificado	D25.9

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

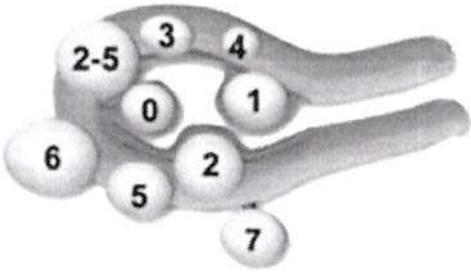
Tumores benignos del músculo liso, que se originan a partir del tejido miometrial, presentan una pseudocápsula y se pueden clasificar según su localización anatómica.

- Clasificación:
 - o Submucoso
 - o Intramural
 - o Subseroso
- Clasificación histeroscópica de los miomas submucosos (WAMSTEKER)
 - o Tipo 0: desarrollo 100% intracavitario, puede ser pediculado o sésil.
 - o Tipo I: componente intracavitario > 50%.
 - o Tipo II: componente intracavitario < 50%.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

– Clasificación FIGO

SM-Submucoso	0	Pedunculado intracavitario
	1	<50% intramural
	2	>50% intramural
O-Otro	3	Contacta con el endometrio, 100% intramural
	4	Intramural
	5	Subseroso \geq 50% intramural
	6	Subseroso <50% intramural
	7	Subseroso pedunculado
	8	Otro (especificar, ya sea cervical, parasitario, etc.)
Leiomiomas híbridos (afectan endometrio y serosa)	Se enlistan dos números separados por un guión. El primero se refiere a la relación con el endometrio y el segundo a la relación con la serosa	
	2-5	Submucoso y subseroso, cada uno con menos de la mitad del diámetro en las cavidades endometrial y peritoneal.



5.2. ETIOLOGÍA

Cada mioma proviene de un miocito progenitor, en consecuencia, las masas dentro de un mismo útero tienen orígenes citogenéticos independientes. Se desconoce la mutación primaria, sin embargo, en cerca del 40% se identifican defectos en el cariotipo en los cromosomas 6, 7, 12 y 14 y con menos frecuencia en los cromosomas 1, 3, 10 y 13.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

- Sensibles a estrógenos (y progesterona)
- Edad reproductiva
- Hormonas sexuales esteroideas son posibles que estimulen o inhiban la transcripción y producción de factores de crecimiento celular
- Miomas tienen mayor cantidad de receptores de estrógenos
- Convierten una menor cantidad de estradiol en estrona
- Mayor nivel de aromatasa, lo que cataliza la conversión de andrógenos en estrógenos.
- Efectos de la progesterona no son claros, estimulan e inhiben, se ha demostrado que los progestágenos exógenos limitan su crecimiento.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- Incidencia del 30 al 70% de mujeres en edad reproductiva, se incrementa con la edad.
- Mayoría asintomática, cerca del 25% de mujeres en edad reproductiva tienen síntomas.
- A los 50 años se encuentran miomas en el 70% de las mujeres de raza blanca y en más del 80% de las mujeres de raza negra.
- Representan al 40% de las indicaciones de histerectomía.

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LEIOMIOMA DEL ÚTERO				SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

FACTOR	EFECTO EN EL RIESGO
Menarquia temprana	Aumenta
IMC elevado	Aumenta
Pariente afectada	Aumenta
Raza negra	Aumenta
Síndrome de ovarios poliquísticos	Aumenta
Posmenopausia	Disminuye
Mayor paridad	Disminuye
Anticonceptivos orales combinados	Disminuye o nulo
Tabaquismo	Disminuye

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA PATOLOGÍA

- Asintomáticos (50%), los síntomas dependen de su localización, tamaño, número y cambios degenerativos. En general cuanto mas grande es, mas síntomas.
- Hemorragia vaginal, síntoma mas frecuente.
- Dolor y/o presión en pelvis
- Perdida del embarazo
- Polaquiuria
- Incontinencia
- Estreñimiento
- Infertilidad

6.1.2. INTERACCIÓN CRONOLÓGICA

- Los leiomiomas asintomáticos, sea cual sea su tamaño, pueden ser objeto de vigilancia anual mediante el examen ginecológico y ultrasonido.
- Tienen crecimiento lento 0.5cm/año (cifra de mayor crecimiento es de 3cm/año)
- La velocidad de crecimiento en una misma mujer varia, incluso pueden experimentar regresión.
- Difícil anticipar el inicio de síntomas.
- La mejor opción es el control periódico (anual).

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- En el examen físico puede haber aumento de tamaño uterino, asociado a un contorno irregular.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

 PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LEIOMIOMA DEL ÚTERO				SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

6.2.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Polipo endometrial
- Hiperplasia o carcinoma endometrial
- Adenomiosis
- Sangrado uterino anormal
- Endometriosis
- Tumores ováricos
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Lesiones cervicales (pólipos, neoplasias)
- Patología de la vía urinaria (neoplasia de vejiga)
- Patologías gastrointestinales (dolor abdominal, constipación)
- Patologías musculo esqueléticas (dolor pélvico crónico de pared abdominal)

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

- Hemograma, perfil de coagulación, grupo sanguíneo y factor Rh, VIH, RPR, AgSHB, Glucosa, urea, creatinina, examen de orina, urocultivo, PAP.

6.3.1. PATOLOGÍA CLÍNICA

- Estudio anatomopatológico, diagnóstico definitivo.

6.3.2. IMAGENOLOGÍA

- Ecografía: define anatomía pélvica y es eficaz para localizar miomas.
- Histerosonografía: evalúa la cavidad uterina, ideal para miomassubmucosos.
- Doppler: diferencia miomas de adenomiosis
- Resonancia magnética nuclear: es precisa, da información de los subtiposmorfológicos (graso, fibroso, cálcico), exactitud en el mapeo y caracterización de los miomas. Debe considerarse en pacientes donde los exámenes previos no contribuyen a determinar localización o la naturaleza de la tumoración.

6.3.3. EXAMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS

- Histeroscopia
- Laparoscopia

6.4. MANEJO SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

- Los miomas asintomáticos no necesitan intervención, se sugiere una evaluación ginecológica periódica anual (o cada 6 meses).

6.4.2. TERAPEUTICA

- Debe orientarse a aliviar los síntomas

AINES: no hay evidencia que apoye su uso como único fármaco para el tratamiento de la dismenorrea debido al papel de las prostaglandinas como mediadores del dolor.

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS: fármacos de primera línea, pueden controlar la hemorragia y el dolor, los anticonceptivos de progesterona tienen resultados contradictorios.

DIU DE LEVONORGESTREL: beneficioso para la hemorragia.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LEIOMIOMA DEL ÚTERO					SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

AGONISTAS DE LA GnRH (Leuprolide 3.75-11.25mg/m IM): amenorrea reversible en la mayoría de las pacientes, disminuye el tamaño en 35 a 65% en los 3 meses siguientes al tratamiento, máxima utilidad en mujeres con miomas grandes previos a la cirugía.

INHIBIDORES DE LA AROMATASA: bloquean la producción de estrógenos ováricos y periféricos, disminuye el valor de estradiol después del primer día de tratamiento.

ANTIPIROGESTAGENOS (Mifepristona 5-10mg/d x 6 meses): disminuye el tamaño uterino en el 26 a 74%, disminuye el crecimiento recurrente tras su suspensión.

MODULADORES SELECTIVOS DEL RECEPTOR DE PROGESTERONA (Ulipristal): podría disminuir el tamaño de los miomas.

6.4.2.1. TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

- Embolización de la arteria uterina
- Ablación ecográfica con guía de resonancia magnética.

6.4.2.2. TRATAMIENTO QUIRURGICO

CRITERIOS: el manejo quirúrgico a elegir depende de las competencias, experiencia y habilidad del cirujano. Asimismo, de la localización, número y tamaño de los leiomiomas y también del deseo eugenésico o expectativas de la paciente. Comprende las siguientes cirugías y vías de acceso:

- Miomectomía: recomendada para pacientes que desean preservar su fertilidad o rechazan la histerectomía, puede realizarse por vía laparoscópica o por laparotomía. Cuando la miomectomía compromete la cavidad endometrial se recomienda parto por cesárea.
- Miomectomía por vía histeroscópica: ideal para mioma submucosos.
- Histerectomía total o subtotal: tratamiento quirúrgico definitivo, se recomienda salpingectomía bilateral oportuna.

6.4.3. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL TRATAMIENTO

- AINES: gastritis, hipersensibilidad en pacientes susceptibles,
- Agonistas de la GnRH: induce síntomas de menopausia, disminuye densidad ósea, síntomas vasomotores.
- Antiprogéstágenos: hiperplasia endometrial, aumento transitorio de transaminasas.
- Hemorragia intraoperatoria
- Anemia, uso de hemoderivados
- Infección de sitio operatorio
- Complicaciones anestésicas
- Adherencias pélvicas
- Infertilidad
- Conversión a histerectomía.

6.4.4. SIGNOS DE ALARMA

- Dolor abdominal (signos peritoneales)
- Fiebre
- Taquicardia
- Hipotensión
- Anemia

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORARIAT San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LEIOMIOMA DEL ÚTERO				SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

6.4.5. CRITERIOS DE ALTA

- Afebril por dos días
- Hemodinámicamente estable
- Alta a solicitud.

6.4.6. PRONÓSTICO

- Debido al mioma: curso benigno
- Debido al tratamiento: recurrencia en caso de miomectomía de 40 a 50%, adherencias posoperatorias 50 a 70%

6.5. COMPLICACIONES

- Hemorragias
- Dolor pélvico
- Compresión de órganos adyacentes y síntomas asociados
- Complicaciones en el embarazo
- Transformación maligna (<1%)
- Necrobiosis aséptica

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

6.6.1. CRITERIOS DE REFERENCIA

- No aplica, por contar con la capacidad resolutoria instalada para esta patología.

6.6.2. CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

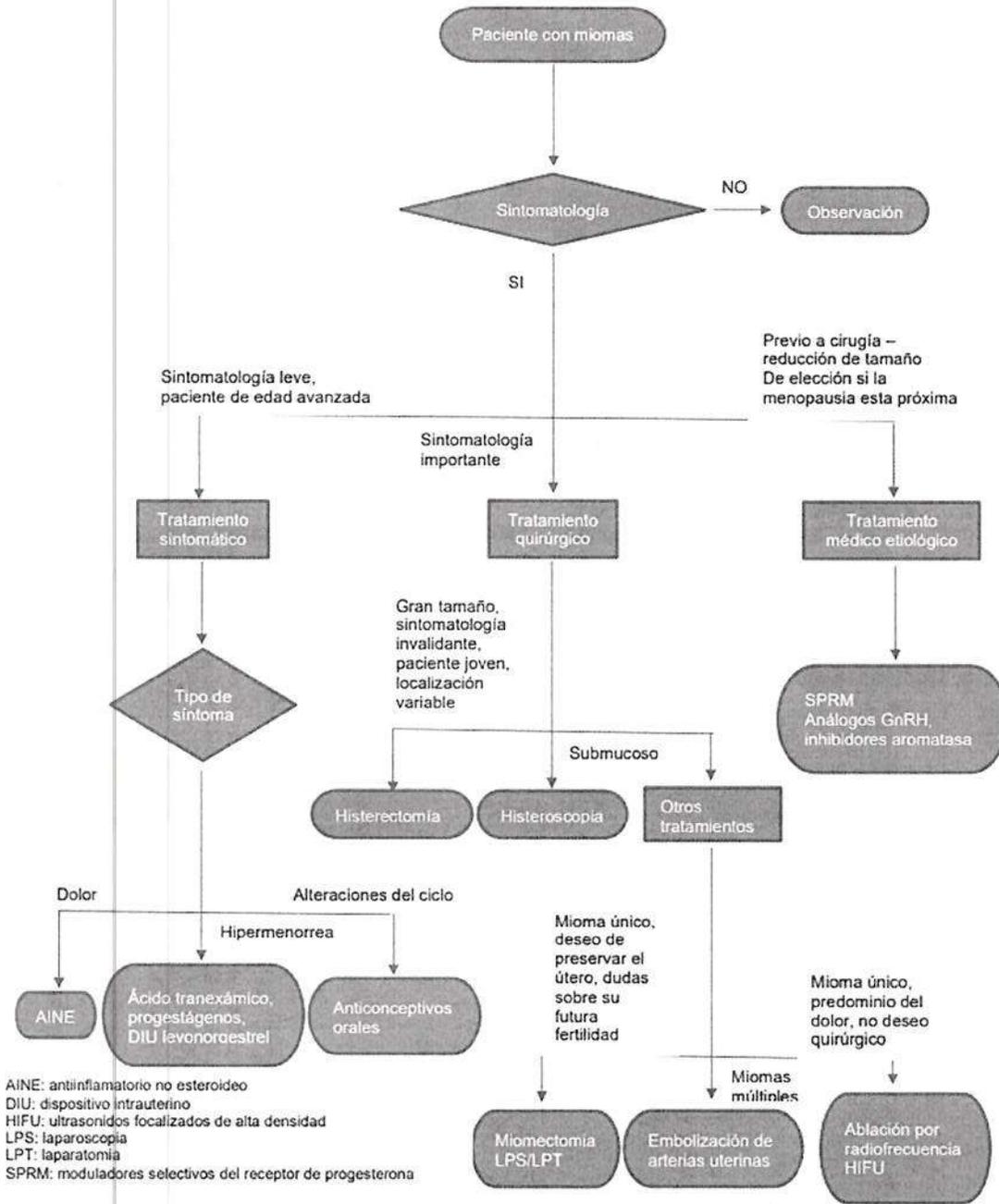
- Pacientes tratadas con manejo médico o quirúrgico, pueden continuar seguimiento en los establecimientos de su jurisdicción.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

HOSPITAL SAN BARTOLOME
 DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
 Dr. Juan O. Ramirez Cabrera
 Jefe del Servicio Gineco-Obstetricia

6.7. FLUXOGRAMA

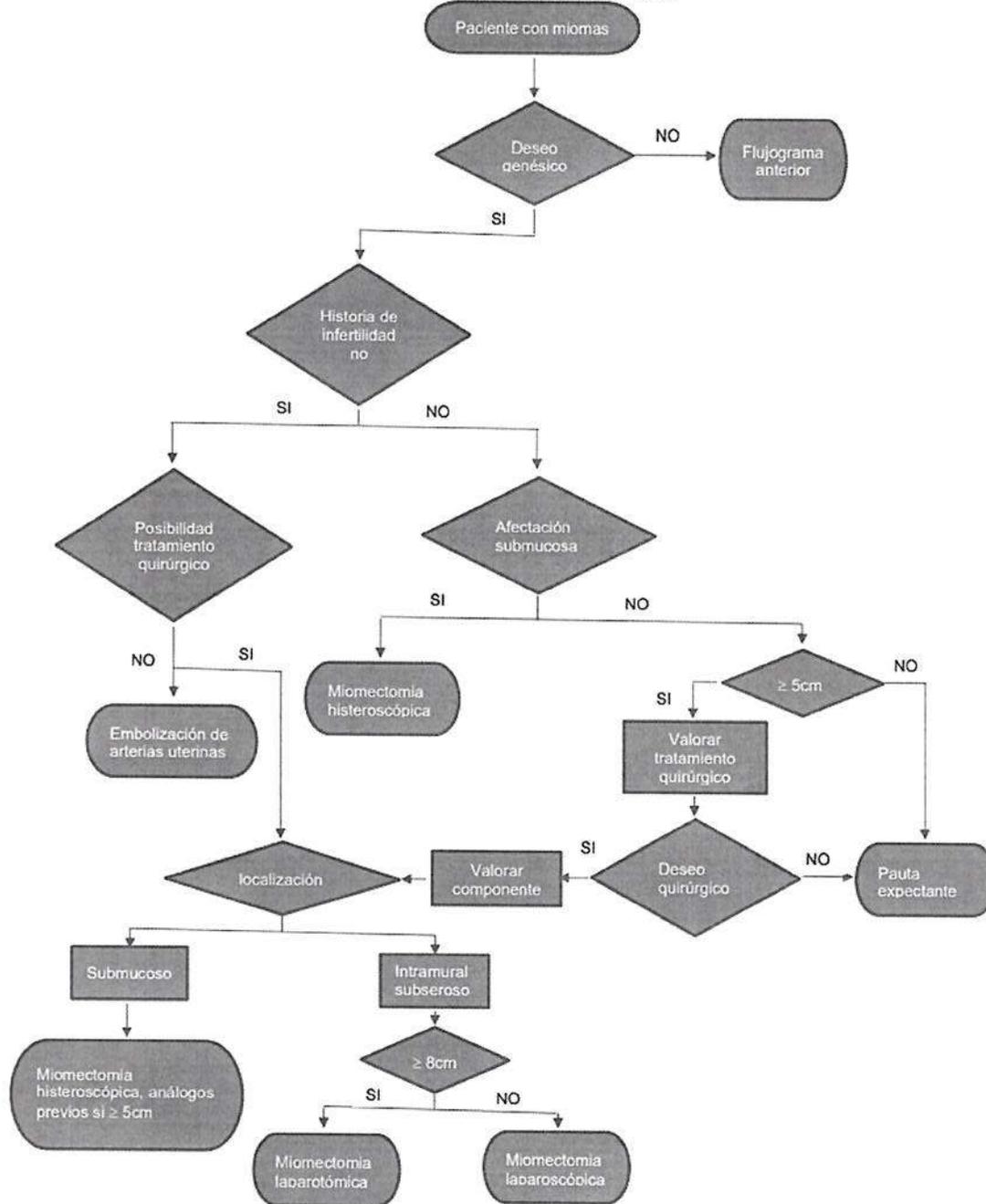
6.7.1. PACIENTE CON MIOMAS SIN DESEO REPRODUCTIVO.



ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

HOSPITAL SAN BARTOLOME
 DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
 Dr. Juan O. Ramirez Cabrera
 Int. del Dpto. Gineco-Obstetra

6.7.2. PACIENTE CON MIOMAS CON DESEO REPRODUCTIVO



ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I.	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LEIOMIOMA DEL ÚTERO			SERVICIO DE GINECOLOGÍA

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional Materno Perinatal. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Ginecología. Marzo 2020.
2. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Miomatosis Uterina. Octubre 2019.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud <small>HONORABLES</small> <small>SAN BARTOLOME</small>	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROLAPSO GENITAL- SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO			SERVICIO DE GINECOLOGIA

I. FINALIDAD

Contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud brindadas a las pacientes que acuden al Hospital San Bartolomé, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para ellas, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos del hospital.

II. OBJETIVO

Los objetivos de esta guía de manejo clínico son:

- 2.1 Optimizar los recursos en el diagnóstico del prolapso genital
- 2.2 Homogenizar los criterios de tratamiento médico y quirúrgico del prolapso genital

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La utilidad de la presente Guía de manejo clínico para el diagnóstico y tratamiento del prolapso genital, está dirigida a todos los profesionales que laboran en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, siendo reevaluada y renovada periódicamente de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología, así como las necesidades y realidad de la Institución.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO CIE 10

- N81 Prolapso Genital Femenino
- N81.0 Uretrocele
- N81.1 Cistocele
- N81.2 Prolapso útero vaginal incompleto
- N81.3 Prolapso útero vaginal completo
- N81.4 Prolapso útero vaginal no especificado
- N81.5 Enteroccele vaginal
- N81.6 Rectocele
- N81.8 Otros tipos de prolapso genital femenino
- N81.9 Prolapso genital femenino no especificado

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

El prolapso de los órganos pélvicos (POP), es el descenso parcial o completo de uno o más de los órganos pélvicos (útero, uretra, vejiga, recto, intestino), como estos desplazamientos se asocian con un defecto de las estructuras de sostén y/o soporte, pueden ser considerados hernias a través del hiato urogenital.

5.2. ETIOLOGÍA

- A) Predisponen:
- Raza
 - Enfermedades neurológicas
 - Alteraciones del colágeno
 - Alteraciones musculares (sarcopenia)

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA:
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA HOSPITAL SAN BARTOLOME	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROLAPSO GENITAL- SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO				SERVICIO DE GINECOLOGIA	

B) Provocan:

- Parto
- Daño muscular de piso pélvico
- Radiación
- Cirugía previa del piso pélvico

C) Promueven:

- Estreñimiento
- Actividad física extenuante (ocupación, deportes)
- Obesidad
- Tos crónica (EPOC)
- Tabaquismo
- Hipoestrogenismo

5.3. FISIOPATOLOGÍA

Es muy común que el punto de inicio para el POP es una lesión del músculo elevador del ano y un aumento del área del hiato urogenital, producido por estiramiento y/o ruptura de los elementos de sostén, como son las fascias y los ligamentos: dependiendo de cuál es la estructura comprometida se manifestará el prolapso: anterior, medio o posterior, siendo la mayor parte de las veces multi-compartamentales. En pacientes con prolapso de órganos pélvicos (POP), puede haber tres tipos de desplazamientos:

1. Protrusión del compartimiento apical o medial: Deslizamiento del útero (histerocele), douglascele (enterocele o epiplón) y prolapso de la cúpula vaginal (en paciente histerectomizada)
2. Protrusión del compartimiento anterior (Uretrocele, Cistocele)
3. Protrusión del compartimiento posterior (Rectocele, desgarro perineal)

Por definición, la remodelación del tejido conectivo envuelve dos procesos: la síntesis y degradación de la matriz extracelular en pacientes con POP; el proceso de remodelación puede tener ciertas aberraciones en cualquiera de los dos procesos. La síntesis de matriz extracelular, la degradación de colágeno y elastina, están regulados dramáticamente en el útero durante el embarazo y en la involución postparto.

Es importante tener en cuenta que las presiones entre los compartimientos anterior y posterior deben estar equilibradas, lo cual puede afectarse cuando se producen lesiones del músculo elevador del ano o el tejido conectivo de sostén.

En el primer caso la pérdida de soporte muscular hace que el hiato del elevador se amplíe y las paredes anterior o posterior de la vagina protruyan a través de este lo que genera un aumento de la fuerza a este nivel, explicado por la fuerza de gravedad y la presión abdominal actuando de forma sinérgica hacia el introito vaginal por debajo de la barrera suspensoria del músculo elevador dañado, sometiendo al tejido conectivo de sostén a un estrés mayor del que puede soportar (ver Anexo). De igual manera si el tejido conectivo es demasiado laxo y no puede sostener los órganos por encima del hiato del elevador estos descenderán creando la misma fuerza inferior descrita previamente con el consiguiente prolapso asociado. Hablando específicamente de las lesiones en el músculo elevador del ano hay dos componentes importantes de este, el fascículo pubococcígeo (pubovisceral) y el puborrectal. El primero con un vector vertical mucho mayor que el segundo lo cual corresponde al eje de sostén principal por parte del elevador del ano, y siendo este el más lesionado durante el parto, sobre todo en aquellos instrumentados, compromete el sostén de los órganos pélvicos.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROLAPSO GENITAL- SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

De otra parte, se encuentran los vectores horizontales de estos dos fascículos, donde interviene de forma principal el puborrectal, generando una fuerza de cierre del hiato del elevador para evitar el descenso de los órganos a través de este (ver Anexo).

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

- Las cirugías de los POP es una de las indicaciones más comunes dentro de la todas las cirugías ginecológicas .
- Entre 7.5-14% de las histerectomías tiene como indicación POP. En el estudio WHI (Women's Health Initiative) describe que el 41% de mujeres no histerectomizadas y el 38% de pacientes histerectomizadas tenían algún tipo de prolapso, siendo el más frecuente el prolapso del compartimiento anterior tanto en nulíparas como en múltiparas.
- Son muy escasos los estudios publicados de prevalencia e incidencia Los estudios son muy heterogéneos, resumiéndolos encontramos: que la edad promedio fue de 65 años, múltiparas (> 5 partos), 80% eran postmenopáusicas, un 30 % eran obesas. Un 60 % de los prolapsos eran multicompartimentales, siendo los estadios II-III en un 70%. El prolapso del compartimiento anterior fue el más frecuente en un 45%, el compartimiento posterior en un 35 % y el apical en menor proporción y con cifras muy variadas.
- En pacientes con POP, la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres en el periodo reproductivo llega a un 40% y sube a un 50% en el periodo post reproductivo. La incontinencia anal se encuentra entre el 6-28 % de la población femenina en los EU y por último la asociación entre incontinencia de orina e incontinencia anal llega a un 9%.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Factor Constitucional (debilidad del mesénquima): explica el prolapso virginal o de la nulípara.
- Factor Traumático: partos prolongados, distócicos, instrumentados (fórceps es mayor que el vacuum), histerectomías: douglascele, prolapso de cúpula vaginal.
- Enfermedades sistémicas: enfermedad obstructiva crónica, Diabetes, obesidad, etc.
- Enfermedades de la función trófica: el hipoestrogenismo en la postmenopausia determina la aceleración del proceso del prolapso al existir daño previo. Enfermedades neurológicas previas pueden facilitar la producción: esclerosis, ACV, etc.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas:

La clínica del prolapso genital depende del grado de severidad y del tiempo de evolución del mismo. Usualmente, los prolapsos genitales I y II dan poca sintomatología (solo alrededor del 20 %) y los prolapsos III dan una sintomatología hasta en un 80% y puede incluir:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo (hasta el 45%)
- Síntomas urinarios: urgencia miccional, polaquiuria e ITUs frecuentes
- Sensación de cuerpo extraño, masa o bulto (más manifiesto con el esfuerzo: 31-34%)
- Dolor en la región inguinal, sacrolumbar y abdomen inferior.
- Molestias defecatorias: las más frecuentes: son el estreñimiento y el vaciado incompleto. Además, están la urgencia fecal, incontinencia fecal (fuga intestinal accidental) y los síntomas obstructivos (al esfuerzo y la necesidad de aplicar presión digital a la vaginal o al perineo para evacuar completamente e incontinencia de flatos
- Sensación de vagina "abierta", dispareunia o disfunción sexual.
- Leucorrea y flujos genitales
- Antecedente de incontinencia urinaria o fecal durante las relaciones sexuales.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I.			GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROLAPSO GENITAL- SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO	SERVICIO DE GINECOLOGIA

- Dispareunia
- Hemorragia genital anormal, por ulceración del prolapso.
- El descenso de los uréteres y su acodamiento hace que con la orina residual no solo se establezcan cistitis sino también pielonefritis y uronefrosis (48%).

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios Diagnósticos:

- El diagnóstico de POP es estrictamente clínico:
- La inspección directa del prolapso: de todas las instancias es la más confusa, debido a que la masa observable es producida por cualquiera de los órganos prolapsados. Sin embargo, su valor es importante ya que determina el grado del prolapso en una situación de reposo. Además de observar la presencia de cicatrices o desgarros perineales.
- La valoración con maniobras de Valsalva y visualización con especulo: permite la evaluación del punto de máximo descenso del componente general del prolapso y el comienzo de una valoración detallada de los elementos incluidos dentro del defecto.
- Valoración específica con una valva del especulo: permite la evaluación de las paredes anterior y posterior de la vagina y definir el tipo de prolapso, el punto de mayor descenso y los órganos incluidos en el defecto. Se puede acompañar con la maniobra de tracción del útero y valorar en este el grado de descenso.
- Discriminación de si el o los defectos son transversales o posteriores, paravaginales o laterales y/o centrales; su valor es importante ya que determina el grado del prolapso.
- Test de esfuerzo con el prolapso reducido para identificar la incontinencia de esfuerzo oculta.
- Q-tips: para evaluación de hipermovilidad uretral.
- Simulaciones clínicas de los defectos para-uretrales
- Tacto rectal para comprobar la competencia el esfínter anal.
- Clasificarlos finalmente de acuerdo al sistema POP-Q (ver anexo)

6.2.2. Diagnóstico diferencial

- Hipertrofia del cuello uterino
- Quistes vaginales
- Divertículo uretral
- Tumores pediculados del cuello uterino
- Tumores de vejiga y uretra
- Quiste uretral (Skene)

6.3. EXÁMENES AUXILIARES:

- No se necesitan exámenes adicionales a una historia y un examen físico ginecológico, urológico y defecatorio.
- Si la paciente no manifiesta incontinencia urinaria y presenta un prolapso mayor o igual al III grado, debería tomarse una orina residual post evacuación tomado con cateterización.

6.3.1 De Patología Clínica:

- Exámenes auxiliares generales complementado con urocultivo y creatinina especialmente para prolapsos totales.
- Papanicolaou obligatorio.
- Biopsia de endometrio si paciente desea preservación uterina y tiene alguna patología endometrial como hiperplasia, pólipos o miomas submucosos.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

 PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROLAPSO GENITAL- SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO			SERVICIO DE GINECOLOGIA

6.3.1. De Imágenes:

- Eco-transvaginal: para visualización de útero, endometrio y ovarios. Además de la evaluación de la orina residual post miccional.
- Transperineal o endoanal: principalmente para detectar patología pélvica, avulsiones del diafragma pélvico, desgarros de III y IV grado no detectados clínicamente y evaluación de la posición de las mallas.
- Eco renal, eco vesical
- Resonancia magnética: principalmente indicado en pacientes que no pueden pujar o realizar maniobras de Valsalva o portadoras de prolapsos totales y con antecedentes de cirugías previas (Evaluación pélvica con gadolinio).
- Uretrocistografía y urografía intravenosa en casos de sospecha de problemas obstructivos.
- Videodefecografía

6.3.2. De Exámenes especializados complementarios:

- Urodinamia en casos de pacientes con Incontinencia urinaria, sospecha de incontinencia en pacientes con prolapsos mayores de III o IV grado (previa reducción del prolapso con gasas o pesarios)
- Histeroscopia
- Cistoscopias en casos de hematuria.
- Test de expulsión del balón rectal
- Manometría anorrectal
- Video colonoscopia

6.3.3. Otros:

- Diario miccional
- Prueba del Q-tip: para evaluación de hipermovilidad uretral

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

- Evitar sobrepeso
- Corregir estreñimiento crónico
- Evitar actividades físicas extenuantes (ejercicios, deportes de impacto fuerte, cargar pesos etc)
- Evitar ocupaciones que requieran actividad física de carga .
- El uso de estrógenos locales también podría jugar un papel en la prevención del POP

6.4.2. Terapéutica

El tratamiento dependerá esencialmente de la clínica y de la afectación de la calidad de vida de la paciente. Por lo tanto, solo está indicado para las mujeres sintomáticas con disfunción urinaria, intestinal o sexual, independientemente del grado de prolapso.

6.4.2.1. Tipos de Tratamiento:

A) Manejo expectante:

Indicado en las pacientes que pueden tolerar sus síntomas y prefieren evitar el tratamiento

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HON. ADOLENTA San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROLAPSO GENITAL- SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO					SERVICIO DE GINECOLOGIA	

B) Manejo conservador:

Es la opción de primera línea para todas las mujeres con POP (Se recomienda en general discutir ofrecer su uso con las pacientes como tratamiento médico junto con cambios en el estilo de vida como bajar de peso, controlar las enfermedades concomitantes, uso de estrógenos locales y dejar de fumar. Son la primera indicación en pacientes de edad avanzada o con alta morbilidad quirúrgica ya que el tratamiento quirúrgico incurre en el riesgo de complicaciones y recurrencias.

- ✓ **La rehabilitación pelviperineal (RPP):** podría ser una alternativa en estados iniciales de POP y como terapia coadyuvante en estadios más avanzados. Rehabilitación del piso pélvico: su finalidad es la conservación del tono de los órganos pélvicos y hoy en día son parte de toda una subespecialidad de la fisioterapia, quienes aplican los ejercicios del piso pélvico en programas de rehabilitación mucho más complejos y completos que los descritos por el Dr. Arnold Kegel en 1940. Las tasas de curación o mejoría son buenas para incontinencia urinaria leve (Tipo I - II) y son de alguna ayuda en etapas tempranas del POP, pero es muy poca la evidencia acerca de su utilidad en el prolapso de órganos pélvicos en estadios > II, siendo de mejor beneficio como complemento en el post operatorio.
- ✓ **Los pesarios:** son la forma más antigua de tratamiento de POP, sigue siendo una alternativa a ofrecer. Hasta un 92% de las pacientes puede aplicársele de forma exitosa, siendo el más utilizado en etapas II y III el anillo con soporte (71%) pues es el mejor tolerado y en etapa IV el Gellhorn (64%), son mucho más prácticos los pesarios tipo Dona. (ver anexo)

C) Manejo quirúrgico:

El objetivo es:

- ✓ Restauración de la anatomía vaginal normal
- ✓ Restauración o el mantenimiento de la función vesical normal
- ✓ Restauración o el mantenimiento de la función intestinal normal
- ✓ Restauración o el mantenimiento de la función sexual normal.
- ✓ Aplicar medidas encaminadas a prevenir la recurrencia del síntoma de prolapso y la aparición de nuevas disfunciones.

