



6° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria

19, 20 y 21 de noviembre de 2014

Sedes: Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center
Ciudad de Buenos Aires



Urgencias en la adolescencia

Consultas ginecológicas

Valeria Mulli

Comité de Adolescencia, SAP

valeria.mulli@hiba.org.ar

Caso clínico

Consulta a la guardia una adolescente de 12 años acompañada de su madre, tuvo un mareo mientras se estaba bañando con sensación de hipotensión. La mamá la notó muy pálida y comenta que está menstruando desde hace 15 días con pérdidas muy abundantes los últimos cuatro días.

Tuvo su menarca hace 6 meses con ciclos regulares de 5 días de duración , pérdidas normales , sin dolor.

¿ Cómo manejar esta consulta en la guardia?

Anamnesis

- **Edad ginecológica**, ritmo de los ciclos menstruales previos, características del sangrado. Objetivar las pérdidas con el “calendario pictórico menstrual”.
- **Antecedentes:** - familiares de coagulopatías, endocrinopatías, trastornos menstruales.
 - personales de enfermedades sistémicas, crónicas, endócrinas, uso de medicamentos, hormonas, traumatismos, etc.







Siempre la anamnesis se debe realizar primero con el acompañante y luego con la adolescente a solas.

- **Actividad sexual:** - Inicio de relaciones sexuales, método anticonceptivo, posibilidad de embarazo, aborto o complicación.
 - Traumatismos con desgarramiento por coito o abuso sexual.

“ Calendario pictórico menstrual”

Figure 1

Quantifying Bleeding With a Pictorial Chart

Name: Jane Doe	Day start: Nov. 5, 2009								Score: 283
Napkin	1	2	3	4	5	6	7	8	
									
									
									
Clots/flooding		25¢ x1	1¢ x3						
Tampon	1	2	3	4	5	6	7	8	
									
									
									
Clots/flooding									

Adapted from: Higham JM, et al. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. Br J Obstet Gynaecol. 1990;97(8):734-739.

- Sangrado: 1 punto si es leve
5 puntos si es moderada
20 puntos si está cargada completamente
- Coágulos : 1 punto si es < de 3 cm,
5 puntos si es > de 3 cm
- Hemorragia: suma 5 puntos

Si la suma es > de 100 en el total de los días, diagnostica hipermenorrea que se debe estudiar.

Cuestionario para pesquisar posibilidad de coagulopatías

- Menstruaciones abundantes con coágulos grandes, cambios cada hora, duración de > 7 días o limitación de actividades
- Historia de anemia
- Historia de sangrados intensos y prolongados ante procedimientos quirúrgicos, dentales o en el parto.
- Antecedente familiar de coagulopatía como: enfermedad de Von Willebrand , hemofilia, deficit de adhesividad plaquetaria o del fibrinógeno.

Este cuestionario tiene 82% de sensibilidad para pesquisar coagulopatías y de 62% en adolescentes. Asociado al calendario pictórico con puntuación > 100, aumenta a 95%.

The adolescent with Menorrhagia : Why, who and how to evaluate for bleeding disorders , H. B. Boswell, J. Pediatr Adolesc Gynecol 24(2011) 228-230.

Examen clínico

Lo primero a evaluar el estado hemodinámico: valorar la **frecuencia cardíaca, la tensión arterial, coloración de mucosas y presencia de petequias o púrpuras.**

Si está compensada continuar el examen físico general: peso, talla, índice de masa corporal, palpación tiroidea, distribución pilosa, palpación abdominal en busca de masas ocupantes.

Examen ginecológico: estadios de Tanner, presencia de galactorrea.

Si la paciente ha iniciado las relaciones sexuales, podrá realizarse una especuloscopia, sino realizar una inspección de genitales externos.

Caso clínico

- No refiere antecedentes personales ni familiares.
- No toma medicación.
- A solas niega inicio de relaciones sexuales.
- Al examen físico: FC 120/′, TA 80/50 con palidez de mucosas, sin presencia de otros signos de sangrado.
- Se solicita laboratorio, ecografía y comienza a recibir hidratación EV.

Exámenes complementarios

El diagnóstico de **hemorragia uterina disfuncional** es de exclusión y requiere descartar las otras causas de sangrado.

- Hemograma con plaquetas y frotis.
- Coagulograma completo.
- Ecografía pelviana.
- De ser necesario, prueba de embarazo.
- Dosaje de factor VIII, factor de Von Willebrand y cofactor de ristocetina

Según examen físico y antecedentes solicitar dosaje de hormonas: TSH, T4, anticuerpos antitiroideos(Ac aTPO), LH, FSH, estradiol, prolactina y andrógenos

Clasificación y conducta

Grave: se caracteriza por ciclos ininterrumpidos, incremento muy importante de la pérdida hemática, valores de Hb inferiores a 9 g/dl o cambios ortostáticos.

Deben ser **internadas** y estabilizadas con hidratación EV y de ser necesario transfusión de sangre.

Interrumpir