La decisión sobre qué tipo de manejo quirúrgico se debe elegir depende de una adecuada evaluación clínica de los factores de riesgo, la función vesical, sexual e Intestinal, la edad, preferencia y necesidades de las pacientes en particular, el riesgo de recidiva y morbilidad quirúrgica, la presencia además o no de Incontinencia urinaria clínica u oculta que defina un tratamiento concomitante primario o en un 2do tiempo quirúrgico

1. Técnicas de Corrección del Compartimento Anterior:

- ✓ **Tejido nativo:** Esta técnica busca la corrección del defecto anterior, mediante la reconstrucción de la fascia endopélvica de suspensión anterior. se inició con la llamada corrección de sitio específico. El fundamento de esta técnica radica en la identificación del defecto (central, transverso o paravaginal) (ver guías clínicas de procedimientos HSB)
- ✓ Si se acompaña de incontinencia urinaria de esfuerzo: Se recomienda colocación de malla suburetral (ver guías de procedimientos HSB)

2. Técnicas de Corrección del Compartimento Posterior:

- ✓ **Corrección sitio-específica:** Implica identificar el lugar en el que se encuentra la lesión de la fascia rectovaginal y proceder a corregirlo de forma específica. Sin embargo, se han visto resultados muy variados con tasas de éxito que oscilan entre 56 - 100%. La realización de la plicatura de los músculos elevadores (que en el pasado se realizaba

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

 PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROLAPSO GENITAL- SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

de forma sistemática), no se recomienda ya, pues tiene una incidencia más alta de dispareunia postoperatoria (ver guías de procedimientos del HSB)

- ✓ Perineorrafia (ver guías de procedimientos de HSB)
- ✓ Corrección del enterocele (ver guías de procedimientos del HSB)

3. Técnicas de corrección de Compartimento Apical:
(ver guías de procedimientos de HSB)

- a) Sin preservación de útero
 - Histerectomía vaginal
 - Histerectomía abdominal
 - Histerectomía por laparoscopia
- b) Preservando el útero
 - Suspensión abdominal o laparoscópica:
 - Histeropexia sacra
 - Suspensión transvaginal
 - A los Ligamentos útero sacros
 - Iliococcígea
 - Pexia sacroespinal
 - Suspensión con colocación de malla
 - Operación de Manchester tradicional o modificada
- c) Histerectomizadas
 - Suspensión transvaginal de la cúpula
 - A los Ligamentos útero sacros
 - Iliococcígea
 - Pexia sacroespinal
 - Suspensión con colocación de malla.

4. Técnicas Obliterativas.

Están descritas para pacientes sin vida sexual activa, prolapsos avanzados y alta morbilidad quirúrgica

- Colpocleisis de Lefort

6.4.3. Signos de alarma post-operatorio:

Sangrado vaginal
 Dolor pélvico abdominal intenso
 Distensión abdominal
 Oliguria o anuria
 Hematuria, rectorragia
 Mal olor en sitio operatorio

6.4.4. Criterios de Alta:

Los mismos que en toda paciente post quirúrgica, con mejoría clínica y sin evidencia de complicaciones post operatorias. Educar a la paciente y a su familia sobre los signos de alarma que se pudieran presentar.

6.4.5. Pronóstico

En la gran mayoría de los casos el pronóstico es favorable y es bien tolerado. Existe la posibilidad de recurrencia.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROLAPSO GENITAL- SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

6.5. COMPLICACIONES:

- Infecciones urinarias
- Incontinencia de novo o recurrentes
- Fístulas genitales
- Hematomas.
- Shock hipovolémico
- Pelvipерitonitis
- Anemia Severa.
- Lesión de órganos adyacentes
- Estrechez o acortamiento vaginal
- Dispareunia
- Exposición de malla
- Osteomielitis en suspensiones sacras

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Referencia:

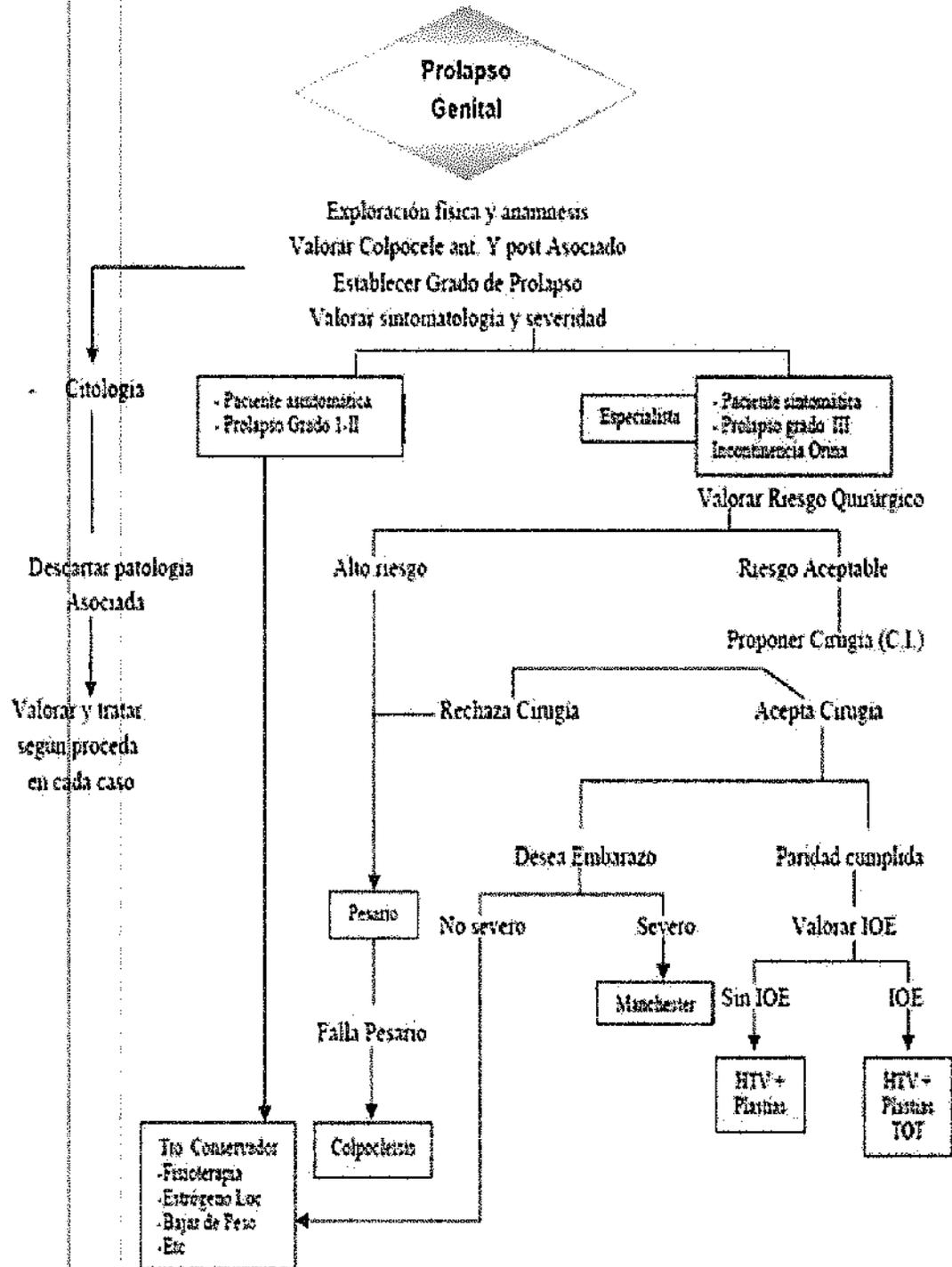
El HONADOMANI San Bartolomé Nivel III-1 está capacitado para resolver estos problemas y solo referirá en circunstancias que su capacidad instalada de camas en cuidados generales o UCI estén copadas.

Contra referencia: Una vez dada de alta la paciente se debe contra referir a su nivel inicial de atención, con el resumen de la hospitalización y las recomendaciones.

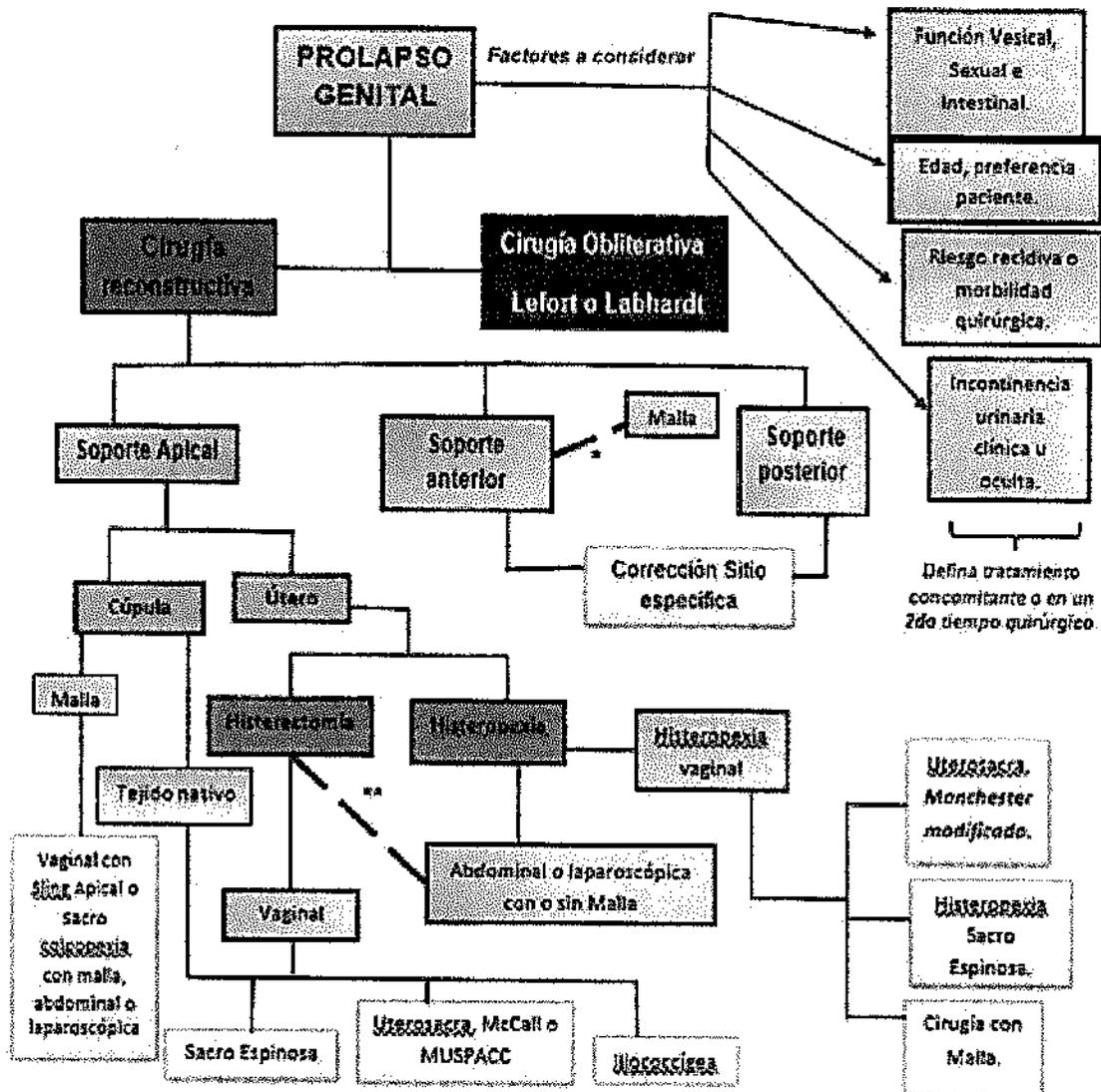
ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

6.7. FLUXOGRAMA:

Flujograma



Algoritmo del tratamiento quirúrgico del Prolapso Genital



(*) Valorar riesgo beneficio. (**) Casos muy seleccionados

MUSPACC: Midline Uterosacral Elevation Anterior colporrhaphy Combo Pack (Fusión de fascias) (75)

Tomado y modificado de: Maher et al. Surgical management of pelvic organ prolapse. (56)



PERÚ

Ministerio de Salud

HONADOMANI San Bartolomé

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG



I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROLAPSO GENITAL- SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO

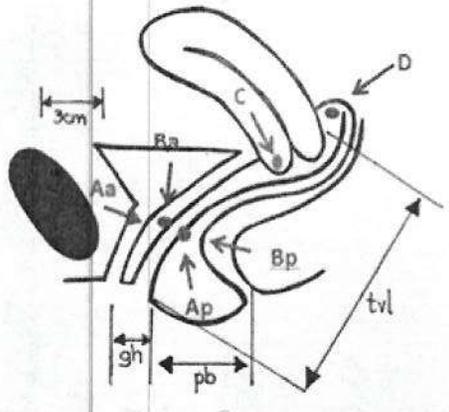
SERVICIO DE GINECOLOGIA

VII. ANEXOS.

Clasificación del Prolapso de los Órganos Pélvicos de acuerdo al sistema POP-Q

VALORACION POPQ:

GRADACION ORDINAL



Aa	Ba	C
Gh hiato	Pb C.perineal	Tvl L.vagina
Ap	Bp	D

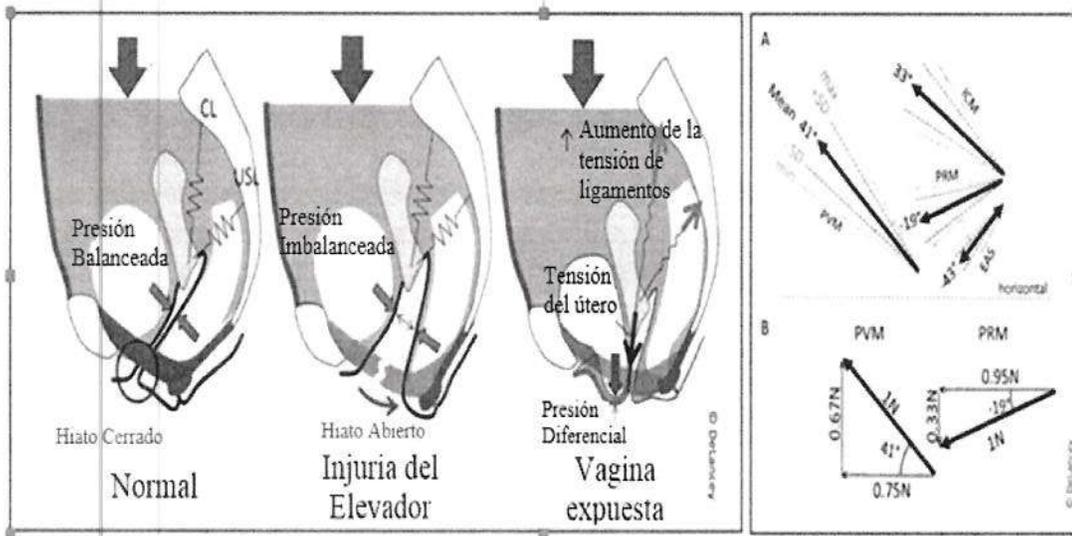
Grado I: la porcion mas distal esta a mas de 1 cm por encima del hurnen

Grado II: la porcion mas distal se encuentra entre -1 y +1 cm con respecto al hurnen

Grado III: la porcion mas distal esta a menos de Tvl-2

Grado IV: la porcion mas distal esta a mas de 2 cm sobre el largo total

Relación entre el Hiato genital y la tensión sobre el complejo ligamentario uterosacro y cardinal. Importancia de los vectores de fuerza y su relación entre sí en la etiología del prolapso.

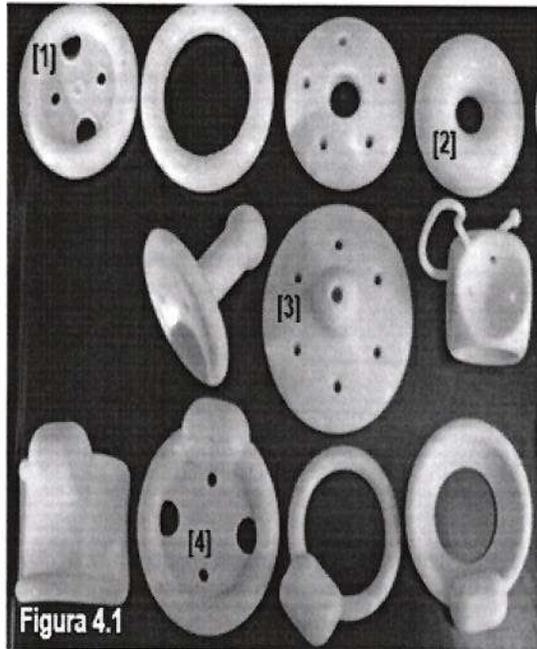


Tomado y modificado de: DeLancey. What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? (40)

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROLAPSO GENITAL- SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

Tipos de pesarios más comúnmente usado y como encontrar la medida del tamaño del mismo



Tomado y modificado de: [Atnis S. Q'Dell/K](#)
 Vaginal support pessaries: indications for use and fitting strategies. *Urol Nurs.* 2012 May-Jun; 32(3):114-24. PMID: 22860390

Figura 4.1: Tipos de pesario: [1] Ring con soporte. [2] Pesario tipo Dona para relleno. [3] Tipo Gellhorn para estados avanzados, con efecto de succión. [4] Ring con Nub para Incontinencia urinaria.

Figura 4.2: como ajustar el pesario: A: Introduzca sus dedos y mida la longitud vaginal desde la sínfisis hasta donde alcance cómodamente el índice y anular. C, B para dimensionar lo ancho y largo, guarde la medida y mídalo contra el pesario y así obtiene el diámetro mayor. A, B., comparado contra su pulgar.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025
HOSPITAL SAN BARTOLOME		

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROLAPSO GENITAL- SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

VIII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Beltrán, C; Diaz, T y Garzón, C. Prolapso del Piso Pélvico. Fecolsoc. 2019. Colombia.
2. Bered, J Falcone, T et al. Operative Techniques in Gynecology Surgery. Gynecology. 2017. USA.
3. Honda, V and Van Le, L. Te Linde. Operative Gynecology. 12 Edition. 2020. USA.
4. Guía Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Distopia Genital: Hospital Nacional Cayetano Heredia.2019. Lima, Perú.
5. Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Pared Vaginal Anterior: Cistocele e Incontinencia Urinaria de Esfuerzo Evidencia y Recomendaciones. Gobierno General México, DF.2010.
6. Lobo, R; Gershenson, L et al. Compressive Gynecology. 7 th Edition. 2017. USA.
7. Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia en Ginecología. Protocolo: Prolapso Genital. Araucana Sur. Mayo 2018. Chile.
8. Theobald, P; Zimmerman, Car and Davila, G Willy. New Techniques in Genital Prolapse Surgery. 2011. USA.
9. Walters, Mark and Karram, M. Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. Fourth Edition. USA. 2015.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud <small>HONADOMANI San Bartolomé</small>	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CÉRVICO VAGINALES		SERVICIO DE GINECOLOGIA

I. FINALIDAD

Estandarizar el diagnóstico y tratamiento de las infecciones cervico-vaginales más prevalentes en nuestro medio.

II. OBJETIVO

Actualizar el diagnóstico y la terapéutica en el síndrome de flujo vaginal en mujeres gestantes y no gestantes.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de práctica clínica está dirigida a todos aquellos profesionales que laboran en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Bartolomé.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES CERVICOVAGINALES

4.1 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CERVICO-VAGINALES

NOMBRE Y CODIGO: CIE 10: N72 Y N76

N72 Enfermedad inflamatoria del cuello uterino.

N76.0 Vaginitis Aguda

N76.1 Vaginitis subaguda y crónica

N76.2 Vulvitis aguda

N77.1 Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

El síndrome de flujo vaginal o vaginitis es un proceso infeccioso del tracto genital inferior (vulva, vagina y cérvix) secundario a infecciones (exógenas o endógenas) bacterianas, fúngicas y/o parasitarias; como consecuencia de un desequilibrio ambiental en el ecosistema vaginal.

5.2 ETIOLOGÍA

5.2.1 Vaginosis Bacteriana (VB): Síndrome polimicrobiano, que resulte de un descenso de la concentración de *Lactobacillus* productores de peróxido de hidrógeno y un incremento de bacterias patógenas, principalmente anaerobias Gram negativas. Son diversas las bacterias que pueden estar presentes en esta entidad, incluyendo *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* spp., *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Mycoplasma* spp. y *Atopobium* spp.

5.2.2 Vaginitis por Trichomonas: causada por *Trichomonas vaginalis* (TV), un protozoo unicelular parásito de la vagina.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HON. DOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CÉRVICO VAGINALES					SERVICIO DE GINECOLOGIA	

5.2.3 Vaginitis Candidiásica (VVC): Es una enfermedad inflamatoria de la vagina producida por diferentes especies de hongos, fundamentalmente de *Candida spp.*, secundaria generalmente a condiciones fisiológicas alteradas, que determinan una disminución de la inmunidad local. *Candida albicans* es la responsable del 90% de los episodios. Otras especies menos frecuentes, también denominadas no *albicans*, como *Candida glabrata*, *Candida tropicalis* y *Candida krusei* representan el 10%.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

La microbiota vaginal en condiciones fisiológicas

La microbiota vaginal es el conjunto de microorganismos que habitan de manera natural y sin causar daño en dicha región. El epitelio vaginal se origina por división de las células del estrato basal, de manera que existe un reemplazamiento continuo de la capa superficial por las subyacentes (de aquí el nombre que se le da a veces de epitelio escamoso). A pesar de no poseer glándulas, la mucosa vaginal está recubierta por una secreción que es producto de la exudación del propio epitelio y de la procedente del cuello del útero, que le da consistencia mucosa. Este líquido es muy rico en nutrientes, como la glucosa y diversos aminoácidos, que facilitan la colonización de la cavidad por las bacterias que constituyen la microbiota autóctona. Para evitar el establecimiento de microorganismos indeseables, presenta también concentraciones elevadas de fagocitos, linfocitos y factores solubles como defensinas, lactoferrina, proteínas del sistema del complemento e inmunoglobulinas de tipo A. La abundancia del exudado también depende de la secreción estrogénica y, por lo tanto, es mayor durante la edad fértil, siendo asimismo estimulada su secreción por la presencia de organismos indeseables que son así arrastrados hacia el exterior. En los años 90, la aplicación de técnicas taxonómicas moleculares permitió descubrir que el grupo de microorganismos conocidos hasta entonces como *Lactobacillus acidophilus* *döderlein* era muy diverso y, de hecho, comprendía un elevado número de especies distintas, incluyendo *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus amylolyticus*, *Lactobacillus amylovorus*, *Lactobacillus crispatus*, *Lactobacillus gallinarium*, *Lactobacillus gasseri*, *Lactobacillus iners*, *Lactobacillus jensenii* y *Lactobacillus johnsonii*. La composición de la microbiota vaginal cambia notablemente con la edad, dependiendo de las variaciones en los niveles de estrógeno. Hasta hace poco tiempo se mantenía la idea de que el feto intraútero no era portador de microorganismos; en cambio, en el momento actual, se ha demostrado la presencia de lactobacilos en líquido amniótico, sangre de cordón umbilical y meconio de niños sanos en los que las membranas amnióticas estaban íntegras. Poco después del nacimiento, el epitelio vaginal es colonizado por un gran número de microorganismos. La mayoría de las bacterias vaginales se originan a partir de la microbiota del tracto gastrointestinal o de la piel circundante. El estado endocrino de la mujer condiciona una sucesión de microbiotas vaginales predominantes dependiendo de su edad y estado hormonal:

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

 PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CÉRVICO VAGINALES		SERVICIO DE GINECOLOGIA	

- Niñas premenárquicas:** durante esta época de la vida, debido a la inactividad hormonal, la cual determina la cantidad de nutrientes en la cavidad vaginal, la microbiota vaginal va a ser un fiel reflejo de la existente en la piel (*Staphylococcus epidermidis*) y la procedente de la zona perineal, de origen entérico (bacilos y cocos anaerobios estrictos yaerotolerantes). A esta edad son infrecuentes las infecciones vulvovaginales, exceptuando la existencia de malformación genitourinaria o la presencia de cuerpos extraños.
- Mujeres en edad fértil:** la presencia de la menarquia es indicativa de la producción de hormonas esteroideas de origen ovárico. Con la presencia de los ciclos menstruales el epitelio vaginal aumenta su trofismo y grosor, produciendo un exudado que contiene glucógeno y otros muchos nutrientes. Este cambio en el hábitat vaginal facilita la colonización principalmente de lactobacilos, entre ellos destacan los de Döderlein, pero también de *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis* y otros que, en un momento determinado, pueden convertirse en patógenos si proliferan en exceso o se modifica el pH vaginal. El glucógeno proveniente del exudado vaginal es degradado a glucosa en el epitelio para posteriormente ser convertido en ácido láctico por la acción de los lactobacilos. Estos microorganismos son los responsables del mantenimiento del equilibrio en el ecosistema vaginal hasta el punto de que son la especie dominante en el 70% de las mujeres sanas y responsables de la homeostasis microbiana en esta cavidad. En mujeres adultas está dominado por *Lactobacillus iners*, *Lactobacillus crispatus*, *Lactobacillus jensenii* y *Lactobacillus gasseri*, aunque también son frecuentes *Lactobacillus salivarius* y *Lactobacillus vaginalis*.
- Embarazadas:** en la gestación se produce un aumento en la producción de IgA, la cual ofrece una mayor resistencia a la invasión de agentes patógenos en mucosas. Se produce un incremento de células fagocíticas (neutrófilos y macrófagos) acompañado de un descenso en el pH vaginal, producido por un aumento de nutrientes en el exudado vaginal, el cual favorece la proliferación de lactobacilos. A estas acciones se suma la ausencia de aumento del pH inducido por la menstruación y el efecto barrido sobre la microbiota existente.
- Mujeres postmenopáusicas:** la privación hormonal que se produce en esta etapa condiciona una disminución del exudado vaginal y de los nutrientes existentes en él. Ello se traduce en un cambio en la microbiota, produciéndose una disminución de microorganismos, pasando de 10 millones a unos 10.000 por mililitro, y dando lugar a que la microbiota vaginal pase a estar constituida por bacterias intestinales y de la piel, lo que se traduce clínicamente en una disminución de las infecciones causadas por los patógenos habituales típicos y un aumento en la patología infecciosa del tracto urinario.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HON. ADO. MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CÉRVICO VAGINALES			SERVICIO DE GINECOLOGIA

Acciones de la microbiota vaginal

Los lactobacilos son los principales responsables del mantenimiento del ecosistema vaginal. Destacan como mecanismos de acción:

1. Compiten con los hongos por los nutrientes disponibles.
2. Bloquean receptores epiteliales para hongos mediante un sistema de decoagulación.
3. Generan sustancias como peróxido de hidrógeno, lactacinas y acidolinas, capaces de metabolizar la glucosa a ácido láctico, responsable de mantener el pH vaginal en rangos de acidez (entre 3,5-4,5), siendo este el principal mecanismo de defensa frente a la colonización por patógenos.
4. Potencian la respuesta inmune mediante la secreción de IL-8 y de IP- 10, las cuales son cruciales en el aclaramiento de las vaginitis. En el momento actual, se considera que las alteraciones de la microbiota vaginal son el eje fundamental de la fisiopatología de las infecciones vaginales.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

5.4.1 Vaginosis Bacteriana: Cursa de forma asintomática entre 11-48 % de los casos. Su prevalencia varía según la raza, la edad y las condiciones sociodemográficas; pero usualmente se registra más allá del 29,2 %, siendo mayor en el grupo de mujeres en edad reproductiva. La prevalencia varía del 4,9- 35% en los países de ingresos altos y del 20-51% en los países de ingresos bajos y medios.

5.4.2 Trichomoniasis: La prevalencia de la tricomoniasis vaginal varía de una región a otra, dependiendo de la cultura, la población y el momento en que se estudie, entre otras; estimándose entre 3-74% en mujeres y entre 5-29% en hombres. La OMS registró 276,4 millones de nuevos casos en el año 2008, para un incremento de 11,2% con respecto al año 2005 (n= 248,5 millones de casos) y para el continente americano, registró una incidencia de 85,4 millones de casos y una prevalencia de 57,8 millones.

5.4.3 Vulvovaginitis Candidiásica: La VVC es un proceso muy común en las mujeres adultas, con un pico máximo de incidencia entre los 20 y 40 años. Se calcula que a los 25 años, el 50% de las mujeres habrá tenido al menos un episodio de VVC y que entre las mujeres premenopáusicas, el 75% habrá sufrido al menos un episodio de VVC y el 45% dos episodios o más. A su vez, se estima que el 5% de las mujeres con VVC acabará presentando una VVC recurrente 20% de VVC son complicadas.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Vaginosis Bacteriana: Las conductas que favorecen la aparición de la VB destacan: 1) inicio precoz de las relaciones sexuales, 2) múltiples parejas sexuales masculinas y una o más femeninas en los últimos 12 meses, 3) uso inestable del condón

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CÉRVICO VAGINALES			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

y 4) práctica del sexo oral (del hombre hacia la mujer o entre mujeres), mala higiene íntima, uso de dispositivos intrauterinos (DIU), estado inmunitario deficiente, emplee duchas vaginales, tabaquismo, Infecciones vaginales concomitantes, uso de antibióticos, bajo estrato socioeconómico, embarazo, patología genital, sangrado uterino anormal, entre otros.

5.5.2 Trichomoniasis: La incidencia de TV es alta entre las mujeres con parejas sexuales nuevas y múltiples, o con conductas sexuales de riesgo; presencia o infección previa por otra ITS (Herpes Virus tipo 2, HIV, sífilis, VB, candidiasis, gonorrea, etc.); pobreza, prostitución, drogadicción, bajo nivel socioeconómico, encarcelación y bajo nivel educativo.

5.5.3 Candidiasis vulvovaginal: Existe una multiplicidad de factores de riesgo, algunos son propios del huésped y otros están asociados a su comportamiento. El crecimiento del hongo en el tracto genital femenino está regulado por la microbiota residente (*Lactobacillus spp.*). Los factores predisponentes incluyen: embarazo, diabetes mellitus, terapia inmunosupresora (fármacos citotóxicos, esteroides, etc.), uso de antibióticos, anticonceptivos orales, enfermedades inmunodeficientes (VIH, cáncer, enfermedad crónica, etc.), ropa interior ajustada y/o de nylon. El calor y la humedad favorecen el crecimiento de la *Cándida spp*; y aunque no se considera una infección de transmisión sexual, puede transmitirse sexualmente; de hecho, varios estudios informan de una asociación entre la candidiasis y el sexo orogenital.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

A. Vaginosis Bacteriana: Secreción vaginal abundante de color blanco- grisáceo con "olor a pescado", más notoria luego del coito sin protección o en los periodos de menstruación. El eritema de las mucosas normalmente no es una característica; pero usualmente alrededor del 50% de las pacientes cursan de forma asintomática.

B. Trichomoniasis Vaginal: La mayoría de las personas infectadas son asintomáticas o presentan síntomas inespecíficos. La sintomatología de la TV es más frecuente y acentuada en presencia de incremento del pH vaginal, así como durante la menstruación, la ovulación o el período postcoital. Se puede observar leucorrea abundante (42%), espumosa y burbujeante de color amarillo-verdoso o amarillo (50%), fetidez (50%) y edema o eritema (22-37%); también puede estar presente prurito, dispareunia y disuria (29%). En el cérvix se presenta cervicitis: "cuello aframbuezado o colpitis macularis o colpitis focal". No obstante, entre el 25-50% de las mujeres son asintomáticas. En las mujeres, el parásito se encuentra en la vagina, la uretra y las glándulas parauretrales. La infección uretral está presente en el 90% de las mujeres infectadas, aunque la uretra es el único sitio de infección en menos del 5% de los casos.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HON. DOMINICÓ San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CÉRVICO VAGINALES					SERVICIO DE GINECOLOGIA	

C. Candidiasis Vulvovaginal: La candidiasis es una verdadera vaginitis inflamatoria, cursa con prurito, disuria externa y dispareunia introital, usualmente acompañada de leucorrea. El flujo lo caracteriza una secreción blanca, grumosa y adherente a las paredes vaginales (típicamente como "requesón"); la mucosa vaginal se observa visiblemente enrojecida.

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Vaginosis Bacteriana: Originalmente, la tinción Gram se consideró el estándar para el diagnóstico de la VB. Posteriormente, se han desarrollado los criterios de diagnóstico clínico de Amsel, que requieren la presencia de 3 de los 4 rasgos clínicos expuestos en la tabla 4.

Tabla 4. Criterios de Amsel para el diagnóstico de la vaginosis bacteriana

Tabla 4. Criterios de Amsel para el diagnóstico de la vaginosis bacteriana
1) pH del flujo vaginal >4.5
2) 20% de presencia de células claves ó guías en la observación al microscopio óptico
3) Olor a pescado al adicionar KOH al 10% al flujo (prueba de aminas positiva)
4) Secreción vaginal fina, grisácea, homogénea y adherente

Adicionalmente, Nugent (Tabla 5) estableció un método diagnóstico determinando una puntuación de 1-10 sobre una tinción de Gram, en la que se pondera la presencia de tres morfotipos bacterianos diferentes (lactobacilos, Gardnerella/Bacteroides y bacilos gramnegativos curvos [Mobiluncus]).

Tabla 5. Criterios de Nugent para el diagnóstico de la vaginosis bacteriana

Tabla 5. Criterios de Nugent para el diagnóstico de la vaginosis bacteriana			
Puntuación	Lactobacillus (bacilos Gram positivos)	Gardnerella y Bacteroides spp. (bacilos y cocobacilos Gram negativos)	Mobiluncus (bacilos Gram negativos curvos)
0	4+	0	0
1	3+	1+	
2	2+	2+	1+ ó 2+
3	1+	3+	3+ ó 4+
4	0	4+	

0: no morfotipos presentes; 1+: < 1 morfotipo presente; 2+: 1 – 4 morfotipos presentes; 3+: 5-30 morfotipos presentes; 4+: 30 ó más morfotipos presentes.

En función de la proporción de cada morfotipo se obtiene la puntuación final, que determina el diagnóstico (microbiota normal, intermedia o VB). Actualmente, los criterios diagnósticos de Amsel son los más utilizados en la práctica clínica y se estima que aportan un diagnóstico correcto en el 90% de los casos de VB. Existen otros test

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

 PERÚ	Ministerio de Salud HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CÉRVICO VAGINALES			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

basados en la detección molecular de *Gardnerella vaginalis* u otros patógenos, pero su validación clínica está todavía pendiente. Con las nuevas técnicas de biología molecular ha emergido el concepto de que la naturaleza polimicrobiana se asocia a la microbiota autóctona. Además, *Gardnerella* se identifica en hasta el 10% de mujeres sin patología. Los diagnósticos basados en la lectura de la citología cervicovaginal carecen de utilidad clínica por su baja sensibilidad y especificidad.

6.2.2 Trichomoniasis Vaginal: En el diagnóstico de la TV, son de utilidad la presentación clínica (a la especuloscopia, se puede observar eritema vaginal y cervical: "vagina en empedrado" y "cérvix en fresa"), debido a la dilatación de los capilares y a las hemorragias puntiformes; sin embargo, el diagnóstico clínico no es específico, siendo necesaria la confirmación de laboratorio, ya sea mediante el estudio en fresco, citología vaginal, cultivo, pruebas serológicas y técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN). El examen en fresco del exudado vaginal muestra tricomonas móviles (sensibilidad del 62-92% y especificidad del 98%), mientras que las técnicas de cultivo se utilizan ampliamente para el diagnóstico (tabla 7).

Tabla 7. Sensibilidad y Especificidad de los diferentes métodos de diagnóstico de la tricomoniasis vaginal

Métodos	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
CCV	60-96	98-100
Clínica	71	84
Cultivo	44-97	100
Estudio al Fresco	9,7-71,43	88,1-100
Prueba Serológicas	55-99	92-100
TAAN	43,6-100	98,2-100

CCV: Citología Cervicovaginal; TAAN: Técnicas de Amplificación de Ácidos Nucleicos

En las mujeres sintomáticas sospechosas de tricomoniasis, pero sin tricomonas móviles observables, se recomienda el cultivo. El cultivo se consideró por mucho tiempo el "estándar de oro", pero las pruebas moleculares han demostrado tener una mayor sensibilidad. Por otro lado, también se encuentran disponibles métodos de inmunoensayo enzimático, amplificación de ácidos nucleicos e inmunofluorescencia; donde las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN), son consideradas como el "Gold Standard" en el diagnóstico de la TV. Las TAAN pueden detectar ADN de TV en hisopos vaginales o endocervicales y en muestras de orina, con una sensibilidad entre el 88-97% y especificidad entre el 98-99%. Esta debe ser la prueba preferida cuando los recursos así lo permitan.

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	--	---------------------------------------

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CÉRVICO VAGINALES					SERVICIO DE GINECOLOGIA	

6.2.3 Candidiasis Vulvovaginal: El diagnóstico de la CVV puede hacerse a través de la inspección visual, pH vaginal, microscopía, Papanicolaou, prueba de látex y cultivo de la secreción cervicovaginal. La mayoría de las pacientes se quejan de leucorrea; pero la dispareunia, el prurito vulvar y el ardor son los síntomas principales. Las mujeres además suelen referir prurito y ardor después del coito o al orinar. En la exploración física se puede observar eritema y edema de los labios mayores y menores y erupciones en el perineo y los muslos, con leucorrea blanquecina, espesa en forma de cuajada, similar al queso cottage.

En presencia de un síndrome de flujo vaginal por hongos (vaginitis), el pH vaginal normal (<4,5) descarta la vaginosis y orienta la exploración de hongos. Si el pH es mayor a 4,5 sugiere vaginosis bacteriana, tricomoniasis o endocervicitis mucopurulenta.

La microscopía con KOH (hidróxido de potasio) o NaOH (hidróxido de sodio), puede evidenciar la presencia de pseudohifas o micelios. La presencia de blastosporas o pseudohifas de levadura se detectan en aproximadamente el 30-50% de las pacientes con CVV sintomática. La candida spp también puede evidenciarse en frotis de las secreciones cervicovaginales con la coloración del Papanicolaou.

La aglutinación de partículas de látex (en inglés, Latex particle agglutination, LPA) es más sensible (82%) que la microscopía de KOH³² y más específica que otros criterios de diagnóstico; sin embargo, puede presentar falsos positivos, especialmente en mujeres asintomáticas, o una sensibilidad menor que la del examen microscópico de KOH realizado por profesionales experimentados³⁵. La prueba de inmunocromatografía sensible (en inglés, immunochromatography test, ICT), el CandiVagi, es útil para el diagnóstico rápido de la CVV utilizando un anticuerpo monoclonal (MAb), inmunoglobulina M (IgM) dirigido contra el manano de Candida spp.

Pruebas complementarias en el diagnóstico de VVC	
Frotis en fresco	
Con suero fisiológico al 0,9%	Se visualizan esporas o hifas (sensibilidad 50%)
Con unas gotas de KOH	Se visualizan levaduras en fase de esporas e hifas (sensibilidad 70%)
Tinción de Gram	Se visualizan esporas o hifas (sensibilidad 65%)
pH	No suele variar con respecto al pH normal (4-4,5)
Cultivo vaginal	Prueba confirmatoria

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

- Análisis de rutina. VIH, VDRL
- Exámenes de la secreción: En fresco, test de aminas (KOH 10%), tinción Gram, tinción de hematoxilina, tinción de Giemsa.
- Cultivos de secreción vaginal.
- Métodos moleculares: Inmunofluorescencia, PCR.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

 PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CÉRVICO VAGINALES		SERVICIO DE GINECOLOGIA	

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Objetivos Terapéuticos:

- Preservar el ecosistema vaginal, el pH, previniendo el crecimiento de la flora vaginal patógena.
- Curación sintomática y etiológica de la patología en la paciente y compañeros sexuales.
- Disminuir complicaciones de las cirugías obstétricas y ginecológicas.
- Evitar la cronicidad y secuelas de las infecciones cervico-vaginales.

6.4.2. Tratamiento:

- **Medidas Generales:**

- El tratamiento a la paciente y a sus parejas sexuales.
- Erradicar la automedicación y las duchas vaginales.
- Control de Diabetes y uso de indiscriminado de antibióticos y antimicóticos discriminados.

- **Medidas Específicas:**

1. **Vaginosis Bacteriana:**

T.1. Más efectivo: >85%

Metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por 7 días.

Metronidazol 0.75 % 5g endovaginal diario por 7 días o crema de clindamicina 2% 5gr endovaginal diario por 7 días.

T.2. Menos efectivo: 50-60%

Metronidazol 2gr VO stat.

Clindamicina 300 mg VO cada 12 horas por 7 días.

Clindamicina óvulos 100 mg cada 24 horas por 3 días.

2. **Trichomoniasis Vaginal:**

T.3. Metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por 7 días

Metronidazol 2gr VO dosis única

Tratar al compañero sexual: Metronidazol 2gr VO dosis única

3. **Candidiasis Vaginal:**

T.4. Fluconazol 150 mg VO en una sola dosis, en casos sintomáticos graves se repite a las 72 horas. Se puede añadir hidrocortisona al 1% en forma tópica para aliviar la irritación vulvar.

T.5. Tratamiento tópico:

Clotrimazol crema 1% 5g transvaginal por 3 a 7 días, o comprimido vaginal de 100 mg diario por 7 días, o comprimido vaginal de 500 mg dosis única.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CÉRVICO VAGINALES			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

Miconazol crema al 2% 5gr transvaginal diario por 7 días.
Miconazol óvulo de 200 mg diario por 3 días.
Miconazol óvulo 100 mg diario por 7 días.

T.6. Tratamiento Sistémico

Terbinafina: 250 mg/24 horas por 12 horas.

4. Tratamiento de la Candidiasis Crónica Recurrente:

T.7. Ketoconazol 100 mg VO diarios por 6 meses
Fluconazol 150 mg VO semanal por 6 meses
Itraconazol 50-100 mg VO diarios por 6 meses

5. Tratamiento de Endocervicitis por Neisseria Gonorrea:

T.8. Ceftriaxona 500 mg IM dosis única
Ciprofloxacino 500 mg VO dosis única
Levofloxacino 250 mg VO dosis única

6. Tratamiento de Endocervicitis por Chlamydia Trachomatis:

T.9. Azitromicina 1gr VO dosis única
Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 7 días
Levofloxacino 500 mg VO diario por 7 días
Eritromicina 500 mg VO cada 6 horas por 7 días

6.4.3. Efectos adversos o colaterales del tratamiento

- Metronidazol: Náuseas, vómitos, cefalea, insomnio, mareos, rash, boca seca, sabor metálico.
- Fluconazol: cefalea, mareos, diarrea, dolor de estómago, epigastralgia, cambio en la capacidad de percibir los sabores de alimentos, erupción cutánea, edema de párpados, cara o labios.

6.4.4. Signos de alarma

- No aplica

6.4.5. Criterios de Alta

- Pacientes asintomáticas y que hayan completado el tratamiento

6.4.6. Pronóstico

- Favorable

6.5 COMPLICACIONES

a) **Vaginosis Bacteriana:** Se asocia con la prematuridad y bajo peso al nacer, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, adquisición del VIH y el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) e infecciones secundarias.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CÉRVICO VAGINALES			SERVICIO DE GINECOLOGIA

b) **Trichomoniasis Vaginal:** la TV se asocia con ruptura prematura de membrana, parto prematuro, recién nacido de bajo peso, enfermedad pélvica inflamatorio atípica, infertilidad, riesgo de adquirir otra ITS (HIV, HPV, HVS, Chlamydia trachomatis, gonorrea, etc.), y riesgo de desarrollar cáncer del cuello uterino.

c) **Candidiasis Vulvovaginal:** si no se trata, lo más probable es que la CVV empeore y cause rotura prematura de membranas, trabajo de parto prematuro, corioamnionitis y candidiasis cutánea congénita (entre las gestantes); además, puede contribuir al incremento de la susceptibilidad a la infección por VIH, candidiasis invasiva e infecciones secundarias (debido al rascado).

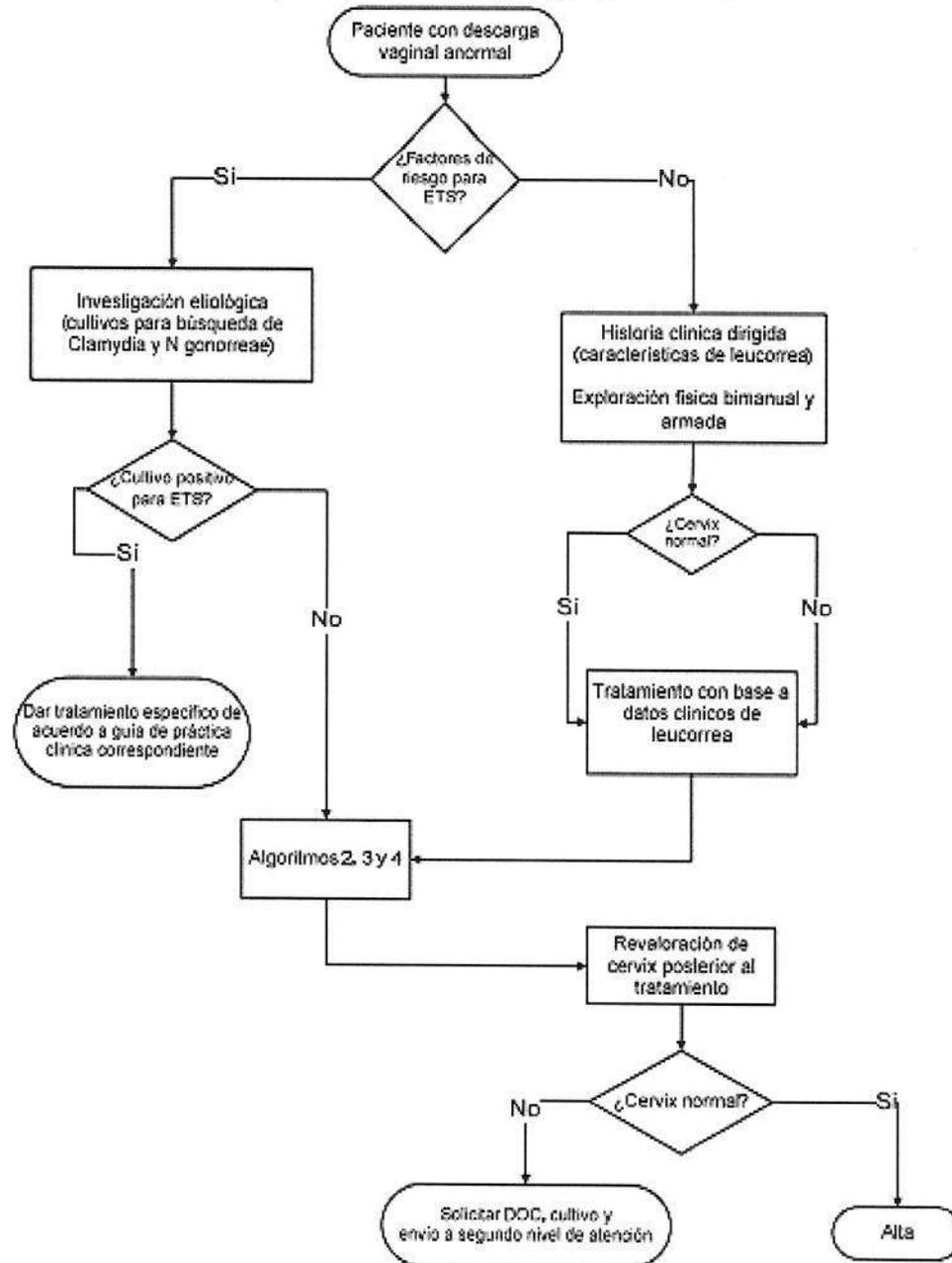
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Son pacientes controladas por consultorios externos. Posterior al tratamiento exitoso se contrarefieren a su establecimiento de salud de origen.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

VI. ANEXOS

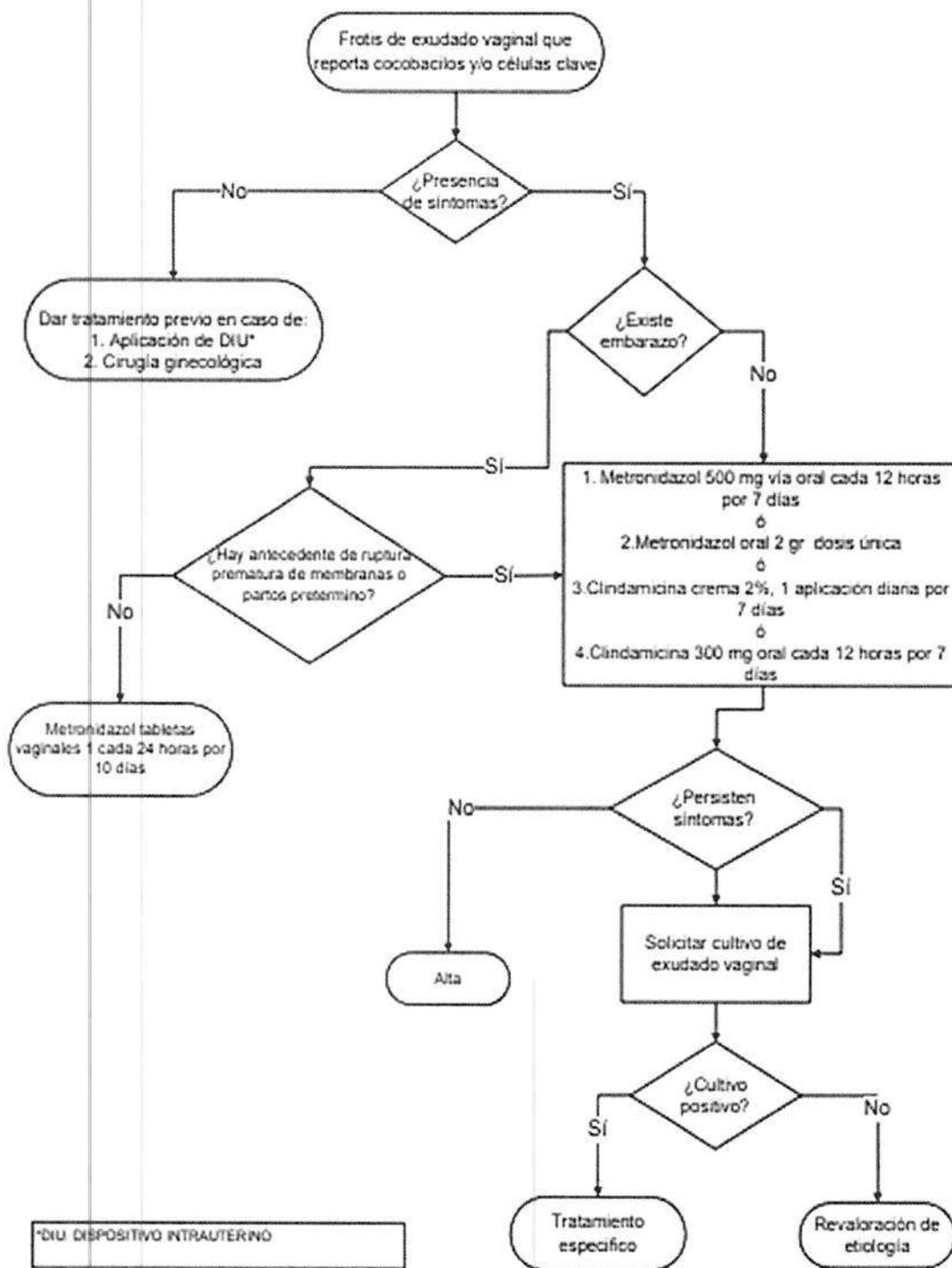
Abordaje de la paciente con descarga vaginal anormal



GPC. Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis en Mujeres de Edad Reproductiva. Facultad Medicina UNAM. México

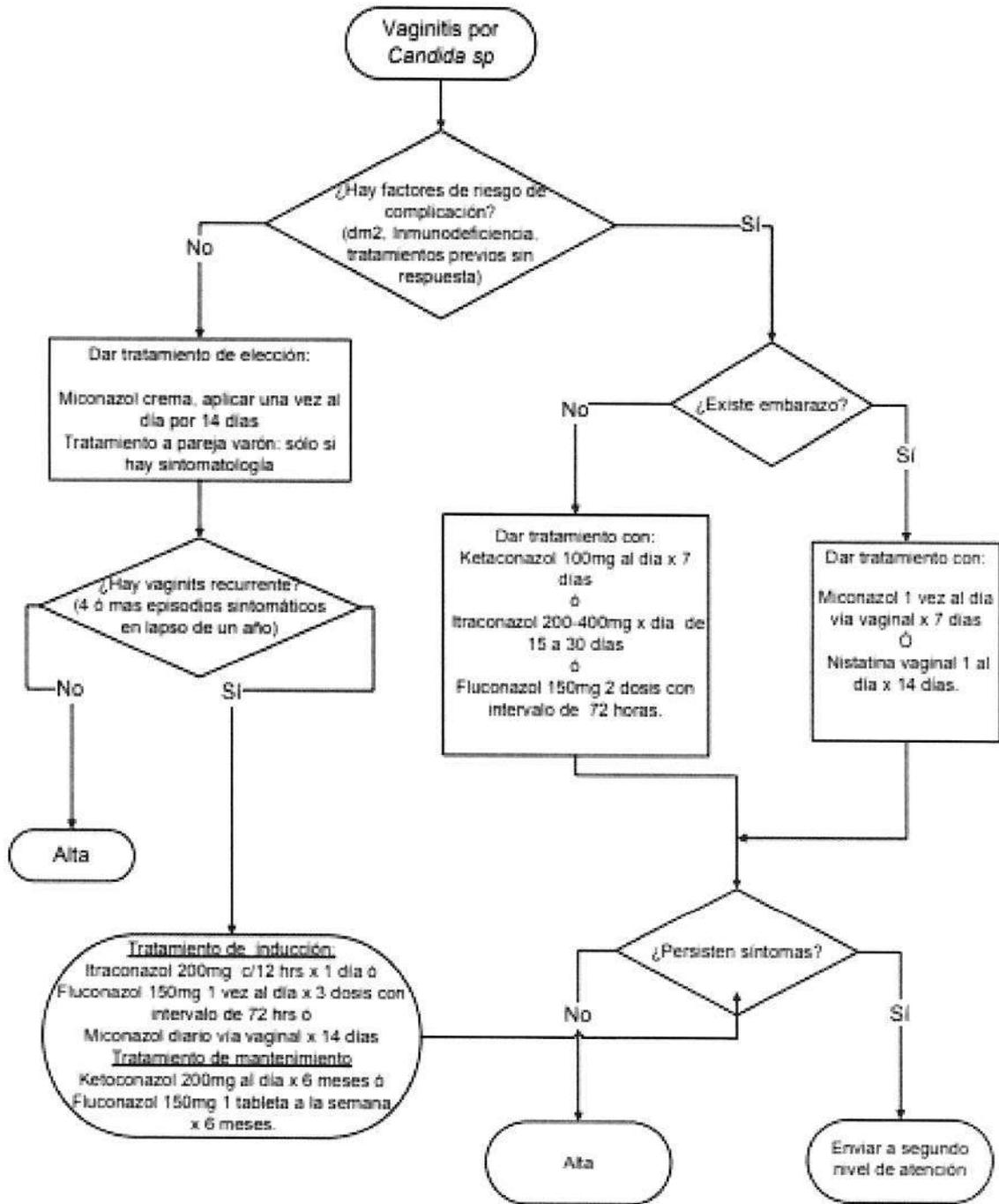
ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

Algoritmo 2
Tratamiento de vaginosis bacteriana (VB)



GPC. Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis en Mujeres de Edad Reproductiva. Facultad Medicina UNAM. México

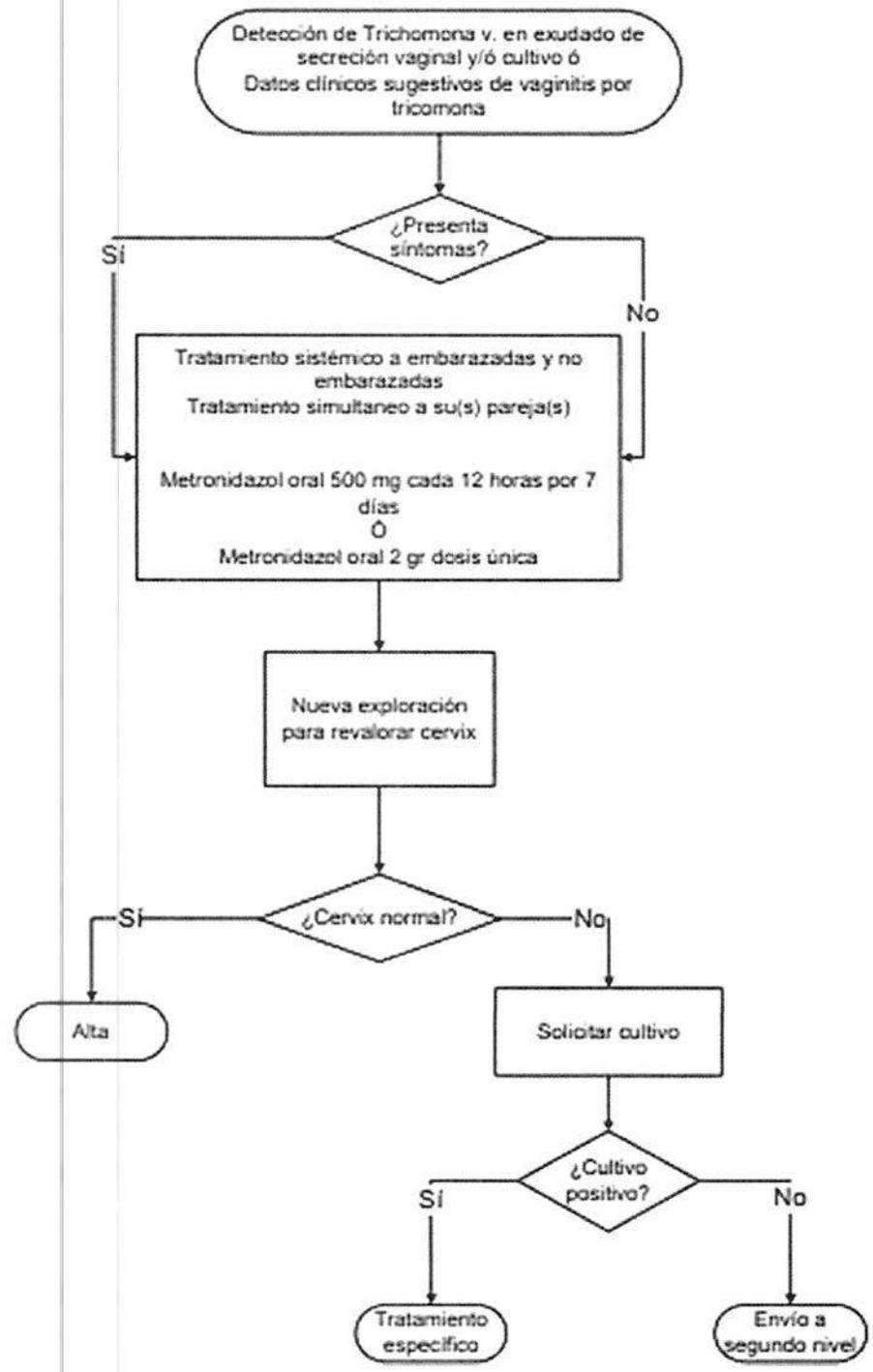
Algoritmo 3. Tratamiento de la Vaginitis por *Candida sp*



GPC. Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis en Mujeres de Edad Reproductiva. Facultad Medicina UNAM. México

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

Algoritmo 4
Tratamiento de vaginitis por *Trichomona v.*



GPC. Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis en Mujeres de Edad Reproductiva. Facultad Medicina UNAM. México

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CÉRVICO VAGINALES			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gunther LS, Martin s HP, Gimenes F, Abreu AL, Consola ro ME, Svidzinski TI. Prevalence of Candida albicans and non-albicans isolates from vaginal secretions: comparative evaluation of colonization, vaginal candidiasis and recurrent vaginal candidiasis in diabetic and non-diabetic women. Sao Paulo Med J. 2014; 132(2):116-20.
2. Sobel JD, Kapernick PS, Zervos M, Reed BD, Hooton T, Soper D, et al. Treatment of complicated Candida vaginitis: comparison of single and sequential doses of fluconazole. Am J Obstet Gynecol. 2001; 185(2):363-9.
3. Cassone A. Vulvovaginal Candida albicans infections: pathogenesis, immunity and vaccine prospects. BJOG. 2015; 122(6):785-94.
4. Cassone A. Vulvovaginal Candida albicans infections: pathogenesis, immunity and vaccine prospects. BJOG. 2015; 122(6):785-94.
5. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2016; 62(4):e1-50.
6. Leppäluoto PA. Bacterial vaginosis: what is physiological in vaginal bacteriology? An update and opinion. Acta Obstet Gynecol Scand 2011;90:1302-6.
7. Brown JM, Hess KL, Brown S, Murphy C, Waldman AL, Hezareh M. Intravaginal practices and risk of bacterial vaginosis and candidiasis infection among a cohort of women in the United States. Obstet Gynecol 2013;121:773-80
8. World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance. 2015
9. Petersen EE, Weissenbacher ER, Hengst P, Spitzbart H, Weise W, Wolff F, et al. Local treatment of vaginal infections of varying etiology with dequalinium chloride or povidone iodine. A randomised, double-blind, active-controlled, multicentric clinical study. Arzneimittelforschung 2002;52(9):706-15.
10. Brocklehurst P, Gordon A, Heatley E, et al. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2013;1:CD000262.
11. WHO Global program in AIDS. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases; overview and estimates. WHOGPA/STD 1995.
12. Powell AM, Nyirjesy P. Recurrent vulvovaginitis. Best Pract Res Clin ObstetGynaecol 2014;28:967–76.
13. ACOG Practice Bulletin, Vol 135, Jan 2020.
14. Ferris DG, Litaker MS, Woodward L, Mathis D, Hendrich J. Treatment of bacterial vaginosis: a comparison of oral metronidazole, metronidazole vaginal gel, and clindamycin vaginal cream. J Fam Pract 1995;41:443–9.
15. Schwebke JR, Desmond R. A randomized trial of metronidazole in asymptomatic bacterial vaginosis to prevent the acquisition of sexually transmitted diseases. Am J Obstet Gynecol 2007;196:517.e1–6.
16. GAPSEGO. Ginecología General. Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones Vulvovaginales 2018. Pag 3-21.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CÉRVICO VAGINALES				SERVICIO DE GINECOLOGIA	

17. Mølgaard-Nielsen D, Svanstrom H, Melbye M, et al. Association between use of oral fluconazole during pregnancy and risk of spontaneous abortion and stillbirth. *JAMA* 2016; 315: 58–67.
18. Forna F and Guimezoglou AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2: CD000218.
19. Schwebke JR, Burgess D. Trichomoniasis. *Clin Microbiol Rev.* 2004; 17(4):794- 803, table of contents.
20. Guia de Práctica Clínica y de Procedimientos en Ginecología. Instituto Nacional Materno Perinatal. Pag.84-90. 2020
21. Owen MK, Clenney TL. Management of vaginitis. *Am Fam Physician.* 2004; 70(11):2125-32.
22. Mendling W, Poli A, Magnani P. Clinical effects of nifuratel in vulvovaginal infections. A meta-analysis of metronidazole-controlled trials. *Arzneimittelforschung.* 2002; 52(10):725- 30.
23. Lamont RF, Nhan-Chang CL, Sobel JD, et al. Treatment of abnormal vaginal flora in early pregnancy with clindamycin for the prevention of spontaneous preterm birth: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:177-90.
24. Hillier SL. Diagnostic microbiology of bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:455-9.
25. MacPhee RA, Hummelen R, Bisanz JE, Miller WL, Reid G. Probiotic strategies for the treatment and prevention of bacterial vaginosis. *Expert Opin Pharmacother* 2010;11:2985-95.
26. Centre for Diseases Control CDC. Diseases characterized for vaginal discharge. 2015. STD Treatment Guidelines.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

I FINALIDAD

Contribuir con la estandarización del diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de transmisión Sexual de pacientes, que acudan al HONADOMANI San Bartolomé; basándose en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para ellas, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos del hospital.

II OBJETIVO

Realizar la correcta prevención, diagnóstico de las Infecciones de transmisión sexual y establecer el tratamiento con lineamientos protocolares para su manejo, en el HONADOMANI San Bartolomé para mejorar la efectividad y calidad de la atención medica en las pacientes

III AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Manejo Clínico tiene como ámbito de aplicación el Departamento de Ginecología y Obstetricia del HONADOMANI San Bartolomé, también podrá servir como referente para los demás establecimientos de salud públicos o privados que brinden atención a pacientes mujeres en todo el país.

IV DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

4.1 NOMBRE Y CODIGO:

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

CODIGO CIE 10: A50 AL A64

V CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1 DEFINICIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) comprenden una serie de patologías, de etiología infecciosa diversa, en las que la transmisión sexual, es relevante desde el punto de vista epidemiológico, aunque en ocasiones pueden existir otros mecanismos de contagio, como la transmisión perinatal o por vía parenteral. El término incluye el estadio asintomático, ya que puede ser compatible con la existencia de lesiones subclínicas con potencial para la transmisión, razón por la cual se prefiere esta denominación a la de enfermedades de transmisión sexual previamente utilizada

5.2 CLASIFICACIÓN:

Los agentes etiológicos de las ITS tienen como único reservorio al hombre. La transmisión se realiza a partir de las personas infectadas (con formas clínicas agudas, crónicas o asintomáticas) y se produce por contacto directo, de persona a persona durante la relación sexual.

Las ITS más importantes son:

1. **Gonorrea:** La gonorrea es la enfermedad producida por la infección por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. Infecta típicamente los epitelios de la uretra, el

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA HOSPITAL SAN BARTOLOME	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL					SERVICIO DE GINECOLOGIA	

- cuello uterino, el recto, la faringe o las conjuntivas y causa irritación o dolor y secreción purulenta.
2. Sífilis: La sífilis es una enfermedad infecciosa con afectación sistémica causada por el microorganismo *Treponema pallidum*
 3. subespecie *pallidum*, perteneciente al Orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae. Son organismos de diámetro exiguo, con morfología característicamente enrollada. Presentan un movimiento rotatorio y ondulado sobre el eje central de la bacteria.
 4. Chancro Blando: El chancroide o chancro blando (*ulcus molle*) El bacilo causal (*Haemophilus ducreyi*) fue descubierto y descrito en 1889 por un bacteriólogo de la Universidad de Nápoles llamado A. Ducrey. Se describió como un microorganismo con forma de bastón corto, de 1,5 × 0,5 µm, con extremos redondeados e indentaciones laterales.
 5. Herpes Genital: El herpes genital es una infección producida por un virus ADN del que existen dos tipos: VHS-1 y VHS-2. El VHS-2 es el responsable de la mayoría de las infecciones genitales (85%),
 6. Tricomoniasis: La tricomoniasis es una infección de transmisión sexual causada por el protozoo flagelado *Trichomonas vaginalis*. El organismo se reconoce por el movimiento rápido, de atrás hacia adelante, generado por cuatro flagelos anteriores y la membrana ondulante.
 7. Granuloma Inguinal: es una infección rara progresiva de la piel genital y perineal causada por *Klebsiella* (antes denominado *Calymmatobacterium*) *granulomatis*.
 8. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana: El virus de la inmunodeficiencia humana 1 (VIH-I), de la familia de los retrovirus, prototipo de la subfamilia de los lentivirus,
 9. Infección por el papiloma virus humano: V.P.H, es un virus ADN de doble cadena circular con 8000 pares de bases, el cual no cuenta con envoltura si no con un núcleo cápside proteica icosaédrica con 72 capsómeros, que proviene de la familia Papovaviridae

5.3 FISIOPATOLOGIA:

Dependiente de la etiología.

Muchos de los agentes patógenos sexualmente transmitidos, incluido el de VIH se contagian durante las relaciones sexuales, algunos se transmiten a través de sangre, trasplante de tejidos, durante el embarazo, parto y puerperio.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

En los países en vías de desarrollo las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco causas más comunes de demanda de atención sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 1999 se produjeron en el mundo 340 millones de casos nuevos de las cuatro ITS más comunes: sífilis (12 millones), gonorrea (62 millones), infección por clamidia (92 millones) y tricomoniasis (174 millones). La incidencia suele ser mayor en personas que viven en áreas urbanas, solteras y jóvenes y el riesgo de infectarse por estos patógenos aumenta con el escaso uso de preservativo y con el mayor número de parejas sexuales.

No se sabe con exactitud la carga de enfermedad que representan las ITS. Esto se debe no sólo a las insuficiencias de los sistemas de vigilancia epidemiológica, inexistentes o de escasa calidad incluso en los países más desarrollados, sino también a otros factores

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL				SERVICIO DE GINECOLOGIA	

que influyen en la calidad y exhaustividad de la información epidemiológica sobre las ITS, como son la historia natural de cada enfermedad, la disponibilidad de métodos diagnósticos, los patrones de búsqueda de asistencia entre los pacientes y los programas de búsqueda activa de casos.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

La evaluación del riesgo individual para las ITS requiere realizar una historia clínica, que incluya preguntas sobre su conducta sexual y otros factores de riesgo, siendo los reiteradamente citados en las principales:

- Tener menos de 25 años.
- Mantener contacto sexual con persona con una ITS.
- Mantener relaciones sexuales con diferentes parejas.
- Tener una nueva pareja sexual en los últimos meses.
- Antecedentes previos de ITS.
- Profesionales de la prostitución y sus clientes.
- Consumo de drogas y/o alcohol, especialmente asociados a las relaciones sexuales.
- Uso inconsistente del preservativo con parejas casuales.
- Ser víctima de violencia sexual.

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

Las manifestaciones más frecuentes de la ITS son locales, en el sistema genitourinario, aunque no son infrecuentes las manifestaciones generales y de otros órganos. En un mismo individuo puede coincidir más de una ITS, al compartir mecanismo de transmisión, y, además, tanto las que cursan con úlceras como con inflamación en el tracto genitourinario, dolor pélvico, las manifestaciones dependen del agente etiológico.

- A. Gonorrea:** la mayoría de mujeres son asintomáticas, pero cuando hay síntomas presentan flujo vaginal purulento, dolor pélvico, dispareunia.
- B. Sífilis:** Fase primaria presenta una ulcera indolora en vulva, cuello uterino, boca, ano, también puede presentar lesiones secundarias o tardías (granulomas o gomas)
- C. Chancro blando** se caracteriza por una ulcera dolorosa de superficie y bordes planos, irregulares, flujo vaginal, también puede ser asintomático en algunas personas.
- D. Herpes Genital:** se caracteriza por múltiples vesículas y úlceras dolorosas en vagina, introito o ano, disuria, flujo vaginal, a veces se puede presentar malestar general y fiebre.
- E. Tricomonirosis:** se caracteriza por abundante flujo vaginal verdoso abundante espumoso con olor fétido, prurito vaginal, molestias urinarias, dispareunia.
- F. Granuloma Inguinal:** caracterizado por paulas subcutáneas que se pueden ulcerar a nivel de la vulva y región perianal formando una lesión no dolorosa y sangrante al roce, puede presentar adenopatías inguinales que se pueden ulcerar.
- G. Infección por Chlamydia Trachomatis:** se caracteriza por flujo vaginal, disuria, dolor pélvico, y si se propaga al tracto genital superior puede producir enfermedad inflamatoria pélvica, a veces (75%) de los casos puede ser asintomática.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA HOSPITAL SAN BARTOLOME	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

H. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana: asintomática al inicio, posteriormente se manifiesta de múltiples formas, incluyendo las que corresponden al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

I. Infección por Papiloma Virus Humano: algunos tipos de cepas de VPH como el 6, 11, pueden causar condilomas, y aquellos de alto riesgo como el 16, 18 pueden favorecer el desarrollo de neoplasia cervical intraepitelial y neoplasia vulvar intraepitelial.

6.2 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es importante para disminuir su transmisión y evitar las secuelas que producen. Cuando se trata de pacientes sintomáticos que solicitan asistencia, una anamnesis adecuada es esencial para orientar el diagnóstico clínico y las pruebas complementarias a solicitar.

6.2.2 Diagnóstico:

Sospecha clínica y/o demostración del agente etiológico causante de las lesiones.

6.2.3 Diagnóstico Diferencial

Todas aquellas ITS que cursan con con síndrome de ulcera Genital, síndrome de descarga uretral y bubón inguinal

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología Clínica:

Pruebas treponémicas, Cultivo de secreciones, examen de orina, examen en fresco, PCR, pruebas moleculares y pruebas inmunológicas para cada agente etiológico.

6.3.2 Complementarios por Agente Etiológico:

- **URETRITIS:**
 - Cultivo y examen microscópico de secreción uretral.
 - Tinción Gram.

En caso de duda diagnóstica se puede solicitar PCR de secreción uretral.
- **ULCERA GENITAL:**
 - Solicitar IGM para VHS- 1, VHS 2
 - Pruebas no treponémicas (RPR; VDRL).

Si sale positivo solicitar pruebas treponemas, Elisa, FTA_Abs, la determinación de los títulos séricos no treponémicos es útil para el seguimiento de los pacientes después del tratamiento.

- **BUBON INGUINAL:**
 - Cultivo de secreción.
 - Cultivo de lesiones primarias.
 - PCR de Lesiones

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

6.4 MANEJO SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA 1-4, 12-15

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

- En toda consulta ginecológica brindar información sobre sexo seguro donde se incluya, vías de trasmisión.
- Se debe realizar tamizaje a toda paciente con factores de Riesgo y embarazo.
- Realizar una historia clínica Ginecológica completa.
- Se debe dar consejería del tratamiento y evitar contacto sexual durante el tratamiento
- Estudio de contactos para el diagnóstico temprano de infecciones de transmisión sexual y poder evitar reinfecciones.

6.4.2 TERAPEUTICA

Tratamiento en función de la etiología:

Síndrome de Descarga Uretral:

- Agente Etiológico:
 - Neisseria Gonorrhoeae
 - Chlamydia Trachomatis.
 - Ureaplasma, trichomonas vaginalis, mycoplasma
- Tratamiento:
 - Ceftriaxona 500mg IM dosis única y azitromicina 1 gramo vía oral dosis única.
 - Ceftriaxona 500 mg IM dosis única y Doxiciclina 100mg cada 12 horas por 7 días.
 - Ciprofloxacino 500 mg via oral dosis única y Azitromicina 1gr via oral dosis única
 - Si hay sospecha de trichomonas Vaginalis se debe usar Metronidazol o tinidazol 2 gr VO dosis única.

Síndrome de ulcera Genital:

- Agente Etiológico:
 - Virus Herpes Simple
 - Treponema Pallidum
 - Haemophilus ducrey.
 - Klebsiella Granulomatis
- Tratamiento:

HERPES GENITAL

- Acyclovir 400mg cada 8 horas por 7 dias
- Acyclovir 200 mg 5 veces al dia por 7 dias.
- Famciclovir 250mg cada 8 horas por 7 dias.
- Valacyclovir 500 cada 24 horas por 3 dias.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

 PERÚ	Ministerio de Salud	HON. ADOCMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

SIFILIS

- Sífilis Primaria, secundaria y latente: Penicilina Benzatinica 2,4MUI IM dosis única.
- Sífilis latente tardía y terciaria: Penicilina Benzatinica 2,4 M UI IM semanal por 3 dosis.
- Sífilis de Duración desconocida, Penicilina Benzatinica 2,4 M UI semanal por 3 dosis.

CHANCROIDE

- Azitromicina 1gr via oral dosis única.
- Ceftriaxona 250 mg IM dosis única.

GRANULOMA INGUINAL

- Azitromicina 1gr via oral semanal por 3 semanas.
- Doxiciclina 100mg VO cada 12 horas por 21 días.

Síndrome de Bubon Inguinal

- Agente Etiológico:
 - Chlamydia Trachomatis
 - Haemophilus Ducrey
- Tratamiento:
 - Doxiciclina 100mg cada 12 horas por 14 días y Azitromicina 1Gr vía oral dosis única
 - Alternativa, Eritromicina 500 mg cada 6 horas via oral por 14 días.

Síndrome de Flujo Vaginal

Síndrome de Dolor Abdominal Bajo: (ver en enfermedad inflamatoria pélvica)

6.4.3 EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

Derivados del manejo etiológico.

Reacción de Jarish- herxheimer: cuadro de escalofríos, fiebre, cefalea, artromialgias, puede aparecer en el tratamiento para sífilis.

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA

Según la etiología:

En cuadros severos de herpes se puede presentar infección generalizada, meningitis, que muchas veces requiere manejo multidisciplinario.

En cuadros severos de Sífilis, se puede producir cuadros de convulsiones, meningitis, hemiparesia (neurosifilis).

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA

Paciente con Diagnostico Etiológico:

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

Para Pacientes con sífilis: pacientes con mejoría de lesiones ulcerosas, el uso de prueba de VDRL puede ser de utilidad (saliendo negativo o con títulos bajos).

Para pacientes con Herpes Simple: debe hacerse un seguimiento de la paciente hasta que las lesiones estén ausentes.

Para Pacientes con Chancroide: el tiempo de curación depende del tamaño de la ulcera, pudiendo demorar hasta 2 semanas la curación total de la lesión, por lo que se debe realizar seguimiento.

6.4.6 PRONOSTICO

Dependiente del agente etiológico y en qué etapa se diagnostica el cuadro.

6.5 COMPLICACIONES

Depende del agente Etiológico y pueden ser: Dolor Pélvico Crónico, Infertilidad

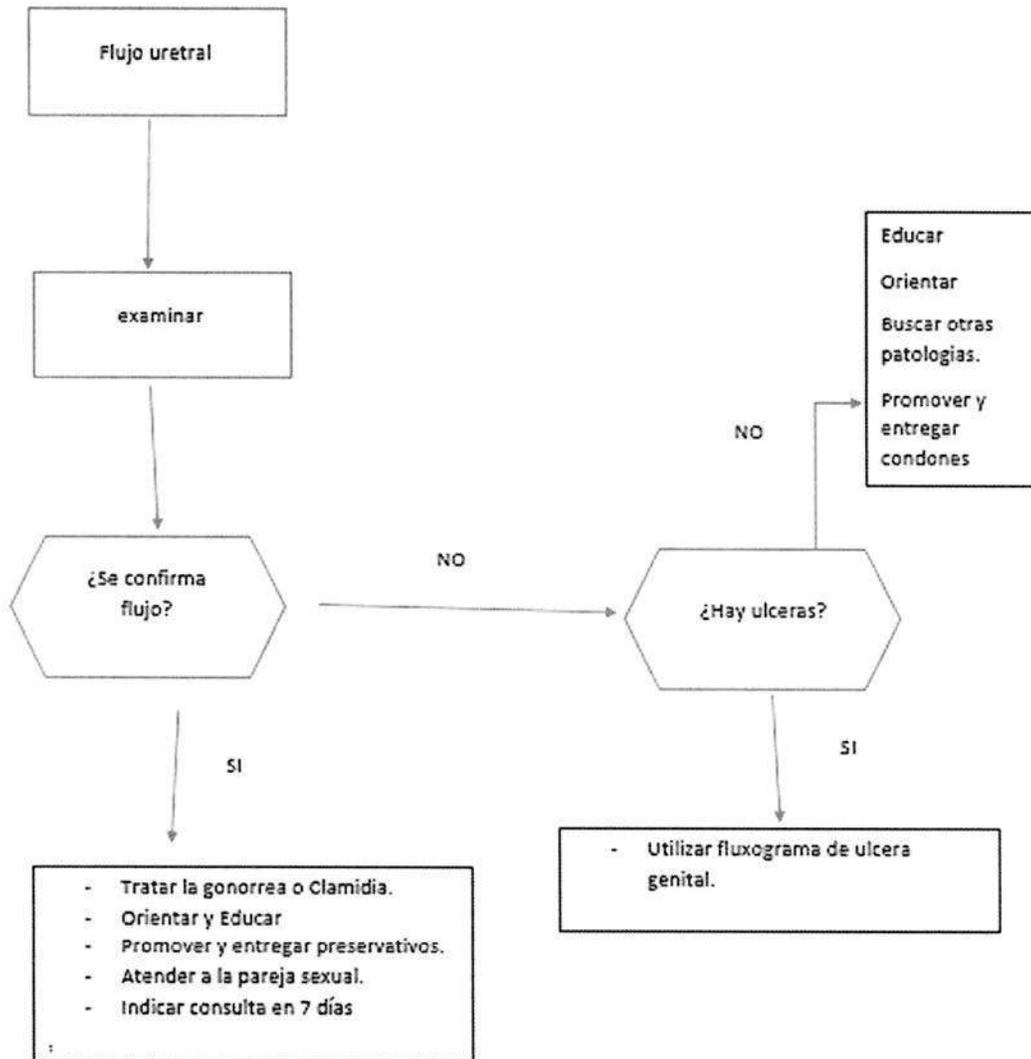
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Pacientes con criterios de alta médica serán contrareferidas a su centro de Salud.

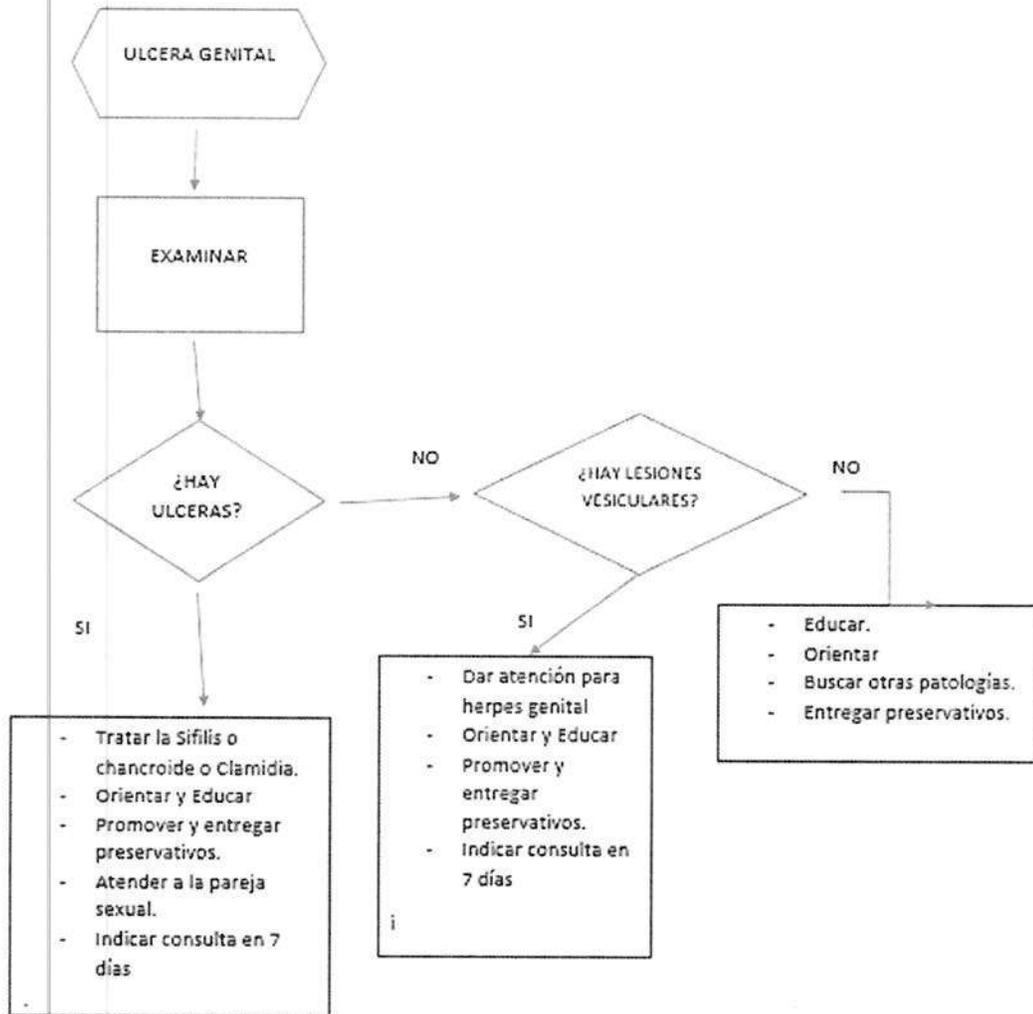
ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

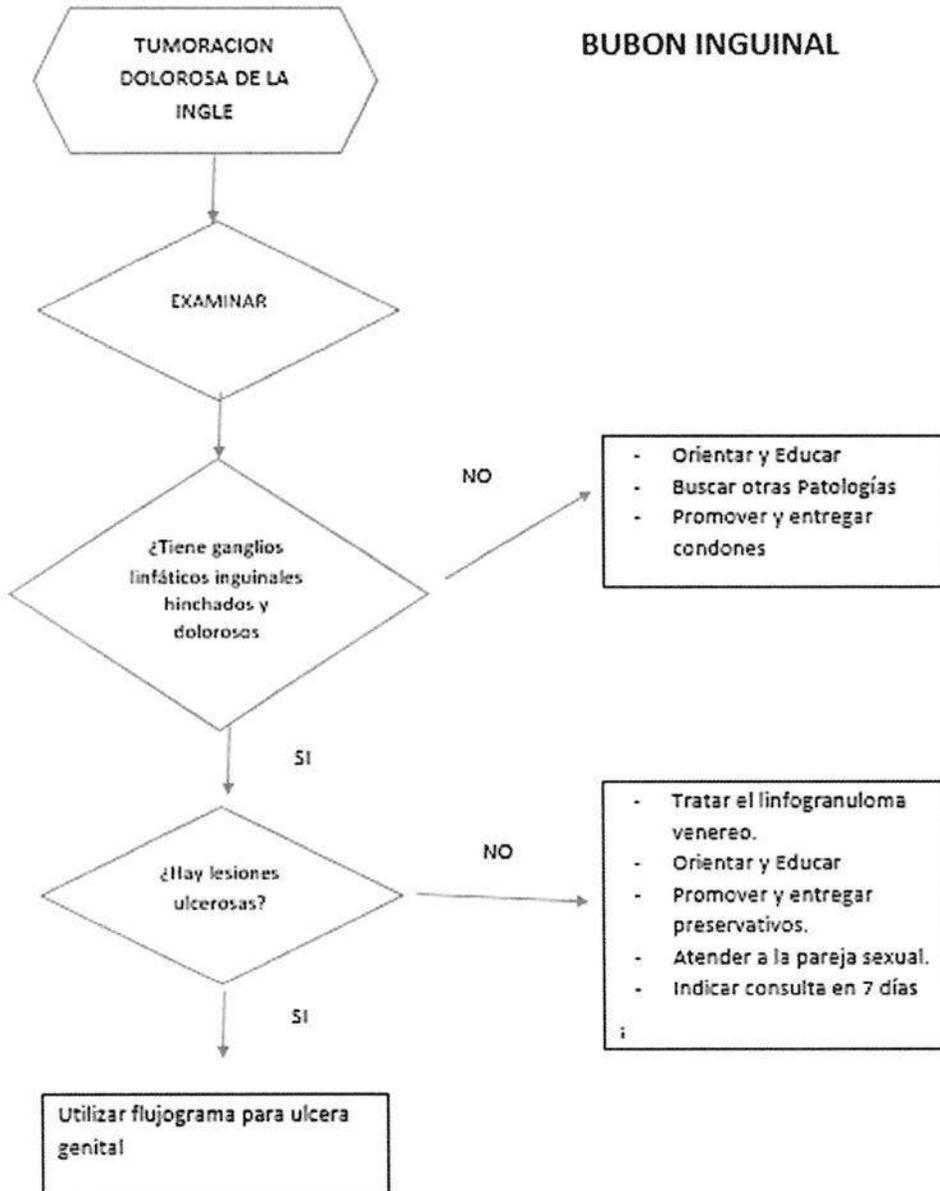
6.7 FLUXOGRAMA

DESCARGA URETRAL



ULCERA GENITAL





 PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL				SERVICIO DE GINECOLOGIA

VII ANEXOS

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006-2015: romper la cadena de transmisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. 3. World Health
2. Organización. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections. Overview and estimates. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. Guía de práctica clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de las pacientes con infecciones de transmisión sexual, y otras infecciones del tracto genital guía N°16, IETS Ministerio de salud Colombia 2013.
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual: 2006-2015. Mensajes clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006
5. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú N°115-MINSA/DGE V.01 Lima, Perú – 2015.
6. Guías de Práctica Clínica y Procedimientos de Ginecología, INMP 2020.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA			SERVICIO DE GINECOLOGIA

I FINALIDAD

Estandarizar el diagnóstico y manejo de la enfermedad inflamatoria pélvica y contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud de las pacientes que lo presentan. Brindar diagnóstico y tratamiento oportuno, optimizando y racionalizando los recursos. Servir como medio de referencia en el manejo integral del paciente con diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica a nivel nacional.

II OBJETIVO

Diagnosticar oportunamente la enfermedad inflamatoria pélvica para establecer el tratamiento más adecuado y efectivo

Objetivos específicos

- Preservar en la medida de lo posible la capacidad reproductiva
- Prevenir complicaciones

III ÁMBITO DE APLICACION

La presente guía es de aplicación en el Departamento de Ginecología y Obstetricia: Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Adicionalmente puede ser de aplicación en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud (MINSA) y servir de consulta a otros profesionales de la salud de equipo de atención multidisciplinaria.

IV DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

4.1 NOMBRE Y CODIGO CIE 10

Salpingitis y ooforitis agudas	N70.0
Salpingitis y ooforitis crónicas	N70.1
Salpingitis y ooforitis, no especificadas	N70.9
Enfermedad inflamatoria uterina, con excepción de cuello uterino	N71
Enfermedad inflamatoria aguda del útero	N71.0
Enfermedad inflamatoria crónica del útero	N71.1

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

Enfermedad inflamatoria del útero, no especificada	N71.9
Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	N72
Otras enfermedades inflamatorias pélvicas femeninas	N73
Parametritis y celulitis pélvica agudas	N73.0
Parametritis y celulitis pélvica crónicas	N73.1
Parametritis y celulitis pélvica no especificadas	N73.2
Peritonitis pélvica aguda femenina	N73.3
Peritonitis pélvica crónica femenina	N73.4
Peritonitis pélvica femenina no especificada	N73.5
Adherencias de peritoneo pélvico femenino (pos infecciosas)	N73.6
Enfermedad inflamatoria pélvica femenina, no especificada	N73.9

V CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION

Proceso infeccioso del tracto genital superior (útero y/o trompas y ovarios) y sus estructuras adyacentes, no relacionado con el embarazo, parto y puerperio. Incluye una serie de procesos inflamatorios (endometritis, salpingitis, absceso tubo-ovárico y peritonitis pélvica)

5.2 ETIOLOGIA

Infección polimicrobiana. Se puede clasificar según el origen:

- Asociados a transmisión sexual: Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalum.
- Asociados a vaginosis bacteriana: especies de peptostreptococcus, especies de bacteroides, especies de atobium, especies de leptotrichia, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum y especies de clostridium.
- Patógenos respiratorios: Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae,

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

 PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA		SERVICIO DE GINECOLOGIA	

Streptococo del Grupo A y Staphylococcus aureus.

- Patógenos entéricos: Escherichia coli, Bacteroide fragilis, Streptococo del Grupo B y especies de Campylobacter.

5.3 FISIOPATOLOGIA

o-ovárico y peritonitis pélvica)) o la combinación de los mismos.

Se produce por el ascenso de gérmenes de la vagina y cervix al tracto genital superior, produciendo endometritis, salpingitis, absceso tubo-ovárico y peritonitis pélvica.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

No existen estadísticas elaboradas sobre incidencia de EIP a nivel nacional. En el año 2018 constituyó el 3,1% de consultas en el INMPN. En EEUU se estima que cada año más de un millón de mujeres son tratadas por EIP. La incidencias es máxima en adolescentes y mujeres menores de 25 años.

5.5 Factores de riesgo asociados

- Se han propuesto múltiples factores de riesgo:
- Edad < 25 años
- Conductas sexuales de riesgo (múltiples parejas sexuales)
- Padecer o antecedente de ITS
- No utilización de métodos de barrera
- Historia previa de EIP
- DIU
- Abortos
- Instrumentación uterina, cirugía cervical
- Situación socio económica baja
- Bajo nivel educacional
- Vivir en medio urbano
- Duchas vaginales
- Tabaquismo

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

El cuadro clínico es muy variado y dependerá del grado de EIP. El Centro de Control de Enfermedades (CDC) la clasifica según el grado de severidad con la finalidad de guiar el tratamiento a seguir:

- 1º Grado: Salpingitis aguda sin peritonitis, dolor y engrosamiento anexial al examen bimanual.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA					SERVICIO DE GINECOLOGIA	

- 2º Grado: Salpingitis aguda con peritonitis: drenaje de pus por fimbrias a cavidad pélvica. Signo de rebote localizado. No hay formación de absceso pélvico.
- 3º Grado: Formación de absceso pélvico: piosalpinx, absceso tubo-ovárico o plastrón pélvico anexial. Detección de masa anexial.
- 4º Grado: Ruptura de absceso pélvico y drenaje a cavidad pélvica-abdominal. Shock séptico o endotóxico. Peritonitis generalizada.

6.2 DIAGNOSTICO

EVALUACION CLINICA

El diagnóstico es principalmente clínico, con una sensibilidad del 87% y especificidad del 50 %. Dada la variabilidad del cuadro clínico, se debe mantener un alto índice de sospecha en pacientes jóvenes sexualmente activas. Deben realizarse las siguientes evaluaciones:

- Historia clínica completa: Anamnesis que incluya historia sexual, factores de riesgo, uso de anticonceptivos.
- Examen abdominal: Evaluación del dolor, localización, intensidad y presencia de rebote.
- Especuloscopia: inspección del cérvix, evaluación de presencia de eritema cervical, friabilidad, flujo cervical purulento.
- Tacto vaginal: Evaluación del dolor a la movilización cervical (dolor a la palpación de anexos y útero), presencia de masas pélvicas.

CRITERIOS CLINICOS PARA EL DIAGNOSTICO

Están basados en los criterios propuestos por la CDC:

a. Criterios mínimos necesarios para el diagnóstico de EIP

- Dolor abdominal bajo o pélvico asociado a uno de los siguientes criterios:
- Sensibilidad a la movilización del cérvix
- Sensibilidad uterina o en hipogastrio
- Sensibilidad anexial.

b. Criterios adicionales que respaldan el diagnóstico de EIP:

- Temperatura mayor de 38,3°C
- Flujo vaginal o cervical mucopurulento
- Extendido cervical con > 10 LPN x campo
- VSG > 15 mm
- PCR elevado
- Leucocitosis > 10,000 x cc

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HON. ADOLESCENTE San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

- Extendido de GRAM de endocérnix positivo para diplococos gran negativos intracelulares. Evidencia de laboratorio que confirma infección por Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis.
- Material purulento (positivo para leucocitos) en la cavidad peritoneal obtenido por culdocentesis o laparoscopia.
- Biopsia endometrial: Evidencia histopatológica de endometritis.
- Ecografía transvaginal o resonancia magnética mostrando trompas engrosadas llenas de líquido con o sin líquido libre o complejo tubo-ovárico o estudios doppler mostrando infección pélvica (congestión tubárica)
- Hallazgos por laparoscopia sugestivos de EIP

6.2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial depende de la gravedad del cuadro clínico

- **SALPINGITIS AGUDA:** apendicitis, embarazo ectópico, diverticulitis, aborto infectado, torsión de quiste ovárico, degeneración de mioma, endometriosis, ITU, enteritis.
- **ABSCESO TUBO-OVÁRICO:** absceso apendicular, embarazo ectópico, endometriosis, diverticulitis con perforación.
- **ABSCESO TUBO-OVARICO CON PELVIPERITONITIS:** Absceso apendicular perforado, embarazo ectópico roto, diverticulitis con perforación, úlcera péptica perforada, tumor de ovario con pedículo torcido, aborto séptico, perforación tífica.

6.3 EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma
- PCR, VSG
- Frotis cervicovaginal
- Cultivo de secreción cervicovaginal
- Cultivo de exudado peritoneal
- Ecografía transvaginal
- Ecografía transvaginal doppler
- Culdocentesis
- Laparoscopia diagnóstica
- Biopsia de endometrio
- De todos los exámenes auxiliares, los que aportan mayor valor predictivo son la laparoscopia y la biopsia endometrial, la combinación de ambos exámenes aporta el mayor rendimiento diagnóstico.

6.4 MANEJO SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

Prevención de factores de riesgos

6.4.2 TERAPÉUTICA

a. OBJETIVOS TERAPEUTICOS

- Brindar un tratamiento rápido y oportuno
- Recuperación anatómica y funcional de los órganos pélvicos
- Prevenir las complicaciones sépticas y secuelas
- Preservar la vida

b. TRATAMIENTO AMBULATORIO: CRITERIOS

- T < 38 °C
- Leucocitosis < de 10,000 x cc, VSG < 30 mm
- Reacción peritoneal mínima
- Múltiparas
- Facilidad para seguimiento
- Sin antecedente de EIP a Chlamydia
- Si hay DIU retirarlo
- Ausencia de gestación

Esquemas de tratamiento

- Esquema A: Ceftriaxona 500 mg IM (dosis única) + Doxiciclina 100mg VO c/12 horas x 14 días con/sin Metronidazol 500mg VO c/12hx 14 días

- Esquemas alternativos:

- Levofloxacin 500 mg VO c/24h x 14 días + Metronidazol 500mg VO c/12h x 14 días.
- Ofloxacin 400 mg VO c/12h x 14 días + Metronidazol 500 mg VO c/12h x 14 días.
- Moxifloxacin 400 mg VO c/24h x 14 días + Metronidazol 500mg VO c/12h x 14 días.
- Ceftriaxona 500 mg IM (dosis única) + Azitromicina 500 mg VO c/24h x 14 días.
- Si la paciente está dando de lactar, evitar la doxiciclina y usar el régimen de azitromicina para infecciones leves y moderadas.

-Ceftriaxona 500 mg IM (dosis única) +Azitromicina 1 gr vo stat.

c. TRATAMIENTO HOSPITALARIO: CRITERIOS

- Enfermedad severa asociada a náuseas y vómitos, fiebre
- Diagnóstico incierto

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

 PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA		SERVICIO DE GINECOLOGIA	

- Sospecha de absceso pélvico, tubo-ovárico.
- Seguimiento inseguro.
- Pobre tolerancia al tratamiento ambulatorio.
- No respuesta al tratamiento oral (72h).
- Embarazo.
- Evolución desfavorable.
- Mujer adolescente
- Mujer infectada por VIH.

Esquemas de tratamiento

- Esquema A: Clindamicina 900 mg EV c/8h + Gentamicina con dosis inicial de 2 mg/kg seguido de dosis de mantenimiento con 1,5 mg/kg c/8h. Pudiéndose sustituir por dosis única diaria (7 mg/kg). El tratamiento parenteral se puede interrumpir tras 24 horas de mejoría clínica y seguir con Doxiciclina 100 mg c/12h VO + Metronidazol 500 mg VO c/12h o Clindamicina 450 mg c/6h hasta completar 14 días.
- Esquemas Alternativos:
 - Ofloxacino 400 mg EV c/12h x 14 días + Metronidazol 500mg EV c/8h x 14 días.
 - Ciprofloxacino 200 mg EV c/12h + Doxiciclina 100 mg EV o VO c/12h + Metronidazol 500 mg EV c/8h x 14 días.
 - Moxifloxacino 400 mg VO c/24h x 14 días.
 - Ofloxacino 400 mg c/12h x 14 días + Metronidazol 500 mg c/12h x 14 días.

d. ESQUEMA PARA ABSCESO TUBO-OVARICO

Tratamiento de primera línea:

- Ceftriaxona 2 gr EV c/24h + Metronidazol 500 mg EV c/8h + Doxiciclina 100 mg VO c/12h x 14-21 días.

Alternativa:

- Ofloxacino 400 mg EV c/12h + Metronidazol 500 mg EV c/8h por 14-21 días.

e. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: CRITERIOS

- Absceso tubo-ovárico con persistencia de fiebre luego de 72h de tratamiento.
- Absceso tubo-ovárico residual > de 4 cm luego de tratamiento médico.
- Ruptura del absceso tubo-ovárico.
- El abordaje puede ser por vía laparoscópica o laparotómica, según la experiencia del cirujano o grado de complicación.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA				SERVICIO DE GINECOLOGIA

f. SEGUIMIENTO

- Mejoría clínica (afebril, reducción del dolor abdominal, reducción del dolor anexial al movilizar el cérvix) a las 72 horas de tratamiento.
- Si no hay mejoría clínica, debe reevaluarse el tratamiento antibiótico y realizar exámenes auxiliares diagnósticos adicionales, por ejemplo laparoscopia diagnóstica.
- Abstinencia sexual hasta completar tratamiento y resolución de síntomas
- Tratamiento de la pareja (tratamiento para Chlamydia y Neisseria)

6.4.3 EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL TRATAMIENTO

- Reacciones alérgicas
- Necesidad de realizar tratamiento quirúrgico

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA

- Si no existe mejoría clínica, debe reevaluarse el tratamiento antibiótico y realizar exámenes auxiliares, diagnósticos adicionales (Laparoscopia diagnóstica)

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA

- Mejoría clínica (afebril, reducción en dolor abdominal, reducción de dolor anexial y movilización cervical) dentro de 3 días de tratamiento.

6.4.6 PRONOSTICO

- Depende del grado de severidad del cuadro instaurado.

6.5 COMPLICACIONES

- Dolor pélvico crónico
- Esterilidad primaria o secundaria
- Embarazo ectópico
- Síndrome Adherencial
- Dispareunia
- Dismenorrea

6.6 CRITERIOS DE REFERNCIA Y CONTRAREFERENCIA

6.7 FLUXOGRAMA

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025



PERÚ

Ministerio de Salud

HONADOMANI San Bartolomé

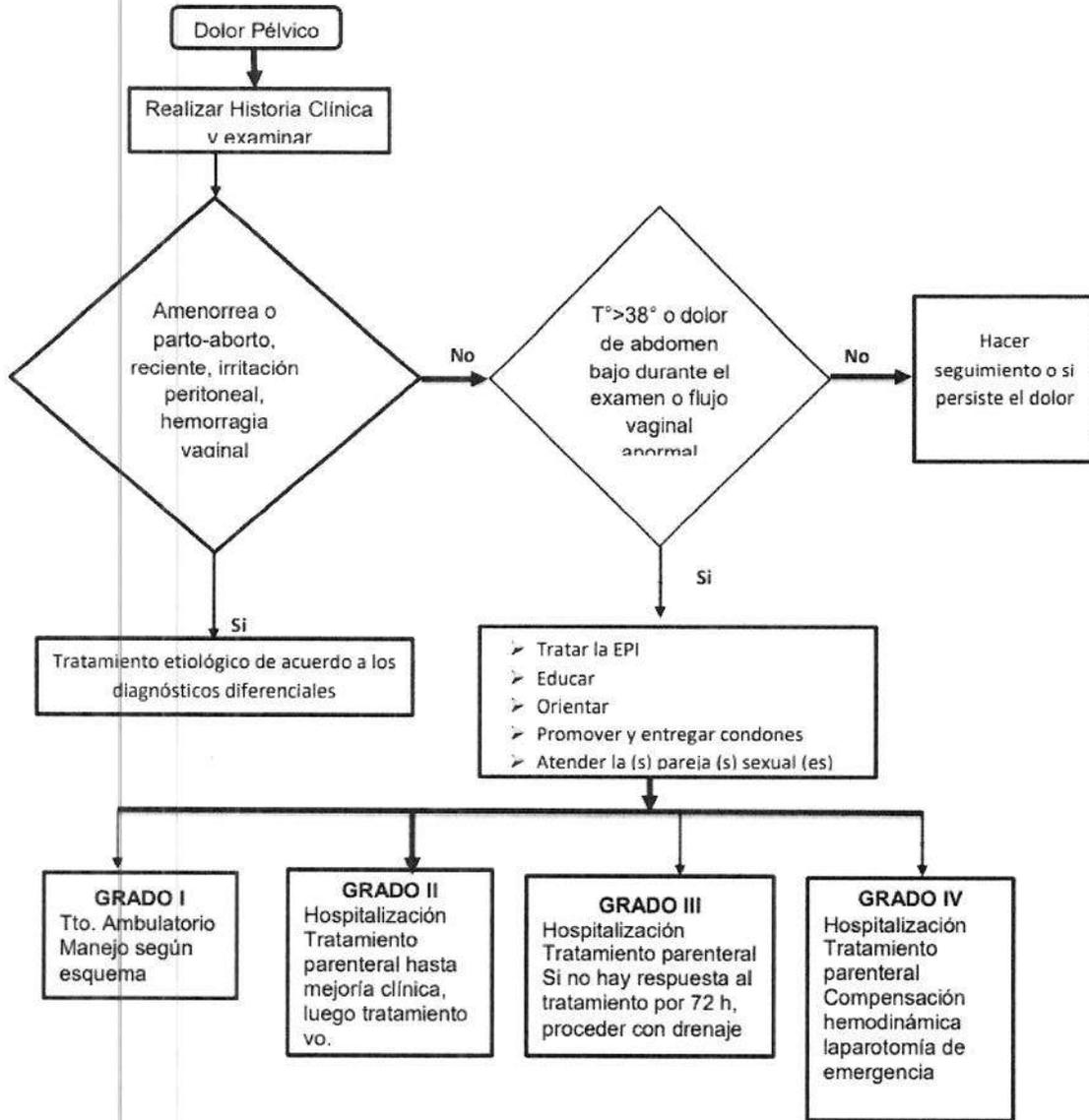
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG



I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

SERVICIO DE GINECOLOGIA



ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

VII ANEXOS

CUADRO N° 1

SIGNOS Y HALLAZGOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA	
SINTOMAS	PREVALENCIA
Fiebre >38,5 ° C	33-34%
Leucocitosis > 10,000 x cc	36-70%
VSG > 15 mm/hora	36-77%
Flujo cervical mucopurulento	56%
Leucorrea (>= 10 leucocitos x campo)	22.1%
Sangrado vaginal irregular	36-64%

CUADRO N° 2

EFICACIA REPORTADA DE REGIMENES DE TRATAMIENTOS RECOMENDADAS POR EL CDC EN ESQUEMAS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS	
ESQUEMAS AMBULATORIOS	RESPUESTA AL TRATAMIENTO
Ceftriaxona 500 mg IM dosis única + Doxiciclina 100 mg VO c/12 horas x 14 días	72-95%
ESQUEMAS HOSPITALARIOS	
Clindamicina 900 mg EV c/8h + Gentamicina con dosis inicial de 2 mg/kg seguido de dosis de mantenimiento de 1,5 mg/kg c/8h	84-90%
Ofloxacino 400 mg EV c/12h x 14 días + Metronidazol 500 mg EV c/8h x 14 días.	85-94%
Ciprofloxacino 200 mg EV c/12h + Doxiciclina 100 mg EV o VO c/12h x 14 días + Metronidazol 500 mg EV c/8h	

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

Moxifloxacino 400 mg VO x 14 días	
Ofloxacino 400 mg VO c/12h x 14 días + Metronidazol 500 mg EV c/8h x 14 días	

CUADRO N° 3

EXAMENES AUXILIARES EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA		
EXAMEN	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
Leucocitosis (>10,000 x cc)	41%	76%
VSG elevado >15 mm/h	70%	52%
Frotis cervicovaginal (>10 PMN x campo)	91%	26%
Ecografía transvaginal (múltiples signos)	85%	83%
Ecografía doppler	100%	80%
Laparoscopia diagnóstica	90%	80%
Biopsia de endometrio	89-92%	63-67%

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA				SERVICIO DE GINECOLOGIA	

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CDC. Sexually transmitted disease treatment guidelines, 2016. MMWR 2016;64(3):78-82.
2. Australian STI Management Guidelines. PID: Pelvic Inflammatory Disease, 2016.
3. Brun JL, Graesslin O, Fauconnier A, Updated French guidelines for diagnosis and management of pelvic inflammatory disease. Int J Gynaecology Obstet 2016;134(2):121-5.
4. Meirik O. Intrauterine devices - upper and lower genital tract infections. Contraception [Internet]. 2007 Jun [cited 2020 Oct 2]; 75(Suppl 6):S41-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.12.017>.
5. Safrai M, Rottenstreich A, Shushan A, Gilad R, Benshushan A, Levin G. Risk factors for recurrent Pelvic Inflammatory Disease. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2020 Jan [cited 2020 Oct 2]; 244:40-4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.11.004>.
6. Greydanus DE, Dodich C. Pelvic inflammatory disease in the adolescent: a poignant, perplexing, potentially preventable problem for patients and physicians. Curr Opin Pediatr [Internet]. 2015 Feb [cited 2020 Oct 2]; 27(1):92-9. Available from: <https://doi.org/10.1097/mop.000000000000183>
7. Wiesenfeld HC. Screening for Chlamydia trachomatis infections in women. N Engl J Med [Internet]. 2017 Feb [cited 2020 Oct 2]; 376(8):765-73. Available from: <https://doi.org/10.1056/nejmcp1412935>.
8. Maria Luiza Bezerra Meneze. Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: enfermedad inflamatoria pélvica. Epidemiol. Serv. Saude, Brasilia, 30(Esp.1): e2020602, 2021. <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100011.esp1>
9. Das Breanne B, Ronda J, Trent M. Pelvic inflammatory disease: improving awareness, prevention, and treatment. Infect Drug Resist [Internet]. 2016 Aug [cited 2020 Oct 2]; 9:191-7. Available from: <https://dx.doi.org/10.2147%2FIDR.S91260>
10. Golden MR, Workowski KA, Bolan G. Developing a public health response to Mycoplasma genitalium. J Infect Dis [Internet]. 2017 Jul [cited 2020 Oct 2]; 216(Suppl 2):420-6. Available from: <https://doi.org/10.1093/infdis/jix200>

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO				SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

I. FINALIDAD

Estandarizar la definición, el diagnóstico y manejo de dolor pélvico crónico.

II. OBJETIVO

- Realizar un diagnóstico y manejo adecuado del dolor pélvico crónico de origen ginecológico.
- Identificar y referir oportunamente el dolor pélvico cónico de origen no ginecológico.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Hospital Nacional Docente Madre Nino San Bartolomé

IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR PELVICO CRONICO

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO: Dolor pélvico crónico (DPC)- CIE 10: R10

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 Definición

Existe falta de consenso en la definición de dolor pélvico crónico, la mayoría coincide en definirlo como aquel que se percibe proveniente de órganos/estructuras pélvicas persistiendo durante al menos 6 meses, que se presenta de forma continua o intermitente, no asociada exclusivamente con el ciclo menstrual y que conduce a una reducción de la calidad de vida.

5.2 Etiología

Entre sus principales causas están

A) Viscerales

- Ginecológicas: endometriosis, adherencias pélvicas, EPI, tumores anexiales, miomatosis uterina, congestión pélvica, síndrome de ovario remanente, vulvodinia, vestibulitis.
- Urológicas: cistitis intersticial, síndrome uretral crónico, divertículos uretrales, cáncer vesical
- Gastrointestinales: síndrome de colon irritable, diverticulitis, enfermedad celiaca

B) Neuromusculares

- Fibromialgias, síndromes posturales, síndromes de pared abdominal, neurológicos (epilepsia, neuralgias).

C) Psicosocial

- Abuso, desórdenes de depresión mayor, desórdenes ansiosos.

5.3 Fisiopatología

Evidencia reciente respalda la importancia de la sensibilización central en la perpetuación de los síndromes de dolor crónico. Esta ocurre cuando un dolor periférico genera una respuesta exagerada de las interneuronas, las cuales amplifican la percepción de dolor, resultando cambios patológicos que involucran la respuesta del SNC a estímulos nocivos, la activación de regiones específicas del cerebro, el eje hipotalámico- pituitario- adrenal y el sistema nervioso autónomo, generando un incremento de distrés psicológico. Esta sensibilización central explica como pacientes con dolor pélvico crónico perciben dolor en respuesta a estímulos inocuos o respuestas exageradas a estímulos dolorosos.

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	---

 PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO				SERVICIO DE GINECOLOGÍA

5.4 Aspectos epidemiológicos:

- No existen estadísticas precisas sobre DCP en nuestro medio.
- La falta de consenso en la definición hace difícil determinar prevalencia.
- Un estudio sistemático de la WHO (2006) encuentra una prevalencia que va del 2.1- 24% para dolor no cíclico, 8-21.1% para dispareunia y del 16.8- 81% para dismenorrea.
- En el 2014 una revisión actualizada, teniendo en cuenta una definición más estricta (dolor no cíclico que dura al menos 6 meses), encontró una prevalencia del 5.7- 26.6%.

5.5 Factores de riesgo

- Edad: 20- 45 años
- Antecedentes quirúrgicos previos
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Endometriosis confirmada
- Sexualidad insatisfecha
- Historia de abortos espontáneos y traumas obstétricos
- Historia de abuso físico y sexual
- Abuso de alcohol y drogas
- Historia de ansiedad, depresión y trastornos de somatización

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 Cuadro clínico

6.1.1 Signos y síntomas

- Dolor localizado en la zona infraumbilical. El Interrogatorio detallado es básico para el diagnóstico.
- Deben abordarse los sgtes aspectos de la percepción de dolor:
 - Ubicación de dolor con bocetos
 - Intensidad de dolor por la escala visual análoga (EVA)
 - Duración y calidad de dolor
 - Momento del dolor y si hay relación con ciclo menstrual
 - Inicio de síntomas, si hay desencadenantes
 - Preguntar por actividades que influyan en los síntomas
 - Afectación de calidad de vida
- Los hallazgos rara vez son normales en mujeres con DPC, sin embargo, pueden ser inespecíficos y no concluyentes.
- Se deben identificar dermatomas, tejidos, nervios, músculos y órganos que reproducen los síntomas de dolor del paciente para intentar determinar causa subyacente.
- Examinar abdomen y pelvis y buscar puntos desencadenantes, cicatrices, flujo vaginal, prolapso, masas pélvicas.
- Examinar genitales externos para detectar signos de infección, afecciones inflamatorias, dermatológicas, malignidad.
- Valorar la sensibilidad a la palpación en la parte inferior de la espalda, las articulaciones sacroilíacas o sínfisis del pubis, para orientarnos en un origen musculoesquelético.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO			SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

6.2 Diagnóstico

6.2.1 Criterios diagnósticos

El adecuado diagnóstico se logra con un enfoque multidisciplinario, basado en la historia clínica y exploración física completa.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

Las posibilidades diagnósticas son extensas y variables y pueden agruparse en viscerales, neuromusculares y psicosociales como están expuestas líneas arriba.

6.3 Exámenes auxiliares

6.3.1 Patología clínica:

- Hemoglobina, hemograma, VSG
- Examen de heces completo
- Examen de orina, urocultivo
- Glucosa, urea, creatinina

6.3.2 Imágenes

- Ecografía pélvica y abdominal
- TAC o RM y otros de acuerdo a criterio médico

6.3.3 Exámenes especializados complementarios

- Laparoscopia

6.4 Manejo según nivel de complejidad

6.4.1 Medidas generales y preventivas

- Manejo primario del dolor con analgésicos orales
- Identificar y disminuir exposición a sustancias o situaciones que exacerben el dolor
- Apoyo familiar y psicológico
- Adherencia al tratamiento

6.4.2 Terapéuticas:

El tratamiento será dirigido a las enfermedades de causan DCP, pero muchas veces la etiología del dolor no es clara, entonces el tratamiento debe ser dirigido a aliviarlos síntomas.

A) Farmacológicos:

- AINES e inhibidores COX 2 para dolor moderado
- ACOS
- Agonistas de GNRH
- Progesterona

B) Quirúrgicos:

- Adhesiolisis Laparoscópica (AL): cuando la causa se sospeche sean adherencias pélvicas.
- Neuroablación Uterina (NU): consiste en la sección de los ligamentos uterosacos en su inserción en el cérvix
- Neurectomía Presacra (NP): consiste en la recesión de los nervios presacos (también denominados Plexo Hipogástrico) alrededor del triángulo interiliaco.
- Histerectomía, se considera cuando fallan los otros tratamientos y no deseo de fertilidad

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO					SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

El NU y el NP son procedimientos que interrumpen fibras nerviosas aferentes, por lo que se esperaba que disminuyesen el dolor. La NP interrumpe mayor número de fibras que la NU, aunque conlleva mayor número de complicaciones como prolapsouterino o disfunción vesical. Aunque estas técnicas se vienen realizando no existe una evidencia suficiente para recomendarlas en los casos de dismenorrea, independientemente de la causa.

C) Otros:

- Suplementos vitamínicos
- Antidepresivos
- Bloqueos nerviosos: raíces sacras, del plexo hipogástrico, ganglio impar.
- Fisioterapia de piso pélvico
- Terapia cognitivo conductual

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento:

- Asociados al uso crónico de medicamentos
- Asociados a procedimientos quirúrgicos dificultosos

6.4.5 Criterios de alta

Con el diagnóstico definitivo y/o alivio de dolor.

6.5 Complicaciones

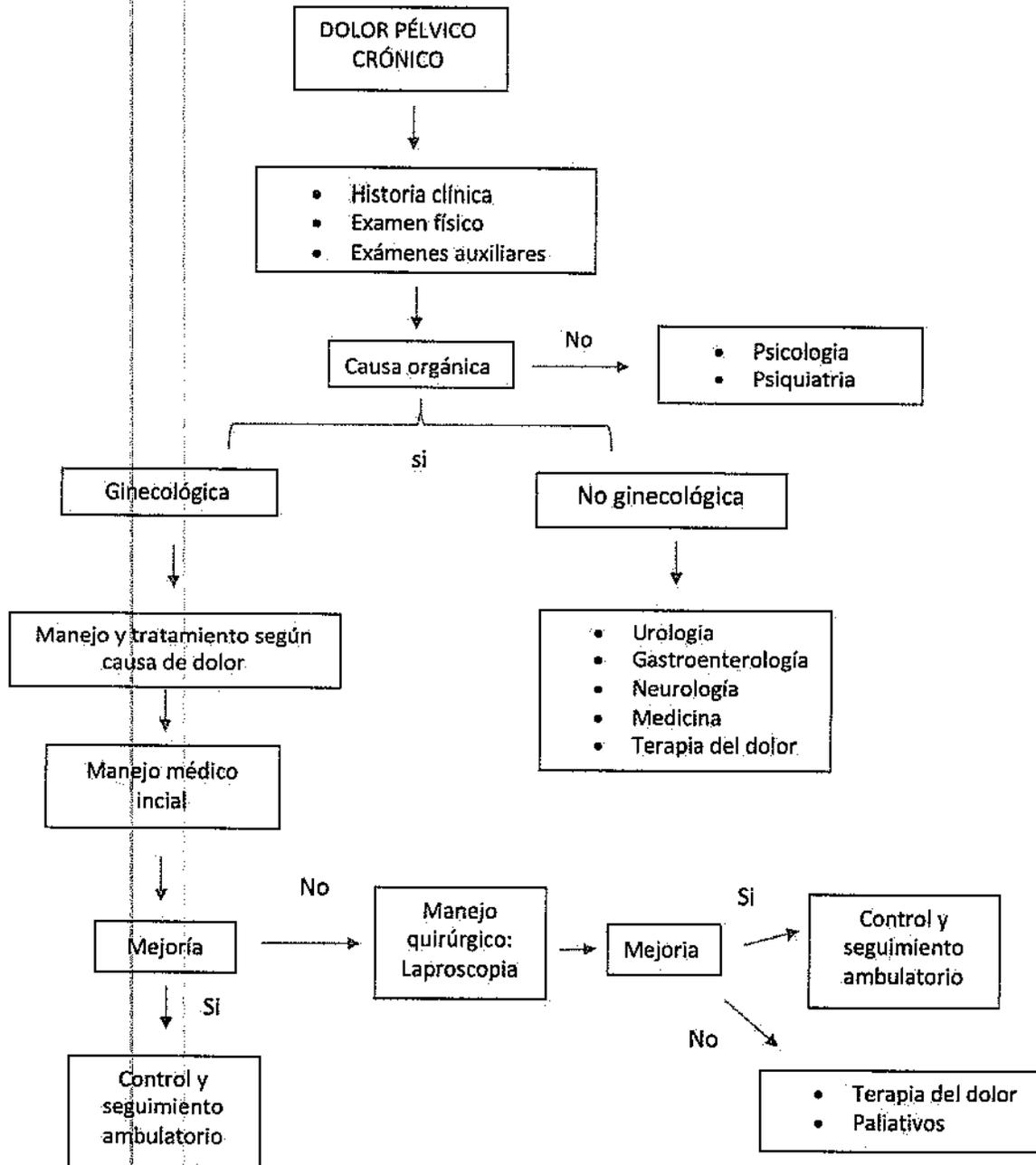
- Farmacodependencia
- Reducción de la calidad de vida
- Alteración en relación familiar, social y laboral
- Fisioterapia de piso pélvico
- Terapia cognitivo conductual
- Toxina botulínica

6.6 Criterios de referencia y contrarreferencia

Si existe la fuerte sospecha que la causa de dolor es de origen no ginecológico, la paciente debe ser derivada a un hospital general que cuente con las especialidades respectivas necesarias.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

6.7 Fluxograma



	PERÚ Ministerio de Salud	FONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO			SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

VII. ANEXOS

Escala visual de dolor (EVA)



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACOG Practice Bulletin 128: CHRONIC PELVIC PAIN CME. Vol 135 2020
2. Interventions for treating chronic pelvic pain in women (Cochrane review) R W Stones, J Mounfield. Cochrane Database of systematic reviews (4): CD000387 2000
3. American college of obstetricians and gynecologists: chronic pelvic pain. Practice bulletin No 51, march 2004
4. Steege Jf, Stout L: resolution of chronic pelvic pain after laparoscopic lysis of adhesions. A J Obstet Gynecol 165: 278, 1999
5. Stones RW, Mounfield J. Intervenciones para el tratamiento del dolor pélvico crónico en mujeres. Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, update software ltd.
6. Cervero F, Land J. Visceral pain. Lancet 1999, 353: 2145-2148
7. RCOG. Green top guideline N° 41: the initial management of chronic pelvic pain. RCOG2012
8. Juan Diego Villegas-Echeverri et al. Dolor pélvico crónico: más allá de la endometriosis. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.62 no.1 Lima ene./mar. 201
9. J. Cid, Dolor pélvico. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.13 no.1 Madrid ene. 2006
10. D. Engeler, A.P. Baranowski, et al. Guidelines on chronic pelvic pain. European Association of Urology 2014

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

I FINALIDAD

Estandarizar el diagnóstico y manejo de la endometriosis.

II OBJETIVO

- Realizar diagnóstico oportuno a las pacientes con endometriosis.
- Identificar qué pacientes son tributarios de manejo médico.
- Identificar qué pacientes son tributarios de manejo quirúrgico.

III ÁMBITO DE APLICACION

La presente guía es de aplicación en el Departamento de Ginecología y Obstetricia: Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Adicionalmente puede ser de aplicación en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud (MINSA) y servir de consulta a otros profesionales de la salud del equipo de atención multidisciplinaria.

IV DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS

4.1 NOMBRE Y CODIGO CIE 10

N80.0	Endometriosis del útero
N80.1	Endometriosis del ovario
N80.2	Endometriosis de la trompa de Falopio
N80.3	Endometriosis del peritoneo pélvico
N80.4	Endometriosis del tabique rectovaginal y de la vagina
N80.5	Endometriosis del intestino
N80.6	Endometriosis en cicatriz cutánea
N80.8	Otras endometriosis
N80.9	Endometriosis, no especificada

V CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION

Presencia de tejido endometrial ectópico con una estructura histológica y una función similar a la de la mucosa uterina, que causa una reacción inflamatoria crónica.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS				SERVICIO DE GINECOLOGIA	

5.2 ETIOLOGIA

Teoría de Meick tejido endometrial por fuera de la cavidad uterina a expensas de los conductos de Muller.

Teoría de Sampson Menstruación retrógrada

Teoría de Meyer Metaplasia Celómica

Teoría de la Inducción.

Teoría de las células progenitoras de la médula ósea

Teoría de las metástasis linfáticas o hematógenas

5.3. CLASIFICACION

ENDOMETRIOSIS SUPERFICIAL: Corresponde al infiltrado endometrial del peritoneo pélvico.

ENDOMETRIOSIS PROFUNDA: Corresponde al infiltrado endometrial que penetra > 5mm de profundidad respecto al peritoneo superficial. Suele localizarse en los órganos pélvicos (vejiga, uréter, recto, sigmoides, tabique recto vaginal, apéndice, etc) (4).

ENDOMETRIOMA: Corresponde al infiltrado endometrial profundo del ovario representado por la formación de quistes. Más del 90% de endometriomas son pseudoquistes formados por la invaginación de la corteza ovárica (3).

CLASIFICACION POR SEVERIDAD (EXTENSION DE LA ENFERMEDAD):

Existen varios sistemas de clasificación de enfermedad que se realizan luego del tratamiento quirúrgico, el más utilizado es la clasificación de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (r-ASRM) (VER ANEXO N° 1)

5.4. FISIOPATOLOGIA

Fisiopatología de la endometriosis y dolor (9):

- No relación clara entre la extensión de enfermedad y síntomas.
- Relación entre localización de implantes y dolor.
- Producción de sustancias (citoquinas) producidas por macrófagos de implantes.
- Efecto directo e indirecto de sangrado de implantes.
- irritación o invasión de nervios pélvicos (fondo de saco posterior).
- Intensidad del dolor en correlación con profundidad de invasión (>6mm).

Fisiopatología de la endometriosis e infertilidad: (10-13)

- Anatomía pélvica distorsionada:
- Función peritoneal alterada:
- Anomalías ovulatorias y endocrinas
- Transporte tubárico anormal:
- Alteraciones endometriales
- Alteración de la implantación:

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

 PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS			SERVICIO DE GINECOLOGIA

5.5. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

- Prevalencia de 5-10% de pacientes en edad reproductiva. (14,15)
- En consultorios externos del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, se encontro una prevalencia de 5.8% en pacientes con infertilidad. (16)
- **DOLOR PELVICO: (14,15)**
 - Endometriosis: 70-90% de pacientes tiene dolor pélvico.
 - Dolor pelvico crónico causado en un 40% por endometriosis.
- **INFERTILIDAD: (14,15)**
 - 25 — 50% mujeres con infertilidad tienen endometriosis.
 - 30 — 50% mujeres con endometriosis son infértiles.
 - Tasa de fecundidad baja de 15-20% a 2-10%.

5.6. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS (17):

- Edad: 20 – 45 años
- Infertilidad
- Ciclo menstrual corto
- Menarquia precoz y menopausia tardía
- Hipermenorrea
- Endometriosis familiar de primer grado
- Exposición a alcohol, cigarrillos y cafeína
- Exposición prolongada a estrógenos
- Raza caucásica.

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

Síntomas:

- | | |
|-----------------------------|-----|
| - Dismenorrea. | 79% |
| - Dolor pélvico crónico. | 69% |
| - Dispareunia. | 45% |
| - Síntomas intestinales. | 36% |
| - Disquezia | 29% |
| - infertilidad | 26% |
| - Masa ovárica | 20% |
| - Disuria | 10% |
| - Otros síntomas urinarios. | 6% |

■ Signos

- Nódulos palpables en fondo de saco Douglas
- Dolor fondo de saco posterior a la palpación.
- Engrosamiento parametrial.
- Masas anexiales
- Retroversión o fijación uterina.
- Lesiones cutáneas, vaginales, umbilicales, perineales.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA
Cabrera

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS				SERVICIO DE GINECOLOGIA	

6.2 DIAGNOSTICO:

En el caso de endometriosis se consideran 3 categorías diagnósticas: (27)

SOSPECHA DE ENDOMETRIOSIS:

Se considera sospecha de endometriosis cuando presenta al menos uno de los siguientes síntomas:

- Dolor pélvico crónico.
- Dismenorrea que afecta calidad de vida.
- Dispareunia profunda.
- Síntomas gastrointestinales periódicos.
- Síntomas urinarios periódicos.
- Infertilidad asociada a 1 síntoma anterior.

ENDOMETRIOSIS CONFIRMADA: Cuadro clínico de endometriosis con un diagnóstico realizado por laparoscopia, o laparoscopia/biopsia.

ENDOMETRIOSIS RECURRENTE: Cuadro clínico de endometriosis que ha recibido un tratamiento quirúrgico ya sea conservador o radical y que presenta reaparición de los síntomas y/o hallazgos ecográficos.

6.3 EXAMENES AUXILIARES:KE

1. Ca. 125 sérico: Pueden estar elevados. Tiene baja sensibilidad y especificidad (19,20).

2. Ultrasonido: Es una herramienta útil para descartar el diagnostico de endometriomas ováricos además tiene un papel en el diagnóstico de la enfermedad que compromete la vejiga o el recto. (21,22)

3. Resonancia Magnética: La resonancia magnética es una herramienta diagnóstica útil para el diagnóstico pre- operatorio de endometriosis profunda, debe realizarse cuando haya sospecha de la misma. Asimismo sirve para evaluar condiciones asociadas como miomatosis y adenomiosis uterina (23,24).

4. Laparoscopia: La inspección visual de la pelvis por la laparoscopia es el "gold estándar" para el diagnóstico, clasificación y tratamiento.

5. Histología: Histología positiva confirma el diagnóstico de endometriosis, histología negativa no la descarta.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud <small>HONADOMANI San Bartolomé</small>	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS		SERVICIO DE GINECOLOGIA

6.4 MANEJO SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA:

6.4.1 MEDIDAS GENERALES:

El tratamiento de la endometriosis es individualizado, está basado en Varios parámetros, entre los más importantes:

- Síntomas.
- Deseo de fertilidad
- Edad de la paciente.
- Prioridades de la paciente.
- Estadio y grado de enfermedad.
- Antecedentes quirúrgicos previos.
- Tratamientos médicos previos.

El manejo está dirigido por la presencia de síntomas y se enfoca en el manejo de 2 síntomas principales: el dolor y la infertilidad, El manejo del dolor se tratará a continuación

El manejo de la infertilidad asociado a endometriosis se revise en la Guía de Práctica Clínica: Endometriosis e infertilidad (revisar Protocolos de Infertilidad) 27,28,29, 30,

6.4.2 TERAPEUTICA: MANEJO DEL DOLOR EN ENDOMETRIOSIS

El manejo del dolor en la endometriosis es multimodal, involucra tratamiento Medico, quirúrgico y post operatorio. Además, puede involucrar también nutrición, terapia física y psicológica.

1) MANEJO MEDICO:

El tratamiento médico actualmente sigue siendo un maneja hormonal. Consiste en la inducción de hipoestrogenismo, condicionando la decidualización y atrofia del tejido endometrial ectópico. Se describirán los medicamentos más utilizados y con más evidencia clinica.

A. MEDICAMENTOS DE PRIMERA

Aines: Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son el tratamiento de primera línea usado más comúnmente para la endometriosis.

Dosis de analgésicos más usados:

- Celecoxib 200mg vo c/ 12h.
- Ibuprofeno 400 mg vo c,/8h
- Ketoprofeno 100mg vo c/12h

Estrógenos / Progestágenos combinados: Son medicamentos que producen decidualización y atrofia endometrial. Reduce dispareunia, dismenorrea y dolor crónico no menstrual. En caso de no mejoría podría indicarse su use continuo en vez

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

de cíclico. El tratamiento no debe ser menor de 6 meses (32-35). Se han utilizado diversas combinaciones entre las más utilizadas en los estudios randomizados son:

- Etinilestradiol 20up + desogestrel 0.15 mg
- Valerato de estradiol 1mg + Dienogest 2mg
- Etilinilestradiol 3Oug+ levonorgestrel 0.15mg
- Etilinilestradiol 3Oug+ Dienogest 2mg

Progestágenos: Producen decidualización y atrofia endometrial. Pueden indicarse en pacientes que no toleran ACO's o con sospecha de endometriosis profunda. El tratamiento no debe ser menor de 6 meses (36, 37,38). Se han utilizado diversas combinaciones entre las más utilizadas en los estudios randomizados son:

- Dienogest 2mg/dia
- Depomedroxiprogesterona 150mg / 3m
- Etonogestrel 68mg implante
- Desogestrel 75ug/d

Uno de los progestágenos más estudiados y utilizados es el Dienogest, que es selectivo a los receptores de progesterona con poco efecto androgénico. Cuenta con evidencia científica que demuestra su eficacia por su selectividad. VER ANEXO N° 03.

B. MEDICAMENTOS DE SEGUNDA

DIU liberador de levonorgestrel: Libera 20 ug/dia de LNG en cavidad uterina, el cual se difunde por vía uterina y llega a la circulación en muy pequeñas cantidades. Presenta un perfil aceptable de efectos adversos. Puede considerarse como un tratamiento a largo plazo 3 a 5 años, (27-30)

Agonistas de GnRH: Produce hipoestrogenismo severo a inducción de amenorrea y atrofia endometrial. Mayor tasa de efectos adversos. (39).

Dosis de agonistas de GnRH

- Acetato de leuprolide 3.75 mg 1M mensual x 3-6 meses.
- Acetate de triptorelina 3.75 mg IM mensual x 3-6 meses.

2) MANEJO QUIRURGICO:

Indicaciones quirúrgicas:

- No respuesta al tratamiento médico.
- Diagnosticado durante la laparoscopia (ver y tratar).
- Contraindicaciones para manejo médico, no tolerancia a manejo médico.
- Sospecha de enfermedad invasiva intestinal, vesical, rectovaginal, uterina o en nervios pélvicos.

Se basa principalmente en la **exéresis del tejido endometriósico ectópico y la restauración de la anatomía pélvica (44-49).**

Aproximación-abordaje quirúrgico:

Durante una cirugía de endometriosis asociado a dolor pélvico se debe seguir una sistemática la cual permita identificar y tratar todos los focos endometriósico posibles,

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

ser debe seguir una estrategia general (para todas las pacientes) y una específica (cuando haya lesiones específicas). La vía puede ser por laparoscopia (de elección) o por laparotomía (46-50).

Estrategia general

- Revisión sistemática de cavidad abdominal y pélvica.
- Adhesiolisis.
- Exposición (manipulador uterino, suspensión de órganos).
- Identificación de los uréteres: ¿cuando?, siempre; ¿donde?, en el borde superior de la pelvis; ¿disección?, cuando hay compromiso, de los ligamentos uterosacros.
- Excisión / fulguración de lesiones superficiales.

Estrategia específica

Tratamiento de lesiones específicas:

- Cirugía de endometrioma.
- Cirugía de endometriosis del FSD y lig útero sacros.
- Cirugía de endometriosis del tabique rectovaginal.
- Cirugía de endometriosis intestinal.
- Cirugía de endometriosis vesical.

A. ENDOMETRIOSIS SUPERFICIAL

La endometriosis superficial se puede tratar mediante ablación escisión de las lesiones peritoneales de tal manera que la endometriosis sintomática detectada en laparoscopia debe ser tratada quirúrgicamente. No hay mayor diferencia en tratar mediante escisión o ablación de las lesiones (51).

B. ENDOMETRIOMA:

INDICACIONES:

- Manejo del dolor: presencia de dolor.
- Prevenir ruptura y torsión en quistes mayores de 8 cm.
- Excluir malignidad en lesiones atípicas.
- Prevenir síntomas.
- Prevenir crecimiento, formación.
- Ovarios inaccesibles para aspiración folicular de ciclos FIV.

Existen 3 abordajes quirúrgicos para el endometrioma: drenaje simple (80-100% recurrencia), drenaje y coagulación/ablación pared quiste y la escisión (quistectomía).

Se recomienda realizar escisión de capsula de endometrioma para mejorar el dolor y disminuir la recurrencia y la tasa de reoperación. En endometriomas menores de 4 cm se recomienda el manejo médico, entre 4-7cm se recomienda manejo quirúrgico si es sintomático, y en mayores de 7 cm Se recomienda cirugía así sea asintomático por el riesgo de torsión y ruptura (54). (VER FLUXOGRAMA N°03)

C. ENDOMETRIOSIS PROFUNDA:

El manejo de la endometriosis profunda asociado a dolor depende del sitio de enfermedad. **Tratamiento quirúrgico es de elección**, consiste en la escisión de los implantes endometriósicos, sino es posible debe recibir manejo médico.(27-36). (VER FLUXOGRAMA N°04)

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

3) MANEJO POST OPERATORIO: (PREVENCION DE RECURRENCIAS)

El tratamiento postoperatorio está indicada para disminuir y detener el progreso de la enfermedad y la prevención de la recurrencia de la enfermedad > 6 meses. Existe evidencia que cuando se brinda un tratamiento post quirúrgico disminuye de manera significativa la recidiva de la enfermedad comparado a placebo (55.56).

Esquemas de manejo post operatorio:

- aGnRH + ACO por 24-48Ineses.
- T-LNG por 12-36 Toes.
- EE 2Oug +DSG 0.15rrig por 24 meses.
- EE 3Oug + DNG 2mg; por 12 meses.
- Desogestrel 0.75m por 24 meses,
- Dienogest 2mg por 60 meses.

El tiempo mínimo de tratamiento debe ser de 12 meses, y el tiempo recomendable de 18-24 meses (27-30). (VER FLUXOGRAMA N° 05).

6.4.3 CRITERIOS DE ALTA

- Mejoría significativa del dolor.
- Ausencia de recurrencia de la enfermedad
- Restauración de capacidad reproductiva (embarazo).

6.4.4 PRONOSTICO:

- Tasa de recurrencia de hasta 40 % en 5 años.
- La probabilidad de embarazo a 3 años es menor comparado con otras patologías ginecológicas (Endometriosis leve: 36%).

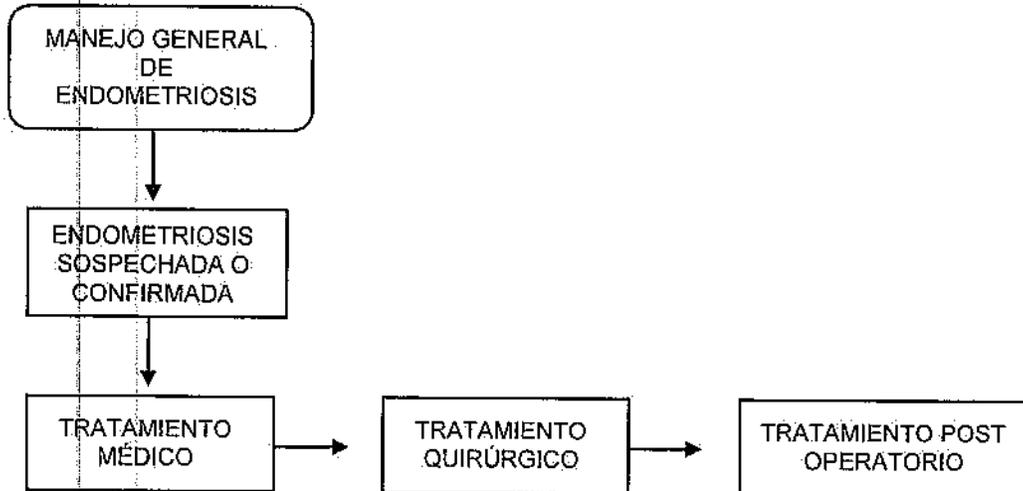
6.5 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

No aplica

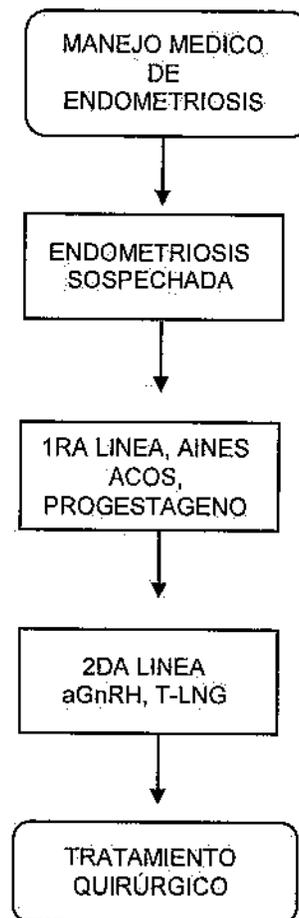
ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

6.6. FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA N°1: MANEJO GENERAL DE ENDOMETRIOSIS:

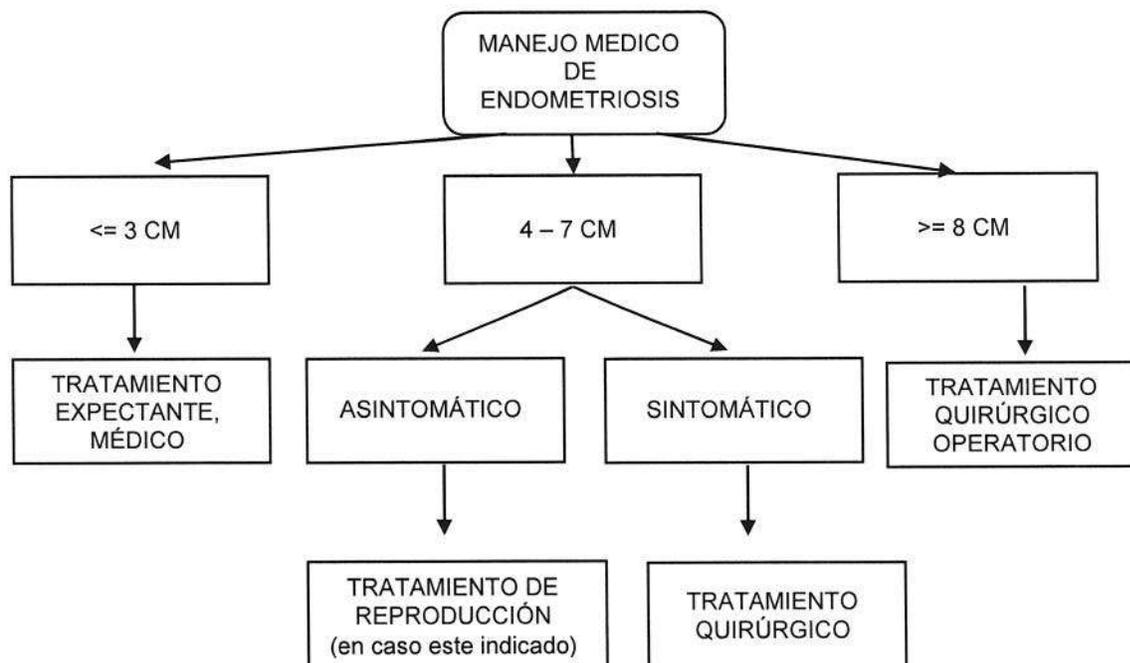


FLUXOGRAMA N°02: MANEJO MÉDICO DE ENDOMETRIOSIS:

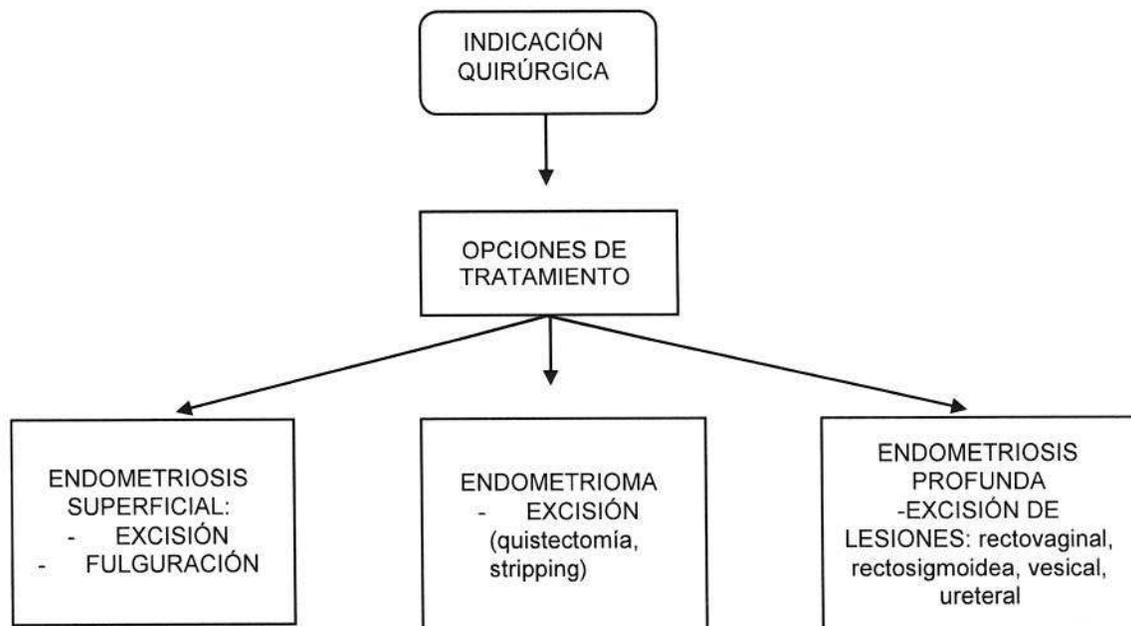


ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

FLUXOGRAMA N°03: MANEJO QUIRÚGICO DEL ENDOMETRIOMA:

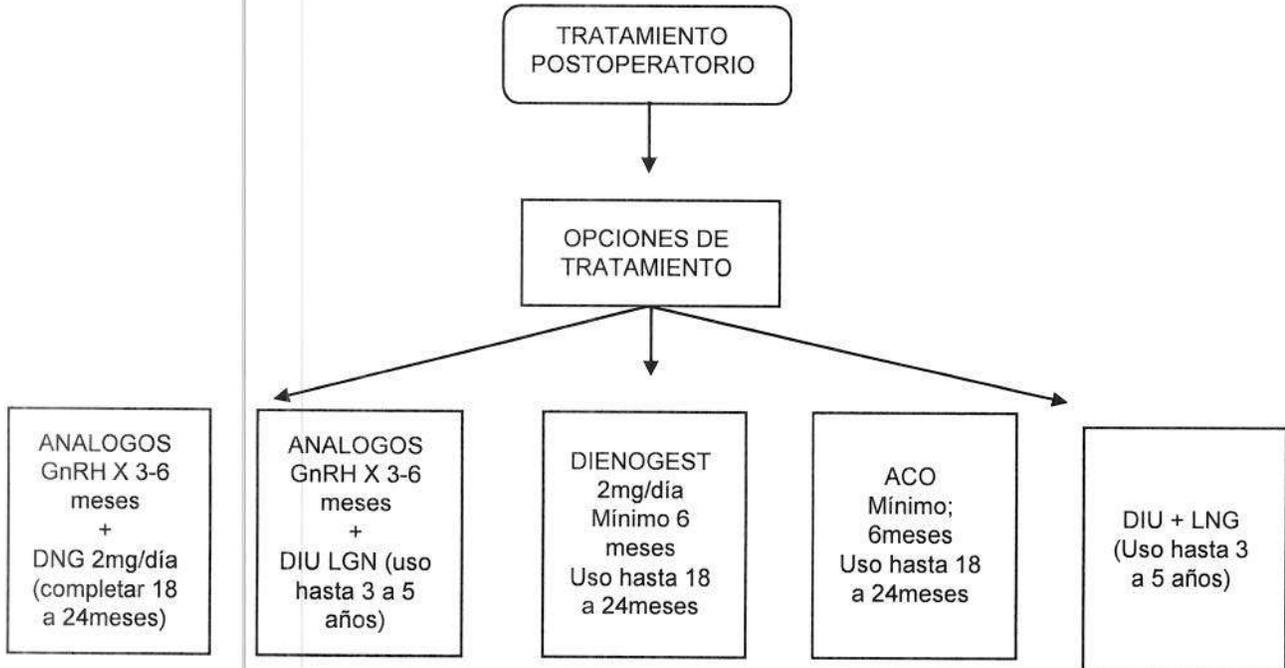


FLUXOGRAMA N°04: MANEJO QUIRÚGICO DEL ENDOMETRIOMA:



ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

FLUXOGRAMA N°05: MANEJO POSTOPERATORIO DE ENDOMETRIOSIS:



VII. ANEXOS

P E R I T O N E O	ENODMETRIOSIS	<1cm	1-3 cm	>3cm
		Superficial	1	2
	Profunda	2	4	6
O V A R I O	D: Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
	D: Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
	OBLITERACIÓN FONDO DE SACO POSTERIOR	Parcial	Completa	
		4	40	
O V A R I O	ADHERENCIAS	<1/3 compromiso	1/3 a 2/3 compromiso	>x2/3 compromiso
	D: Tenues	1	-2	4
	Densas	4	8	16
	I: Tenues	1	2	4
	Densas	4	8	16
T R O M P A	D: Tenues	1	2	4
	Densas	4*	8*	16
	I: Tenues	1	2	4
	Densas	4*	8*	16

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

NOMBRE DE LA PACIENTE:

FECHA:

ESTADIO I (MINIMO) 1-5

ESTADIO II (LEVE) 6-15

LAPAROTOMIA.....

LAPAROSCOPIA.....

FOTOGRAFIA

ESTADIO III (MODERADO) 16-40

TRATAMIENTO RECOMENDADO.....

ESTADIO IV: (SEVERO) >40

.....

TOTAL:

PRONOSTICO:

*SI EL EXTREMO FIMBRIADO DE LA TROMPA UTERINA ESTÁ COMPLETAMENTE COMPROMETIDO, CAMBIE LA ASIGNACIÓN DE PUNTOS A 16.

Endometrio Adicional:

Patología Asociada:

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS			SERVICIO DE GINECOLOGIA		

ANEXO N° 2: ESTUDIOS RANDOMIZADOS CON ESTROGENOS / PROGESTAGENOS PARA MANEJO MEDICO DEL DOLOR

ESTUDIO	#PACIENTES	GRUPO INTERVENCION	GRUPO CONTROL	PERIODO	EFFECTO
<i>Vercellini 2002</i>	90	EE 2Oug 1 DSG 0.15mg	Ciproterona acetato 12.5mg	6 meses	Similar mejoría dolor
<i>Vercellini 2005</i>	90	EE 1 Oug 1 Ciproterona 3mg	NETA 2.5 mg/día	12 meses	Similar mejoría dolor
<i>Razzi 2007</i>	40	DSG 75ug	EE 2Oug / DSG 0.15mg	6 meses	Similar mejoría dolor
<i>Kitewaki 2008</i>	74	Danazol 300 mg	EE 35ug / DSG 0.15 mg	12 meses	Mejor en progestágeno
<i>Vercellini 2010</i>	207	Anillo vaginal E 15ug / Etonogestrel 120 ug .	Parche EE 2Oug / norgestromina 150ug	12 meses	Similar mejoría dolor
<i>Guzick 2011</i>	47	EE 35ug / Norethindrona 1 mg	L meusp:1+idNe A11.25 mg x 3	12 meses	Similar mejoría dolor
<i>Chew 2012</i>	84	DM 150mg /3m	EE 30 ug / gestodeno 0.075 mg	6 meses	Progestágeno mejor
<i>Roberti 2013</i>	143:	DSG 75ug	Anillo vaginal EE 15ug / Etonogestrel 120 ug	12 meses -	Similar mejora dolor. Mejor adherencia DSG
<i>Morelli 2013</i>	92	VE 1mg /Dienogest 2mg	LNG IUD	24 meses	Mejor en OC, menor recidiva.
<i>Morotti 2014</i>	144	DSG 75ug	EE 204 / DSG 0.15mg	6 meses	Similar mejoría dolor.
<i>Granese 2015</i>	78	VE 1 mg /Dienogest 2mg	Leuprolide 3.75 x 6 meses	9 meses	Similar mejoría dolor.

ANEXO 03: ESTUDIOS RANDOMIZADOS CON PROGESTAGENOS PARA MANEJO MEDICO DEL DOLOR

<i>Cosson 2002</i>	142	Dienogest 2mg/día	Triptorelina 3.75mg/m	4 meses	Similar mejoría dolor
<i>Petta 2005</i>	82	LNG IUD	Leuprolide 3.75 mg /m	6 meses	Similar mejoría dolor
<i>Cropsignani 2006</i>	299	DMPA 150mg/3m	Leuprolide 3.75 Mg /m	6 meses	Similar mejoría
<i>Schalif 2006</i>	274	DMPA 150mg 13m	Leuprolide 11.25 mg /3m	6 meses	Mejor en progestágeno
<i>Harada 2009</i>	271	Dienogest 2mg/día	Buserelina 900mg/die	6 meses	Similar mejoría dolor Mayor con combinación
<i>Ferrero 2009</i>	82	Letrozof 2.5mg/d + NETA 2.5mg/d	NETA 2.5 mg/d	6 meses	
<i>Walch 2009</i>	41	Etonogestrel 68mg implante	DMPA 150mg 13m	12 meses	Similar mejoría dolor
<i>Hatzvitski 2010</i>	252	Dienogest 2mg/die	Leuprolide 3.75 mg /m	6 meses	Similar mejoría dolor.
<i>Ferreira 2010</i>	44	LNG IUD	Leuprolide 3.75 mg /m	6 meses	Similar mejoría dolor.
<i>Wong 2010 :</i>	30	LNG IUD	DMPA 150 mg/3m	36 meses	Similar mejoría dolor
<i>Bagyglu 2012</i>	40	LNG IUD	Goserelina 3.6 mg/m	6 meses	Similar mejoría dolor
<i>Carr 2014</i>	252	Elagolix 150 mg/día	DMPA 104 mg/3m	6 meses	Similar mejoría dolor
<i>Takesu 2016</i>	111	Dienogest 2mg/d	GoSerelina 1.8 mg/m	6 meses	Similar mejoría dolor
<i>Vercellini 2016</i>	90	Dienogest 2mg/d •	NETA 2.5 mg/d	6 meses	Similar mejoría dolor

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS					SERVICIO DE GINECOLOGIA	

ANEXO N° 4: ESTUDIOS RANDOMIZADOS EN TRATAMIENTO POST QUIRURGICOS > 6 MESES EN LA PREVENCION DE RECURRENCIA.

ESTUDIO	Número	Grupo Intervención	Grupo Control	Periodo	Efecto
Vercellini 2003	50	EE 20ug / DSG 0.15mg	ME	24 meses	NS
Vercellini 2003	80	LNG	ME	12 meses	Mejoria significativa
Serachioli 2010	184	EE 20ug / DNG 2mg	ME	36 meses	Mejoria significativa
Wong 2010	30	LNG	MPA 150mg/3m	36 meses	Mejoria significativa
Tanmabasamut 2012	54	LNG	ME	12 meses	Mejoria significativa
Morelli 2013	92	LNG	EE 20ug / DNG 2mg cíclico	24 meses	Mejor OC
Vlahos 2013	252	EE 20ug / DNG 2mg continuo	EE 20ug / ONG 2mg cíclico	12 meses	Similar mejoría dolor

ANEXO N° 5: ESTUDIOS RANDOMIZADOS EN TRATAMIENTO POST QUIRURGICO > 6 MESES EN LA PREVENCION DE RECURRENCIA DE ENDOMETRIOMA

ESTUDIO	# Pacientes	Grupo Intervención	Grupo Control	Periodo TTO	EFECTO
Park 2008	51	aGnRH + OC 24 meses	aGnRH +OC 48 meses	24-48meses	Menor recurrencia 48 meses
Vercellini 2008	231	OC	ME	28 meses	Menor recurrencia
Takamura 2009	73	OC	ME	24 meses	Menor recurrencia
Lee 2010	344	aGnRH +OC	aGnRH	35 meses	Mayor en combined&
Seracholi 2010	144	OC cíclico	ME	24 meses	Menor recurrencia
Wong 2010	30	LNG	DMPA	36 meses	No recurrencia, no diferencia.
Morelli 2013	92	LNG	OC	24 meses	LNG (20%), OC
Viehos 2013	252	OC continuo	OC clam	24 meses	Mayor recurrencia en continuo.
Cucilemi 2013	86	OC desogestrel	OC dienogest	24 meses	Igual eficacia,
Cho 2014	100	GnRH +LNG	GnRH +OC	17 meses	No diferencia significativa.
Ouchi 2014	41	OC	Dienogest	38 meses	No diferencia, recurrencia 0,
Ola 2015	568	Dienogest	MEI	60 meses	Menor recurrencia, diferencia signific.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Colette S, Donnez J. Endometriosis. N Engl J Med. 2009;360(19:1911)
2. Pinar H, Kodaman. Current strategies for endometriosis Management. Current Strategies for Endometriosis Management. Obstetrics Gynecology Clin N am42 (2015) 87 - 101.
3. Brosens I, Puttermans P, Campo R, Gordts S, Kinkel K. Diagnosis of endometriosis: pelvic endoscopy and imaging techniques. Best Pract Clin Obst Gynecol 2004;18(2):285-303.
4. Koninckx P, Ussia A, Adamyan L, Wattiez A, Donnez J. Deep endometriosis: definition, diagnosis and treatment. Fertil Steril 2012; 98(3):564-71.
5. World Endometriosis Society. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. Human Reproduction 2017;32(2):315-24.
6. Bulun S. Endometriosis. N Engl J Med 2009; 360:268-279. -
7. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. Fertil Steril 2012 ;98(3): 511-9.
8. Vercellini P, Viganov P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. Nat Rev Endocrinol. 2014;10(5):261-75.
9. Howard F. Endometriosis and mechanisms of pelvic pain. J Min Invasiv Gynecol 2009;16(5): 540-50.
10. Seli E, Berkkanoglu M, Arici A. Pathogenesis of ifOometriosisTOb-Stet Gynecol N Am 2003;30:41-61.
11. Jensen 'Coddington C. Evolving spectrum: the pathogenesis endometriosis. Clin Obst Gynecol 2010;53(2):379-88.
12. Nap A, Groothuis P, Demir A, Evers J, Dunselman G. Best Pract Clin Obst Gynecol 2004;18(2):233-44.
13. Burney R, Giudice L. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. Fertil Steril 2012;98(3):511-9.
14. Viganov P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. Best Pract Clin Obst Gynecol 2004;18(2):177-200;
15. Missmer •S, Cramer- D. The epidemiology of .endometriosis. Obstet Gynecol Clin N Am 2003; 30:1-19.
16. Quispe J. Indicaciones de tratamientos de reproduce& asistida de alta complejidad en la Unidad de Infertilidad del INMP. [Tesis especialista]. UNMSM. Lima - Penl 2013.
17. McLeod J, Retzliff M. Epidemiology of endometriosis: An assessment of risk factors. Clin Obst Gynebol 2010;53(2):389-96.
18. Falcone T, Lebovic D. 'Clinical management of endometriosis. Obstet Gynecol 2011;118(3):691-705. -
19. May KE, Villa S, Kennedy SH, Becker CM. Endometrial alterations in endometriosis: a .systematic review of putative biomarkers. Human Reprod Update 2011;17:6377653.
20. Yang W, Chen H, et al. Serum and endometrial markers. Best Pract Res Clins Obst Gynecol 2004;18(2):305-18.
21. Moore J, Copley S, MorrisJ, Lindsell ID, et al. A systematic review of the accuracy of ultrasound in the diagnosis of endometriosis. Ultrasound Obstet Gynecol 2002;20:630-634.
22. Hudelist G, English 3, Thomas E, Tinelli A, Singer F, Keckstein J. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound for non-invasive diagnosis of bowel endometriosis: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2011;37(3)257-63.
23. O'Brien A, Oyanedel R, Wash A. Endometriosis: Evaluación par resonancia magnetica. Rev Chit Radio' 2010;16(4):195-99,

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS					SERVICIO DE GINECOLOGIA	

24. Coutinho A, Kayat L, Pires C, Junqueira F, et al. MR imaging in deep pelvic endometriosis: a pictorial essay. Radiographics 2011;31:549-567.
25. Donnez J, Squifflet J, Casanas-Roux F, Pirard C, Jadoul P. Typical and subtle atypical presentations of endometriosis. Obstet Gynecol Clin N Am 2003;30:83-93.
26. Hsu A, Khachikyan I, Stratton P. Invasive and noninvasive methods for the diagnosis of endometriosis. Clin Obstet Gynecol 2010;53(2):413-19.
27. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Endometriosis: diagnosis and management (NG73). 2017: 1-25.
28. ESHRE. Guideline on the management of women with endometriosis. Human Reproduction 2013; Hum. Reprod 2013; 28(10): 2599-2607.
29. SOGC. Endometriosis: diagnosis and management. J Obstet Gynaecol Can. 2010 Jul;32(7 Suppl 2):S1-32.
30. ASRM. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. Fertil Steril 2014; 101(4):927-35.
31. Brown-J--Crawford TJ, Allen C, Hopewell S, Prentice A. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art No.:CD004753.10,1002/14651858.CD004753.pub4.
32. Vercellini P, Buggio L, Berlanda N, Barbara G, et al. Estrogen-progestins and progestins for the management of endometriosis. Fertil Steril 2016; 106: 1552
33. Quaas A, Weedin E, Hansen K. On-label and off-label drug use in the treatment of endometriosis. Fertil Steril 2015;103:612-25.
34. Muzii L, Tucci C, Achill' C, Panici P: Continuous versus cyclic oral contraceptives :for endometriosis: any conclusive evidence? Arch Gynecol Obstet 2015; 292:477-478.
35. Zorbas K, Economopoulos K, Vlahos N. Continuous versus cyclic oral contraceptives for the treatment of endometriosis: a systematic review. Arch Gynecol Obstet 2015; 292:37-43,
36. Casper RF. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills. Fertil Steril. 2017;107(3):533-536.
37. Angioni S, Cofelice V, Pontis A, Tinelli R, Socolov R. New trends of progestins treatment of endometriosis. Gynecol Endocrinol, 2014; 30(11): 769-773.
38. Andres M, Lopes L, Baracat E, Podgaec S. Dienogest in the treatment of endometriosis: systematic review . Arch Gynecol Obstet 2015; 292:523-529
39. Brown J,- Pan A, Hart RJ. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain PccnriMod with-e7ld.orn6trinQis, CocWne=natabase =of-Systematic Reviews 2010, Issue 12. Art, No.: CD008475, DOI: 10.1002/14651858.0 D008475, pu b2.
40. Nothnick W. The emerging use of aromatase inhibitors for endometriosis treatment. Reprod Biol Endocrinology 2011;987:1-8.
41. Pavane M, Bulun S. Aromatase inhibitors for the treatment of endometriosis. Fertil Steril 2012; 986: 1370-9.
42. Polyzos N, Fatemi H, Zavos A, et al. Aromatase inhibitors in post-menopausal endometriosis, Reprod Biol Endocrinology 2011; 999:1-5-
43. Ferrero S, Gillott D, Venturini P, Remorgida V. Use of aromatase inhibitors to treat endometriosis-related pain symptoms: a systematic review. Reprod Blot Endocrinology 2011; 990:1-10.
44. Vercellini P, De Gioiorgio O, et al. Surgical management of endometriosis. Best Pract Clin Obstet Gynecol 2000;143:501-523.
45. Yeung P, Shwayder J, Pasic R. Laparoscopic Management of Endometriosis:Comprehensive Review of Best Evidence. Journal of Minimally Invasive Gynecology 2009; 16: 269-81.
46. Wattiez A, Puga M, Albomoz J, Faller E. Surgical strategy in endometriosis. Best Pract Clin Obstet Gynecol 2013; 27:381-392:
47. Donnez J, Pirard C, Smets P, Jadoul P, Squifflet J. Surgical management of

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS			SERVICIO DE GINECOLOGIA		

- endometriosis. Best Pract Clin Obstet Gynecol 2004;182:32948.
48. Yeung P. The laparoscopic management of endometriosis in patients with pelvic pain. Obstet Gynecol Clin N Am 2014; 41:371-383.
49. Bedaiwy M, Barker N. Evidence based surgical management of endometriosis. Middle-East-Fertility-Society Journal 2012; 17:-57-60
50. Negron J. Manejo de dolor pélvico crónico en pacientes con endometriosis. Giltecoi 2010;821
51. Healey. Surgical treatment of endometriosis: a prospective randomized double-blinded trial comparing excision and ablation. Fertil Steril 2010; 947:2536-40.
52. Hart RJ, Hickey M, Maouris P, Buckett W. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata, Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2
53. Benschop L, Farquhar C, van der Poel N, Heineman MJ. Interventions for women with endometrioma prior to assisted reproductive technology. Cochrane - Database of Systematic Reviews 2010, issue 11.
54. Kaponis A, Taniguchi F, Azuma Y, et al. Current treatment of endometrioma: Obstet Gynecol Surv 2015; 703:183-95.
55. Koga K, Takamura M, Fujii T, Osuga Y. Prevention of the recurrence of symptom and lesions after conservative surgery for endometriosis. Fertil Steril 2015;104:793-801
56. Takaesu Y, Nishi H, Kojima J, Sasaki T, et al. Dienogest compared with gonadotropin-releasing hormone agonist after conservative surgery for endometriosis. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2016;429:1152-1158.
57. Furness S, Yap C, Farquhar C, Cheong YC. Pre and post-operative medical therapy for endometriosis surgery. Cochrane Database of-Systematic Reviews 2004, Issue 3, Art. N°:CD003678.D01:10.1002/14651858j.CD003678.pub2.
58. Abou-Setta AM, Houston B, Al-Inany HG, Farquhar C. Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue Art, No.: CD005072. DOI: 10.1002/14651858.CD005072.pub
59. Tekin B et al. Postoperative medical treatment of chronic pelvic pain related to severe endometriosis: levonorgestrel-releasing intrauterine system versus gonadotropin-releasing hormone analogue. Fertil Steril 2011;952:48-52.
60. Cho S, Jung J, Lee Y, et al. Postoperative levonorgestrel-releasing intrauterine system versus oral contraceptives after gonadotropin-releasing hormone agonist treatment for preventing endometrioma recurrence. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2014; 93:38-44.
61. Lan S, Ling L, Jianhong Z, et al. Analysis of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with endometriosis. Journal of International Medical Research 2013; 413 548--558.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA			SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

I. FINALIDAD.

Mejorar la expectativa de calidad de vida activa relacionada con la salud durante el periodo de climaterio y menopausia.

II. OBJETIVO.

Estandarizar y optimizar el proceso de atención en la salud durante el periodo declimaterio y menopausia.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional Docente Madre –Niño “San Bartolomé”.

Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Docente Madre – Niño “SanBartolomé”.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO: CLIMATERIO CIE 10: N95.1

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

Climaterio: Es el periodo en la vida de la mujer que se extiende desde el comienzo de la pérdida de la función ovárica hasta la ausencia total de secreción estrógenica por el ovario. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), define como el período de tiempo que se extiende desde el inicio de la declinación de la madurez reproductiva hasta el inicio de la senectud. Se inicia a los 35 años de edad y finaliza a los 65 años de edad, que marca el comienzo de la senectud.

Síndrome Climatérico: Conjunto de signos y síntomas que anteceden y siguen a la menopausia, como consecuencia de la declinación o cese de la función ovárica.

Menopausia Natural o Espontánea:

Es la última hemorragia uterina menstrual espontánea debido al cese definitivo de la actividad folicular ovárica; con un período de amenorrea de seis meses (FIGO) o de doce meses (OMS).

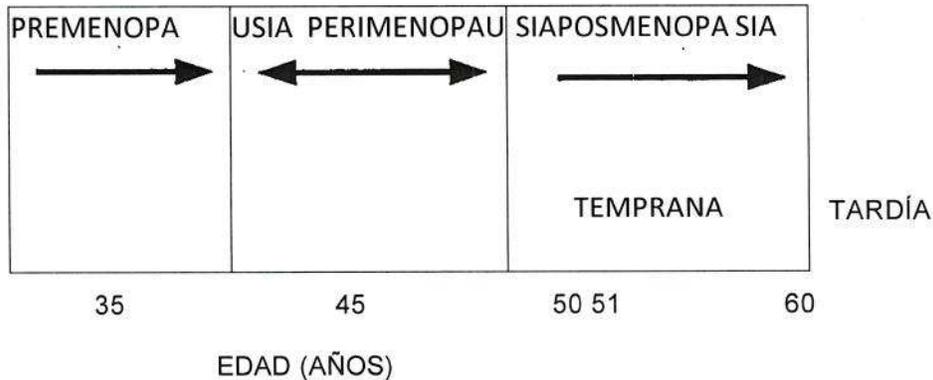
Menopausia prematura:

También llamada falla ovárica prematura (POF). Se refiere a la ocurrencia de la menopausia antes de los 40 años de edad, lo que sucede en alrededor del 1% de las mujeres. Estas mujeres tienen un riesgo elevado de sufrir osteoporosis y enfermedad cardiovascular.

Etapas de climaterio

Según los criterios del Grupo de Trabajo de los Estadios del Envejecimiento Reproductivo delimitan en subetapas como son: Estado reproductivo, transición menopáusica o perimenopausia y postmenopausia mediante criterios clínicos y hormonales. Clásicamente se dividen en: premenopausia, perimenopausia y postmenopausia.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025



5.2. ETIOLOGÍA

La menopausia natural, es consecuencia de la atresia total de los folículos ováricos, con disminución de niveles de estrógenos e inhibina B, incremento de la secreción de hormonas gonadotropinas hipofisarias FSH y LH.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

La pérdida de la función ovárica suele ser un proceso gradual, que se produce en varios años, en promedio dura entre 4 a 6 años; en esta etapa, la función ovárica va fluctuando.

En este periodo, los niveles de estradiol son muy bajos, se produce un gran aumento de la FSH, en menor medida de la LH, de tal forma que el cociente FSH/LH se invierte.

Los estrógenos secretados por los ovarios después de la menopausia son insignificantes; sin embargo, todas las mujeres siguen teniendo concentraciones perceptibles de estradiol y estrona.

La estrona es el estrógeno más importante en la posmenopausia; se produce por la conversión periférica de la androstenediona (producida en la corteza suprarrenal y en el ovario), el cual se aromatiza en estrógenos, principalmente en el tejido adiposo.

Las obesas suelen tener una alta concentración de estrógenos circulantes; por tal motivo, están en peligro de sufrir cáncer de endometrio. En contraste, las mujeres delgadas experimentan disminución de los estrógenos circulantes, estando más expuestas a la osteoporosis.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A nivel mundial la pirámide poblacional ha cambiado en las últimas décadas, incrementándose significativamente la esperanza de vida de la mujer. Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud muestran que en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres posmenopáusicas. La longevidad actual de la mujer posmenopáusica puede constituirse en más de 33% de la vida de la población femenina.

En el Perú, la esperanza de vida al nacer (EVN) de la mujer para el quinquenio 2010-2015 se estima en 76,84 años y se ha previsto que se incrementará a 81,94 para el quinquenio 2045-2050.

La edad media de la menopausia varía según la ubicación geográfica en diferentes continentes como: Europa desde 50,1 hasta 52,8 años; América del Norte 50,5 a 51,4 años; América

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA			SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

Latina 43,8 a 53 años, y en Asia 42,1 a 49,5 años.

En Latinoamérica, según REDLINC, la edad promedio de menopausia natural fue 48,6 años (rango 43,8 a 53).

En el Perú la edad promedio de la menopausia es de 47 años. En Lima (150 msnm) es 47,1 años Cuzco (3400 msnm) 45 años, Cerro de Pasco (4340 msñm) 42 años.

La prevalencia de síntomas vasomotores relacionados con la menopausia varía según la región geográfica: 74% de mujeres en Europa; 36-50% de mujeres en América de Norte; 45-49% de mujeres en América Latina y 22 - 63% de mujeres en Asia.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Incremento de edad.
- Medio ambiente: altura (>2000 msnm) tienen mayor riesgo de hacer Menopausia temprana.
- Estilos de Vida.

El tabaco produce un adelanto de aproximadamente 1,5 años.

Falta de ejercicios, historia materna de síntomas vasomotores.

- Menopausia temprana: Nuliparidad, uso de antidepresivos, quimioterápicos, radiación pélvica, bajo índice de masa corporal.
- Menopausia tardía: multiparidad, incremento de masa corporal.
- Factores hereditarios: Factores familiares.

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. Cuadro Clínico

6.1.1 Signos y Síntomas:

Mediante la escala de puntuación menopáusica (MRS) las manifestaciones clínicas en climaterio se pueden agrupar en 3 dimensiones o subescalas siguientes: somático-vegetativa, psicológica y urogenital (Tabla 1 y 2).

a) En la dimensión somático-vegetativa, se incluyen a los sofocos o bochornos y sudoración profusa; molestias cardíacas, como palpitaciones o bradicardias, consciencia no habitual de los latidos

cardíacos; trastornos del sueño, como dificultad para dormir, despertarse con facilidad y pronto; y molestias músculo esqueléticas, como dolores en las articulaciones.

b) La dimensión psicológica, comprenden el estado de ánimo depresivo, como: sentirse deprimida, triste, a punto de llorar, falta de ímpetu, cambios en el estado de ánimo; irritabilidad, (sentirse nerviosa, agresiva); ansiedad (inquietud interna, sensación de pánico); y cansancio físico mental (menor rendimiento, problemas de memoria y menor concentración).

c) La dimensión urogenital define la presencia y severidad de problemas sexuales, como son la alteración de libido/deseo, de la actividad y satisfacción sexual; problemas de vejiga, como dificultad a la hora de orinar, mayor necesidad de orinar e incontinencia vesical; y sequedad

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA					SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

vaginal, que comprenden: sensación de sequedad o escozor en la vagina, dificultad en la relación sexual.

6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1. Criterios de Diagnóstico:

El diagnóstico es básicamente clínico

Se realizará mediante la historia clínica donde se hará especial énfasis en los siguientes aspectos⁴:

1. Anamnesis: incluirá motivo de consulta y los antecedentes personales y familiares, identificar la presencia de factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, osteoporosis, cáncer genital y de mamas.
2. La evaluación de la calidad de vida se debe centrar, principalmente, en la percepción de la paciente sobre su estado de salud, siendo ella participe activa en este proceso. Para ello se utilizará la Escala de puntuación Menopáusica (M R S) que es un instrumento específico para evaluar sintomatología climatérica.
3. Examen físico general y ginecológico, incluido mamas.
Evaluar funciones vitales. Medición de talla, peso para calcular el índice de masa corporal y circunferencia de cintura. Este último sirve para expresar riesgo aterogénico cuando los valores sobrepasan los 88 centímetros.
4. Consignar el diagnóstico certero es valioso lo que nos permitirá establecer las distintas etapas del climaterio: Premenopausia, perimenopausia y post menopausia (temprana y tardía)

6.2.2 Diagnóstico diferencial:

Por la diversidad de sintomatología del síndrome climatérico, se debe diferenciar de patología cardiovascular, psiquiátrica, neurológica, osteomuscular, urológica, ginecológicas

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

Los exámenes de laboratorio de perfil hormonal solo se justifica en aquellas mujeres que presenten una menopausia precoz o en casos muy específicos.

Exámenes Complementarios indispensables:

- Hemograma, glicerina y perfil lipídico. Este último debe realizarse una vez al año en las mujeres posmenopáusicas y si existe hiperlipidemia cada 6 meses.
- El perfil hepático (TOP, TGGC, fosfatasa, alcalina, gástrica, glutamato) debe indicarse para iniciar la terapia hormonal de menopausia (THM) a criterio médico y puede repetirse cada 6 meses.

6.3.2 De Imágenes

▪ Ultrasonografía.

La ultrasonografía transvaginal con o sin doppler se indicará para:

- Iniciar la terapia hormonal de menopausia
- Control de endometrio durante y después de la THM

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA			SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

- Diagnosticar otras afecciones ginecológicas (pólipos endometriales, masaspelvicas, hiperplasias endometriales y otras)
- Emplear el grosor endometrial > de 5 mm en la mujer posmenopáusica para el diagnóstico presuntivo de anomalías endometriales y decidir la realización de la biopsia endometrial cuando se justifique.

6.3.3. De exámenes especializados complementarios

▪ Mamografía

Es necesario realizar una mamografía de base entre los 35 y 40 años de edad, las subsiguientes cada uno o dos años desde los 40 hasta los 49 años de edad y anualmente a partir de los 50 años de edad. Si una mujer no ha tenido familiares con cáncer de mama debe practicarse su primera mamografía a partir de los 40 años y repetirla anualmente, mientras que, si hay antecedentes familiares de este mal, la mamografía debe realizarse a partir de los 35 años. La Ecografía de mamas permite distinguir entre mamas sólidas y quísticas.

▪ Densitometría ósea:

Estima el contenido mineral óseo (para establecer el riesgo de fractura) el método ideal es la absorciometría dual rayos-x(DEXA). Es una prueba que sirve para: evaluar la salud osea, llevar el control de la pérdida ósea, diagnosticar la osteoporosis, evaluar los resultados de los tratamientos. Densitometrias de distintos equipos NO son comparables.

El contenido mineral óseo (CMO) se expresa como: Puntaje T (T- Score) que resulta de comparar a la paciente con el momento en que se origina la mayor concentración del mineral en el hueso en la columna lumbar, cuello femoral o cadera total.

▪ Se puede utilizar el instrumento ORAI (Osteoporosis Risk Assessment Instrument) para identificar a aquellas pacientes mayores de 45 años con alta sospecha de osteoporosis que requieran una densitometría ósea que confirme el diagnóstico, siendo el corte 8 puntos (ver tabla 3)

▪ Otra opción es el FRAX (Fracture Risk Assessment Tool), una herramienta de evaluación de riesgo de fractura desarrollada por la Organización Mundial de la Salud.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

El personal de salud debe fomentar la modificación de estilos de vida saludables, como ejercicio físico regular, control de peso, reducción de tabaquismo, obesidad, alcoholismo y alimentación rica en calcio.

Cualquier actividad física es mejor que permanecer sedentaria. El ejercicio regular reduce la mortalidad cardiovascular y total, mejor metabolismo, armonía física, fuerza muscular, cognición y calidad de vida son observadas en personas físicamente activas. Además, mejora los trastornos del sueño, regulariza el tránsito intestinal, disminuye en general -los síntomas vasomotores y el estrés.

Los estudios muestran que en las mujeres postmenopáusicas los ejercicios aeróbicos y los de resistencia son efectivos para aumentar la densidad mineral ósea en la columna lumbar.

6.4.2. Terapéutica

Se determina la necesidad de terapia en pacientes con compromiso de calidad de vida severo, definido según la MRS a un puntaje mayor a 16 puntos o como compromiso grave en un dominio determinado:

Psicológico > a 6; Somático > a 8 y Urogenital > a 4 puntos ^{4,23}.

Antes de iniciarse cualquier terapia, debe evaluarse la presencia de contraindicaciones. Los estrógenos sin progesterona asociada generan un aumento de riesgo de cáncer de

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA 	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA					SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

endometrio; las progestinas neutralizan este mayor riesgo, En relación con el tejido mamario, nuevos estudios no muestran una incidencia significativa en el aumento de riesgo de cáncer de mama.

La terapia hormonal oral debido a su efecto pro inflamatorio y pro coagulante por su paso hepático tiene un riesgo aumentado de trombosis. Por tal motivo se recomienda la vía transdérmica en mujeres con: obesidad (MC >30 Kg/m²), hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, litiasis biliar, hipertrigliceridemia, disfunción hepática crónica o antecedentes de tromboembolia por no modificar los parámetros de coagulación. Sin embargo la vía transdérmica también tiene contraindicaciones como cáncer de mama, cáncer de endometrio, sangrado inexplicado y relativas (lupus, porfiria).

INDICACIONES DE TERAPIA HORMONAL DE MENOPAUSIA (THM)

La administración de THM de manera individualizada 4,27-31

- Tratamiento de los síntomas vasomotores de la menopausia.
- Tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia.
- Prevención de osteoporosis en las mujeres con alto riesgo. De fractura osteoporótica que no pueden tolerar los medicamentos preventivos estándar

CONTRAINDICACIONES DE THM

Absolutas:

- Sangrado vaginal sin explicación
- Disfunción o enfermedad hepática
- Historia de trombosis Venosa profunda o embolia pulmonar
- Trastorno de coagulación conocido o trombofilia (la presentación transdérmica puede ser una opción en algunas -- mujeres con riesgo elevado de trombosis venosa)
- Hipertensión no tratada
- Historia de cáncer de mama, endometrio u otra neoplasia estrógeno dependiente
- Hipersensibilidad conocida a terapia hormonal
- Historia de enfermedad coronaria, ACV o AT.

Relativas: Triglicéridos altos (superiores a 400 mg/dL). Enfermedad, de la vesícula biliar (deben evitarse los estrógenos orales pero el estrógeno transdérmico puede ser una opción).

ELECCION DE LA TERAPIA HORMONAL EN MENOPAUSIA

La THM de elección en mujeres sanas, perimenopáusicas y posmenopáusicas dentro de los 10 años de ocurrencia de su menopausia (o con edad < 60 años), que presenten síntomas vasomotores moderados a severos, mujeres sintomáticas con alto riesgo de osteoporosis, y mujeres que han experimentado una falla ovárica prematura, considerado como ventana de oportunidad terapéutica ^{27, 28,32}

Para elegir el tratamiento más adecuado se requieren al menos dos disquisiciones mayores: distinguir a las mujeres que tienen contraindicaciones de terapia oral y aquellas que tienen útero de las que no.

Tabla 1

En mujeres sin contraindicaciones de terapia oral:

Estrógenos: Valerato de Estradiol 1mg/día, 17-B-estradiol micronizado 1 mg/día o estrógenos

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA			SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

conjugados 0,3-0,45 mg/día.

Via transdérmica en pacientes con contraindicaciones de vía oral, se utiliza: Estradiol gel 0,5 a 1,5 mg/día o parche 0,5 mg/día.

Si la mujer tiene útero es imprescindible la adición de una progestina: cíclica (10 a 14 días) o continua.

Progestinas: Se encuentra en presentaciones orales, parenteral, transdérmicas endoceptivas. Opciones orales: Progesterona micronizada:

Continuo:

100mg/noche.

Cíclico: 200mg/noche por 10 a 14 días.

-Alternativa a la progesterona micronizada: Drospirenona, Dienogest,

-Clormadinona, 5mg/día

Opciones transdérmica: Levonorgestrel 10 ug/día, Noretisterona 250ug/día

Opción endoceptiva: (SIU o DIU) Levonorgestrel 20ug. Liberados/24 **Tibolona:** A dosis 2,5 mg/día o 1,25 mg/día; esteroide sintético; es otra alternativa a considerar por sus efectos: estrogénico (hueso, vagina, cerebro), androgénico (hígado, cerebro), progestacional (endometrio).

Estrógeno equino conjugado/Bazedoxifeno: Para mujeres con problemas de sensibilidad en las mamas, densidad mamaria, o sangrado uterino con THM convencional. Dosis: EC 0,45 mg/día IBZA 20mg/día

Ospemifeno: SERM γ 60 mg/día, para tratamiento de síntomas genitourinarios de la menopausia, incluyendo sequedad vaginal y dispareunia, entre mujeres que prefieren tratamiento o

ALTERNATIVAS DE LA THM

Sequedad vaginal:

Existe la opción de hormona tópica (estrógenos) y lubricantes Estrógenos tópicos: disponible en 3 presentaciones:

-**Tabletas vaginales:** 1 tab/día x 2 semanas, luego 2 semana

-**Crema vaginal:** 1 aplicación al día x 2 a 3 semanas, luego 2 veces a la semana

-**Anillo Vaginal:** Reemplazado cada 3 meses. Los lubricantes, no contienen hormonas, reduce fricción y la incomodidad de la sequedad durante las relaciones sexuales. Cremas hidratantes se aplican 3v a la semana. No deben usarse justo antes de las relaciones sexuales

Bochornos

Si THM está contraindicado o no se desea para el tratamiento de SVM, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina como antidepresivos son de primera línea en mujeres que no pueden tomar estrógenos ^{23, 33}

Paroxetina, Dosis: 7,5mg/día, al acostarse. Venlafaxina. Dosis: 37,5 mg/día.

Desvenfalaxina. Dosis: 100mg/día

Gabapentina (600-900 mg/día); Clonidina (0,1 mg/día). Citalopram, Escitalopram son también efectivos.

Sertralina y Fluoxetina no funcionan tan bien como los anteriores. Acetato de Medroxiprogesterona (inyectable). Ayuda a reducir los sofocos. Se usa poco.

Fitoestrógenos. Se encuentran en: soja, garbanzos, lentejas, semilla de lino, granos, frutas,

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA				SERVICIO DE GINECOLOGÍA

verduras, trébol rojo y suplementos de isoflavonas. No ha demostrado efecto positivo para reducir los sofocos y sudores nocturnos.

OSTEOPOROSIS EN LA POSTMENOPAUSIA

Medidas generales:

-Cambios en el estilo de vida: mantenimiento de un peso saludable, dieta balanceada, adecuada ingesta de calcio y vitamina D, ejercicio apropiado, evitar el cigarrillo y excesivo consumo de alcohol.

-El consumo recomendado de calcio en adultos mayores de 50 años es de 1200 mg/día y 800 a 1000 UI de vitamina D.

Tratamiento farmacológico recomendado en:

Mujeres postmenopausicas con valores de DMO en T-score < -2.5 .

El intervalo de control de DMO en mujeres en tratamientos es de 1 a 2 años.

Drogas antirresortivas

1.- Terapia hormonal de la menopausia, incluyendo Tibolona, puede ser indicada en mujeres postmenopausicas con riesgo de fractura menores de 60 años o dentro de los 10 años de la menopausia.

2.- Raloxifeno: 60mg/día vía oral. Es un SERM para la prevención y tratamiento de la Osteoporosis³⁴. Hay que considerar los riesgos/beneficios extra esqueléticos (aumento de sofocos, riesgos de trombosis profunda y producción de calambres

3.- Bifosfonatos³⁴

a) Alendronato. Preventivo a dosis 5mg/día. Terapéutico 10mg/día o 70mg/semana

b) Ibandronato. Dosis oral 150mg/mesa Intravenoso 3mg/3meses

c) Risedronato. Dosis oral: 5mg/día, 35mg/semana, 150mg/mes

d) Acido zolendrónico. Dosis: 5mg/anual. endoVenos

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento:

Los efectos secundarios frecuentes son:

- Sangrado uterino (que
- Sensibilidad mamaria.
- Náuseas.
- Distensión abdominal.
- Retención de líquidos en las extremidades.
- Cambios en la forma de la córnea.
- Cefalea o migraña.
- Mareo

6.4.4. **Signos de alarma:** En relación a las patologías asociadas

6.4.5. **Criterios de alta:**

Seguimiento: incluye nueva escala -MRS, comorbilidades ajustes y contraindicaciones de la THM. Para el seguimiento del climaterio en 2 grupos:

1.- Mujeres usuarias de THM: control cada 2 meses hasta controlar los síntomas, luego una vez al año.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA			SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

2.- Mujeres no usuarias de THM 1 vez/año.

6.4.6. Pronóstico: Bueno, al controlar las patologías asociadas.

6.5. COMPLICACIONES

• **Alteraciones cardiovasculares**

La incidencia de enfermedad cardiovascular derivada de la arteriosclerosis aumenta considerablemente con la menopausia, de forma que en la mujer con una función ovárica normal, la morbilidad y mortalidad por esta causa es de 116 frente a la del varón, mientras que desde la menopausia, el riesgo va aproximándose al del hombre, casi igualándose después de los 65 años de edad. Asimismo, la menopausia parece relacionarse con un incremento notable en la incidencia de cardiopatía isquémica (CI), de tal modo que las mujeres en menopausia precoz presentan un RR de padecer CI 2.2. (IC 95% 1.2-4.2) veces superior al de mujeres de la misma edad sin menopausia (Rich-Edwards J; 1995).

• **Osteoporosis postmenopáusica:** Es una enfermedad esquelética, caracterizada por una disminución de la resistencia ósea que predispone al paciente a un mayor riesgo de fractura, que integra dos componentes fundamentales, la cantidad y la calidad del hueso. La osteoporosis es mucho más frecuente en las mujeres fundamentalmente por dos razones:

- 1- Las mujeres en el momento de alcanzar su pico unos huesos con menor densidad mineral (menor reserva ósea), y las pérdidas posteriores hacen que llegue más fácilmente a la fragilidad; y
- 2- En las mujeres, la velocidad de pérdida ósea sufre una aceleración importante en los primeros años después de la menopausia

La menopausia se asocia con la disminución de la densidad mineral ósea (DMO), la masa y fortaleza muscular y el aumento de la grasa visceral. Esto produce un impacto negativo en las funciones físicas, aumento de la prevalencia de osteoporosis y del riesgo de fractura. Las estrategias de manejo para las mujeres posmenopáusicas involucran la identificación de las personas con riesgo de fractura, seguidas de medidas que se centran en reducir los factores de riesgo modificables a través de los cambios en la dieta y el estilo de vida y, si está indicado, la terapia farmacológica³⁴.

Todas las mujeres postmenopáusicas deberían ser incentivadas a practicar cambios en el estilo de vida que reduzcan el riesgo de pérdida ósea y de fractura osteoporótica: mantenimiento de un peso saludable, dieta balanceada, adecuada ingesta de calcio y vitamina D, ejercicio apropiado, evitar el cigarrillo y el -excesivo- consumo de alcohol y utilizar medidas para prevenir las caídas.

Un adecuado consumo de calcio y vitamina D es fundamental en el mantenimiento de la salud ósea y es reconocido como un componente importante en el tratamiento farmacológico. El consumo recomendado de calcio en adultos 50 años, es de 1200mg/ día y 800 a 1000 U/ día de vitamina D (NAMS, NOF)^{23,27}.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

No aplica

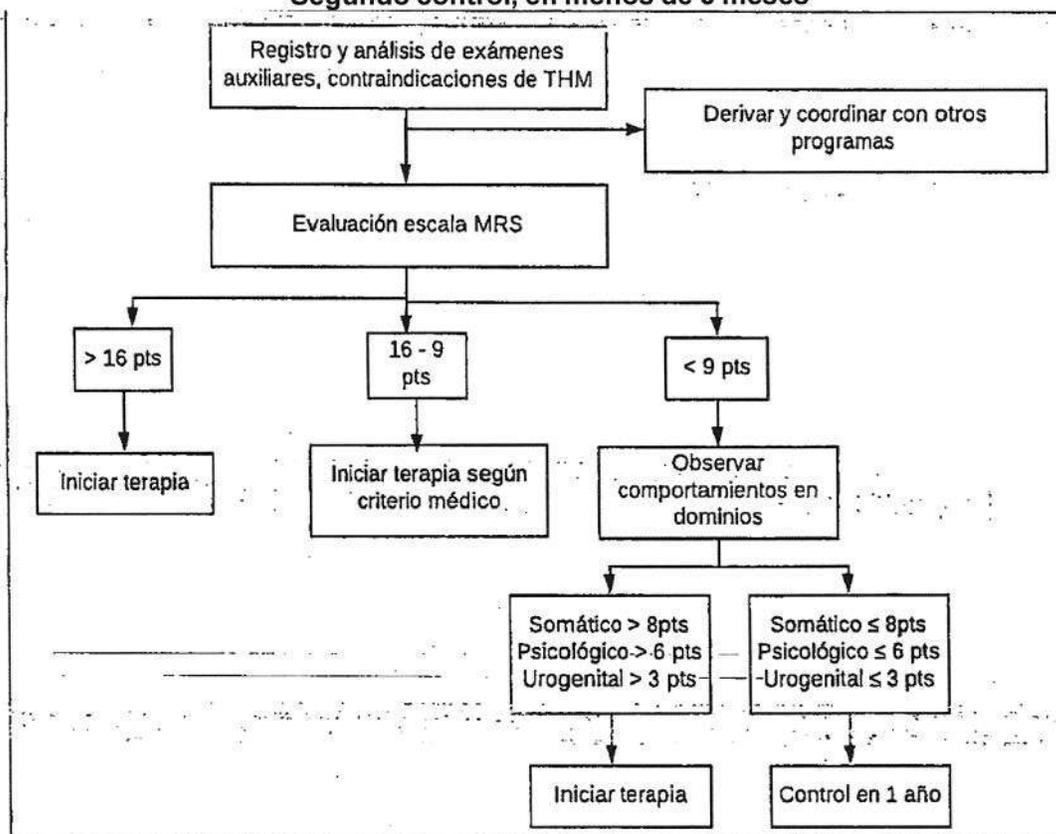
6.7. FLUXOGRAMA

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	--	---------------------------------------

Fluxograma 1 (Mujer 45 a 65 años)

Ingreso a salud integral de climaterio	
1er control - Profesional capacitado	
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar escala MRS y registrar puntaje • Examen físico: <ul style="list-style-type: none"> - Índice de masa corporal - Presión arterial - Circunferencia de cintura - Examen ginecológico - Examen de mama 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar exámenes auxiliares: <ul style="list-style-type: none"> - Perfil lipídico - Glicemia en ayunas - Citología cervical - Mamografía - TSH (contrastorno del ánimo) - Ecografía transvaginal • Evaluar criterios de síndrome metabólico • Evaluar riesgo de osteoporosis: ORA

Segundo control, en menos de 3 meses





PERÚ

Ministerio de Salud

HONADOMANI San Bartolomé

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"

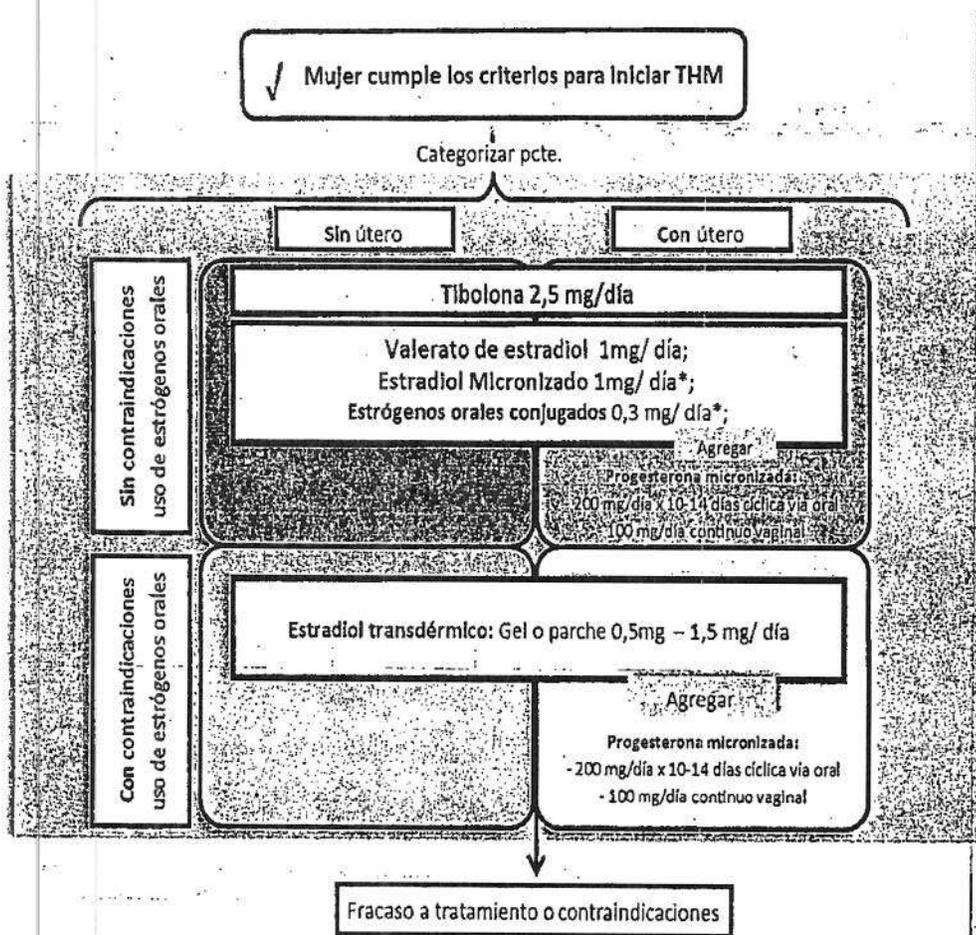
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG



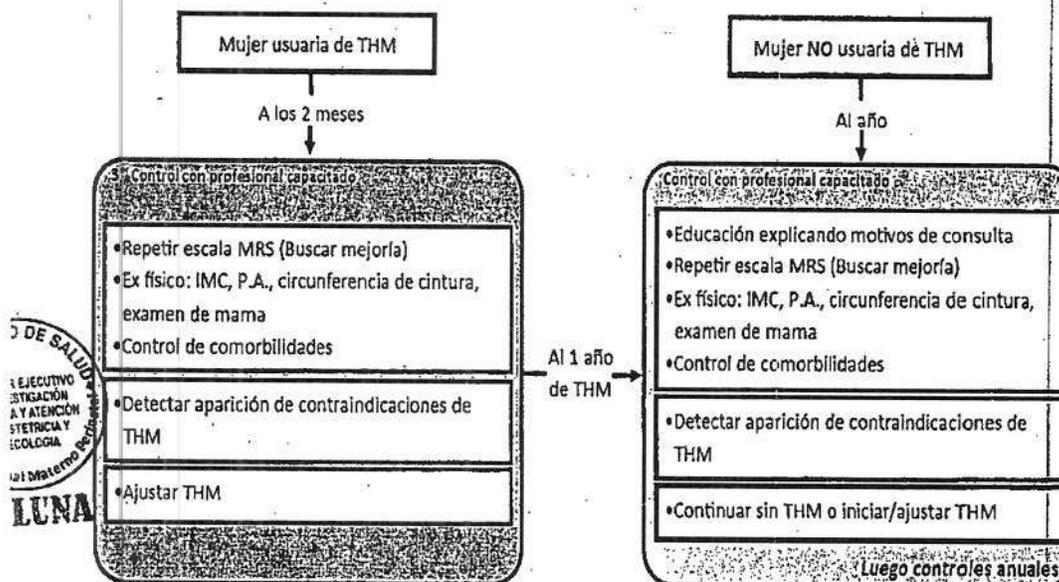
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

Fluxograma 2 : Elección de la terapia hormonal de la menopausia



Fluxograma 3: Seguimiento de mujeres en control de climaterio



VII. ANEXOS

Tabla1.Prevalencia de síntomas climatéricos

SINTOMAS (MRS)	Prevalencia de "síntomas	
	Leves, amoderados (%)	Severos (%)
Dolores osteoarticulares	63,0	15,6
Fatigabilidad	64,8	13,8
Trastornos del ánimo	60,5	13,7
Problemas de sueño	59,0	13,2
Irritabilidad	64,6	12,3
Sequedad vaginal	45,9	11,2
Trastorno de sexualidad	46,6	10,8
Ansiedad	53,9	10,7
Bochornos ,Sudores	54,5	9,6
Molestias urinarias	42,1	8,2
Palpitaciones	43,8	5,0
TOTAL	90,9	24,9

Tomado de Monsalve C, Reyes V, Parra J, Chea R. Manejo terapéutico de la sintomatología climatérica. Rev Perú Ginecol Obstet.2018;64.43-50.



PERÚ

Ministerio de Salud

HONADOMANI San Bartolomé

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG



I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

SERVICIO DE GINECOLOGÍA

Tabla 2: ESCALA DE PUNTUACIÓN EN MENOPAUSIA(MRS)

Con el objeto de conocer sus molestias climatéricas le solicitamos responder el siguiente cuestionario marcando el casillero correspondiente. ¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con que intensidad?

Área	Ítem	TIPO DE MOLESTIAS (Marque la casilla pertinente de cada molestia con una "X". Ejemplo, marque en casilla 0 cuando no tiene molestia, y en la casilla 1 a la 4 según como sienta la intensidad de la molestia).	¿Cómo son sus molestias?				
			No siente molestia (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severo (3)	Muy severo (4)
SOMÁTICO	1	Bochornos o sofocos, sudoración (episodios de sudoración).					
	2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión en el pecho).					
	3	Dificultades en el sueño (dificultad para conciliar el sueño, dificultad para dormir toda la noche, duerme poco, se despierta muy temprano).					
	4	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos).					
PSICOLÓGICO	5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir).					
	6	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante).					
	7	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico).					
	8	Cansancio físico y mental (disminución general del rendimiento, olvidos frecuentes, falta de memoria, le cuesta concentrarse).					
UROGENITAL	9	Problemas sexuales (cambios en el deseo sexual, menor frecuencia de relaciones sexuales, menos satisfacción sexual).					
	10	Problemas de la vejiga (problemas al orinar, orina más veces, urgencia de orinar, se le escapa la orina).					
	11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales).					
PUNTUACION TOTAL							

Area Somático Psicológico Urogenital TOTAL

Uso profesional

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	---	---------------------------------------

Tabla 3 Instrumento de evaluación de riesgo de osteoporosis (ORAI)

Parametro	Rangos	Puntaje	Valor registrado
Edad (años)	45-54	0	
	55-64	5	
	65-74	9	
	≥75	15	
Peso (Kg)	>69	0	
	60-69	3	
	<60	9	
THM	Si	0	
	No	2	
Puntaje total			

Riesgo Elevado >8 puntos. Se justifica una densitometría ósea.

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA			SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

VIII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional Materno Perinatal. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Ginecología. Marzo 2020.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA					SERVICIO DE GINECOLOGIA	

I. FINALIDAD

Estandarizar el diagnóstico y manejo de las infecciones post operatorias.

II. OBJETIVO

Realizar el diagnóstico oportuno para elegir el tratamiento más adecuado y efectivo. Evitar la progresión de la infección y sus complicaciones.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de Ginecología y Obstetricia del HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA

NOMBRE Y CÓDIGO:

INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA OBSTETRICA: O86.0

INFECCION DE EPISIOTOMIA O DE DESGARRO: O86.1

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN: 1,2

Infección de Herida Quirúrgica Obstétrica: Es una Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ), ocurre a cualquier nivel de la incisión para la cesárea, incluyendo cavidad abdominal. **Infección de**

Episiotomía o Desgarro: Es la que ocurre a nivel de la Episiotomía o del desgarro postparto.

Aunque no es considerada una ISQ, los criterios diagnósticos son muy semejantes.

5.2 ETIOLOGÍA

En la infección del sitio operatorio ISQ, la fuente más importante es la microbiota del paciente. Los microorganismos pueden infectar la herida quirúrgica a través de varias formas de contacto: como la inoculación por el médico o el instrumentador quirúrgico, mediante los gérmenes del aire, o por gérmenes que se encuentran ya en el cuerpo y se diseminan hacia la herida.

Aunque la Infección es por lo general poli microbiana, los agentes más frecuentes son Staphylococcus epidermidis, Enterococcus faecalis, Staphylococcus aureus, Escherichia coli, y Proteus mirabilis. La fisiopatología involucra la diseminación bacteriana desde la cavidad uterina o desde la piel y en caso de la Infección de episiotomía contribuye la contaminación fecal. La microbiología de la fascitis necrotizante involucra bacterias aeróbicas y anaeróbicas y frecuentemente incluye Streptococcus pyogenes o Clostridium perfringens. En la Infección de Herida Operatoria de comienzo temprano (< 48 horas después del procedimiento), los microorganismos más probables son el Estreptococco del Grupo A o el Clostridium.

Cuantitativamente, la infección se desarrolla si el sitio quirúrgico es contaminado con más de 10⁵ microorganismos por gramo de tejido. Es conocido que la dosis de microorganismos contaminantes que desencadena la infección es muy inferior en presencia de material extraño. Pero no solo el tamaño del inóculo bacteriano es importante; las propiedades bacterianas de virulencia y patogenicidad son también significativas. Los microorganismos pueden contener o producir toxinas y otras sustancias que incrementan su capacidad para invadir al huésped,

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

 PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

producir lesión o sobrevivir en los tejidos. A pesar de que estos y otros factores de virulencia están bien definidos, su relación con el desarrollo de infección del sitio quirúrgico no está completamente determinada.

CLASIFICACIÓN

- ISQ Superficial: Infección a la piel y Tejido Subcutáneo: Celulitis. Absceso.
- ISQ Profunda: Infección de Fascia o Músculo: Fascitis, Mionecrosis.
- ISQ de Órgano/Espacio: Infección Sub Fascial o Intracavitaria: Absceso pélvico.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

En el origen de las ISQ entran en juego múltiples factores. Los principales determinantes de la infección son el cirujano, el paciente y el patógeno. Es un equilibrio entre la cantidad del inóculo bacteriano, el tipo y la virulencia del microorganismo patógeno, los mecanismos de defensa del huésped, y los **factores de riesgo**.

Clasificación de los procedimientos quirúrgicos según su riesgo de infección

Heridas limpias: Estas no están inflamadas ni contaminadas y no implican la operación de un órgano interno.

Heridas limpias contaminadas: Estas no tienen evidencia de infección en el momento de la cirugía, pero implican la operación de un órgano interno.

Heridas contaminadas: Estos implican operar en un órgano interno con un derrame de contenido del órgano en la herida.

Heridas sucias. Se trata de heridas en las que existe una infección conocida en el momento de la cirugía.

El cirujano juega una labor importante en el control de la contaminación bacteriana del sitio quirúrgico. El principal factor que contribuye a que se desarrolle una infección, desde el punto de vista microbiológico, es la cantidad de microorganismos inoculados en la herida. Por lo mismo, es crucial para el cirujano su buen juicio quirúrgico y el empleo de una técnica quirúrgica delicada y aséptica para reducir el inóculo bacteriano.

La técnica quirúrgica debe incluir una hemostasia meticulosa y un suave manejo de los tejidos; evitar las suturas a tensión, los tejidos necróticos y la creación de hematomas o seromas; evitar la isquemia y la hipoxia de los tejidos; utilizar la electrocoagulación juiciosamente y minimizar el uso de materiales extraños.

El acto quirúrgico y el cirujano en sí han sido considerados incluso como inmunomoduladores por su capacidad para aumentar o inhibir el sistema inmunitario del paciente mediante su influencia sobre la hemorragia o la transfusión sanguínea.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La incidencia de Infección de Herida Operatoria post cesárea varía entre 2,8 % a 10 %.

En el INMPN para el año 2007 fue de 2,47 %. La incidencia de Infección de Episiotomía o desgarros es menor del 1%.

En el HONADOMANI San Bartolomé la infección de herida operatoria asociada a cesárea en el año 2020 fue de 1.9/100 cesáreas, mayor para la categoría de Establecimiento III-1 que es 1.2 y que está en proceso de mejora.

Aunque se desarrolla en los primeros 3 a 10 días, puede presentarse hasta los 30 días

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Numerosos factores determinan si un paciente desarrollará una ISQ incluidos los factores de riesgo del paciente, el entorno y el tratamiento.

Los factores de riesgo pueden dividirse en endógenos (características de cada paciente) y exógenos (características generales sobre las que puede influir el cirujano o el sistema sanitario).

5.5.1. Endógenos

- **Comorbilidades:** Cualquier comorbilidad supone un deterioro en la homeostasis de la mayoría de los sistemas en los pacientes; de este modo, son un gran factor de riesgo para el desarrollo de una ISQ.
- **Nutrición:** La desnutrición es una condición resultante de la malabsorción o suministro inadecuado de nutrientes que conduce a cambios en la composición corporal, deterioro de la función física y mental, con un efecto negativo en el tratamiento y resultados de la enfermedad subyacente.
- **Obesidad:** La obesidad es un factor de riesgo de gran relevancia, ya que un paciente obeso supone un reto mayor para el proceso quirúrgico, con necesidad de incisiones más extensas, intervenciones más prolongadas, mala vascularización del tejido subcutáneo y alteraciones de la farmacocinética de los antibióticos profilácticos en el tejido graso.
- **Diabetes mellitus:** La ISQ es la complicación postoperatoria más frecuente en pacientes diabéticos, y es de 3 a 4 veces superior que en los no diabéticos. La hiperglucemia predispone a las infecciones bacterianas y fúngicas; las alteraciones vasculares desencadenan isquemia, hipoxia y limitan los mecanismos de defensa del organismo; la neuropatía favorece las lesiones por presión que pueden ulcerarse e infectarse.

5.5.2. Exógenos

- Estancia hospitalaria preoperatoria prolongada: Supone un factor de riesgo para una ISQ debido a múltiples factores como el cambio de la flora normal por la hospitalaria y la mayor exposición a infecciones.
- Inserción de un implante protésico: Cualquier tipo de implante supone un factor de riesgo para el desarrollo de una ISQ. Los implantes tienen un efecto negativo sobre las defensas del huésped, por lo que un menor inóculo bacteriano produce más infección sobre el implante que sobre un tejido natural.
- Duración de la intervención: El riesgo de ISQ se multiplica por dos cada hora de intervención, ya que supone mayor tiempo de exposición a infecciones.

FACTORES DE RIESGO 2-10

- Obesidad / desnutrición
- Diabetes Mellitus.
- Anemia.
- Inmunosupresión.
- RPM / Coridamnionitis
- Ascitis.
- Endometritis
- Pre eclampsia.
- Nuliparidad
- Bajo nivel socio económico
- Técnica no estéril
- Inadecuado manejo de tejidos
- Tiempo operatorio prolongado
- Hipotermia peri operatoria
- Hemorragia profusa

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA					SERVICIO DE GINECOLOGIA	

5.6. CLASIFICACIÓN

- ✓ ISQ Superficial: Infección a la piel y Tejido Subcutáneo: Celulitis. Absceso.
- ✓ ISQ Profunda: Infección de Fascia o Músculo: Fascitis, Mionecrosis.
- ✓ ISQ de Órgano/Espacio: Infección Sub Fascial o Intracavitaria: Absceso pélvico

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO 1-3, 7-11

6.1.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO

- **Superficial:** La Infección ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento, involucra solola piel y el tejido subcutáneo, y al menos uno de lo siguiente:

Drenaje purulento de la incisión.

- Organismos aislados en cultivo de la secreción o de tejido de la ISQ.
- Al menos uno de lo siguiente - dolor, eritema, tumefacción, o calor- y aperturadeliberada de la incisión por el Cirujano responsable.
- Diagnóstico de Infección de Sitio Quirúrgico Superficial por el Cirujano responsable o porel examinador.

- **Profunda:** La Infección ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento e involucra lostejidos blandos profundos (/fascia, musculo) de la incisión, y al menos uno de lo siguiente:

Drenaje purulento de la incisión.

- Dehiscencia espontánea o deliberadamente abierta por el cirujano responsable cuando el paciente presente al menos uno de lo siguiente: fiebre, dolor, sensibilidad.
- Hallazgo directo de un absceso en la incisión profunda durante la re operación, o porexamen radiológico o histopatológico.
- Diagnóstico de ISQ profunda por el cirujano responsable o por médico examinador.

- **Órgano/Espacio:** La Infección ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento y parece relacionada con la operación. Involucra cualquier parte de la anatomía (+órganos, espacios), además de la incisión, que fue abierta o manipulada durante una operación , y al menos uno de lo siguiente:

- Drenaje purulento a través de dren colocado a nivel de órgano/espacio.
- Organismos aislados en cultivo de la secreción o de tejido extraídos del áreaórgano/espacio.
- Hallazgo directo de un absceso a nivel del órgano/espacio durante la reoperación, o porexamen radiológico o histopatológico.
- Diagnóstico de ISQ de Órgano/Espacio por el cirujano responsable o por médicoexaminador.

6.1.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Seroma.
- Hematoma.
- Hemoperitoneo.
- Endometritis con Fístulas Útero cutáneas.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

6.2 EXÁMENES AUXILIARES

6.2.1 DE PATOLOGÍA CLÍNICA:

- Hemograma.
- Grupo sanguíneo, factor Rh y marcadores de daño de órganos si infección es severa.
- Estudio microbiológico (gram, cultivo y antibiograma) de la secreción o tejido obtenidos por Punción y Aspiración.

6.2.2 DE IMÁGENES:

- La ecografía es útil para realizar el diagnóstico diferencial entre: Colecciones en pared o intra pélvicas.

6.3 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA 2-14 MEDIDAS DE PREVENCIÓN

WHO Global guidelines for the prevention of surgical site prevention. WHO, 2016 (<http://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/>)

- En pacientes sometidos a cualquier procedimiento quirúrgico, NO se debe quitar el cabello, si es absolutamente necesario, solo debe ser eliminado con mediante corte con tijera. Elafeitado está fuertemente contraindicado en todo momento, ya sea preoperatoriamente o en sala de operaciones.
- La profilaxis antibiótica quirúrgica (PAQ)) debe administrarse antes de la incisión quirúrgica, cuando está indicado.
- PAQ debe administrarse dentro de los 120 minutos antes de la incisión, mientras se considerala vida media del antibiótico.
- Pacientes adultos sometidos a anestesia general con intubación endo traqueal para procedimientos quirúrgicos debe recibir una fracción del 80% de oxígeno inspirado intra operatoriamente y, si es factible, en el inmediato período postoperatorio por 2-6 h.
- Las soluciones antisépticas a base de alcohol basadas en clorhexidina (CHG) son las que deben ser las utilizadas en la preparación de la piel del sitio quirúrgico.
- Es una buena práctica clínica para los pacientes bañarse o ducharse antes de la cirugía. Yasea un jabón normal o un jabón antiséptico podrían usarse para este propósito.
- No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra de la irrigación salina delas heridas incisionales para el propósito de prevenir ISQ.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORADO MANEJO SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA				SERVICIO DE GINECOLOGÍA	

- Considere el uso de irrigación de la herida incisional con una solución de povidona yodada acuosa antes del cierre con el propósito de prevenir ISQ, particularmente en heridas limpias y contaminadas.
- Durante la intervención limite el número de personas y la apertura de puertas.
- Asegurar que todo el equipo quirúrgico es estéril y mantener asepsia durante toda la cirugía.
- No continuar la antibiótico profilaxis en el post operatorio, es innecesario y contribuye a producir resistencia microbiana.

6.3.1 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD

- Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales

FONE (Categorías II-1, II-2)

- Hospitalizar a la paciente si existen criterios de severidad o complicaciones.
- Solicitar exámenes de laboratorio y otros exámenes.
- Curación local 2 a 4 veces al día y drenaje de colecciones. Evitar uso profuso de soluciones lesivas a los tejidos y optar más por la solución Salina Normal. Para la extracción de tejido necrótico posteriormente se ha recomendado el uso de agua embebida en solución salina y cambiada, pero en algunos casos esto retrasa la cicatrización y debe usarse con cautela. 4
- Si en 7 a 15 días no se ha producido su cierre por segunda intención (espontáneo), se puede suturar. Se ha reportado aisladamente como una medida efectiva al tratamiento de la Infección de Episiotomía con incisión, curetaje y cierre primario bajo cobertura antibiótica constante.13

6.3.2 TERAPEUTICA

- Terapia antibiótica ambulatoria en Infección Superficial
Ampicilina 500 mg VO c/ 6 h con/sin Metronidazol 500 mg VO c/8 h.

Otra alternativa:

Cefalexina 500 mg, Clindamicina 300 mg, Eritromicina 500 mg, Amoxicilina 500 mg, VO c/8h

- Terapia antibiótica en Infección Profunda

Penicilina G 2 millones EV c/6 h más Gentamicina 5 mg/kg c/24 h más Metronidazol 500mg EV c/8 h.

Otra alternativa:

Penicilina G 6 millones EV c/6 h más Gentamicina 5 mg/kg c/24 h EV más Clindamicina 900 mg EV c/8 h.

Ceftriaxona 2 g EV c/24h con/sin Clindamicina con/sin Gentamicina o Amikacina.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

6.3.3 EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

Gracias a los éxitos de las primeras terapias con antibióticos, la práctica clínica supuso uno de los mayores avances de la medicina por sus efectos directos e indirectos. El efecto positivo del uso de este grupo de medicamentos se ha podido observar en los pacientes con infecciones graves, en los que la utilización precoz de antibióticos adecuados se asocia a un gran beneficio en términos relacionados con la reducción de la mortalidad. Sin embargo, desde hace unos años existe una gran preocupación por el incremento de la resistencia a los antibióticos

Esta creciente amenaza para la salud está impulsando la necesidad de prescribir sabiamente, lo que incluye reducir el abuso y garantizar una prescripción adecuada, convirtiéndose en una prioridad urgente para la salud pública y la seguridad del paciente. El uso de antibióticos de tipo ambulatorio y hospitalario puede provocar efectos indeseables, dentro de los cuales se pueden considerar el aumento consiguiente de la morbilidad y la mortalidad por las infecciones asociadas a la atención en salud, riesgo de sobreinfecciones, aparición de reacciones adversas y el impacto directo sobre el coste asistencial. Además, se plantea que el uso inadecuado de antimicrobianos conduce a la aparición de gérmenes resistentes a múltiples fármacos, lo que a su vez conlleva al desarrollo y uso de nuevos medicamentos, más caros y potentes. Se estima que alrededor de un 40% de los pacientes ingresados a los hospitales reciben antibióticos, tanto en indicaciones terapéuticas como profilácticas; de igual manera se estima que en el 50% de los casos se da el tratamiento equivocado, a dosis incorrectas o con una duración errónea.

Ante dicho surgimiento, se han propuesto diferentes estrategias para tratar de controlar y reducir la resistencia a los antimicrobianos. Dentro del ámbito hospitalario se han sugerido la monitorización del consumo de antimicrobianos, el estudio de los hábitos de prescripción y el análisis de las tendencias de la resistencia de diferentes microorganismos, como estrategias eficaces para prevenir este problema. De igual manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto estrategias como el Plan de Acción Mundial sobre la Resistencia Antimicrobiana, en la cual se plantean retos importantes en materia sanitaria con relación a la forma de abordar las acciones que mitiguen o eliminen el problema

6.3.4 SIGNOS DE ALARMA

- Tumefacción a tensión e intensamente dolorosa, sugestiva de absceso y/o condecoloración o necrosis cutánea.
- Distensión abdominal o signos peritoneales con sospecha de Absceso Intraabdominal. Compromiso del estado general, Hipotensión, Fiebre alta y persistente.

6.3.5 CRITERIOS DE ALTA

Pacientes sin evidencias de compromiso sistémico y afebriles por 48 h a más.

6.3.6 PRONÓSTICO

De acuerdo a la severidad de la infección.

6.4 COMPLICACIONES

- ✓ Fasciitis necrotizante con daño extenso de tejidos.
- ✓ Dehiscencia de la Fascia.
- ✓ Sepsis y su asociada disfunción de órganos.
- ✓ Fístulas Útero cutáneas o a otros órganos.
- ✓ Abscesos y fístulas perineales
- ✓ Dehiscencias y eventraciones
- ✓ Síndrome adherencial

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO. OBSTETRICIA.	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	--	---------------------------------------

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORADO MANEJO SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO- OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

6.5 CRITERIOS DE REFERENCIA

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias

- FONP (Categoría I-1, I-2, I-3)

Toda paciente con fiebre alta y persistente que no cede con el manejo ambulatorio o con signos de progresión, persistencia o complicación de la Infección debe ser referida a un establecimiento con FONB para evaluación por profesional con exámenes auxiliares.

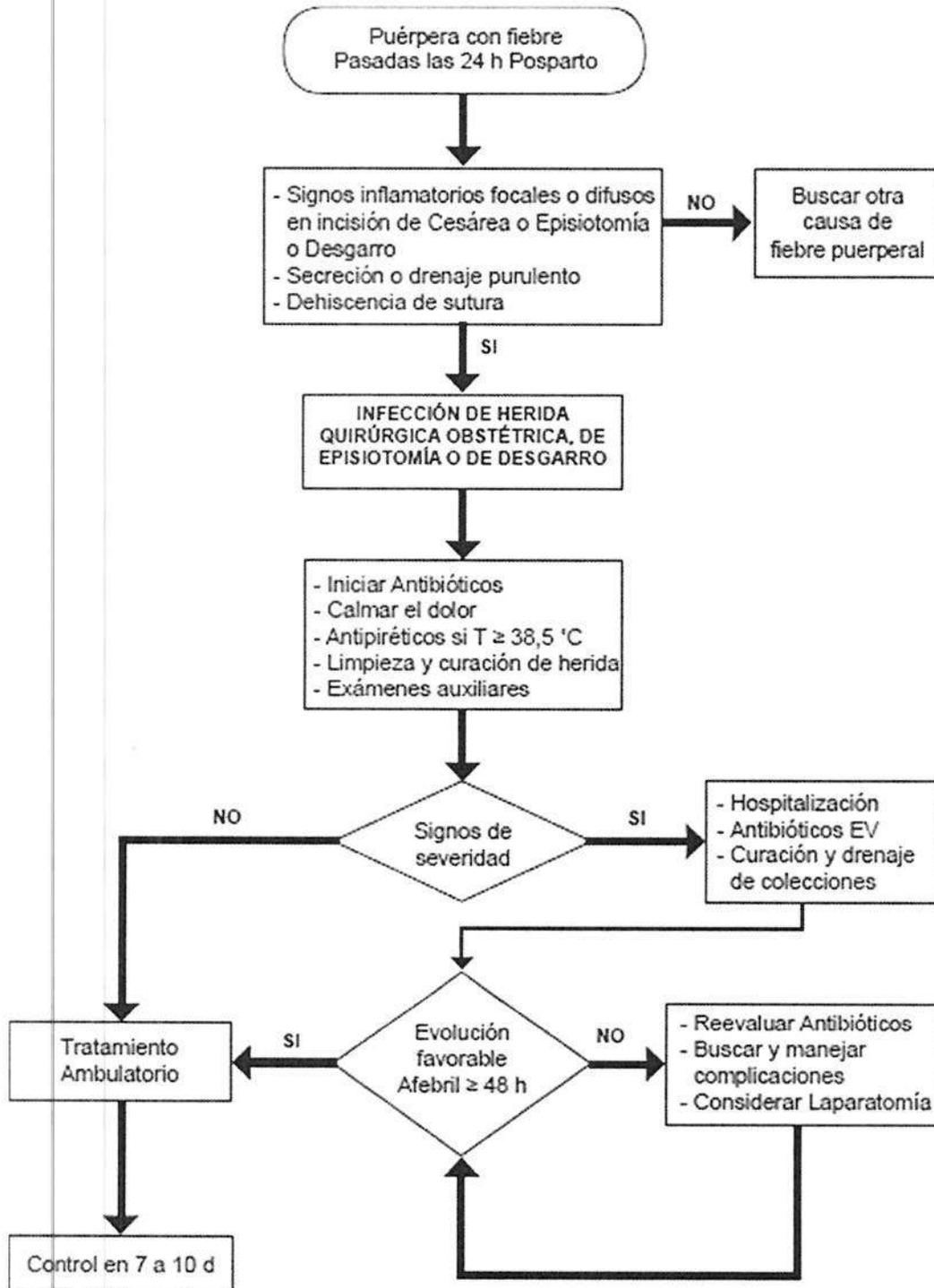
Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas

- FONB (Categoría I-4)

Toda paciente que requiera drenaje de absceso u hospitalización por criterios de severidad, y no se cuente con profesional médico capacitado o no tenga el equipamiento requerido, debe ser referida a un establecimiento con FONE.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

VII. FLUXOGRAMA



	PERÚ Ministerio de Salud	HONORADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA			SERVICIO DE GINECOLOGIA	

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, et al. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: A modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992; 13: 606-8.
- Barie P et al. Surgical Site Infections. In: *Surgical Clinics of North America* 2005 (85): 1115-1135.
- Sabogal JC. Pospartum infections. In: Berghella V. *Obstetric Evidence Based Guidelines*. 2007; Ch 26: 201-203.
- Sarsam SE and cols. Management of wound complications from cesarean delivery. *Obstet Gynecol Surv* 2005; 60 (7): 462-73.
- INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. Reporte estadístico. Consolidado anual 2007 on-line). (PERU): <iemp.gob.pe>
- Demott K et al. *Clinical Guidelines and Evidence Review for Post Natal Care: Routine Post Natal Care of Recently Delivered Women and Their Babies* 2006. London: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College of General Practitioners.
- Armengol E D. Procesos Infecciosos Puerperales. En: Cabero L y cols ed. *Obstetricia y Medicina Materno Fetal* Edit Panamericana 2007; 1069-1075.
- Artuz M. Puerperio normal y patológico. En: Cifuentes R edit. *Obstetricia de Alto Riesgo*. Edit Distribuna 2006; 171-182.
- Salinas H, Parra M y cols edit. *Puerperio Normal y Patológico*. Guías Clínicas de Obstetricia. Hospital Clínico de La Universidad de Chile 2005. 115-124.
- Cabero A y cols. La Infección Puerperal; Estudio de sus Diversas Formas. En: Bajo Arenas y cols Editores. *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)* 2007; Cap 87: 745-751.
- IMPAC: Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Organización Mundial de la Salud 2000.
- Manual Simplificado de Atención en Salud de la Mujer. Ministerio de Salud. Proyecto Nutrición y Salud Básica Lima 2001.
- Christensen and cols. Treatment of episiotomy wound infections. Incision and drainage versus incision, curettage and sutures under antibiotic cover—a randomized trial. *Ugeskrift For Laeger [Ugeskr Laeger]* 1994 Aug 22; Vol. 156 (34), pp. 4829, 4832-3.
- Tharpe N. Postpregnancy Genital Tract and Wound Infections. *J Midwifery Womens Health* 2008; 53: 236-246.
- Nathional Health Safety Network. Surgical Site Infection Event (SSI) Internet,2009 (cited 2021) Available from:<https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscscscurrent.pdf>
- Badía J. Guirao X. Infección de sitio Quirúrgico: definición, clasificación y factores de riesgo. In: *Cirugía Clínica de infecciones quirúrgicas* Madrid: Arán; 2016.
- Kolasinski W. Surgical site infections- review of current knowledge, methods of prevention. *Pol przegl Chir (internet)* 2018 Nov.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025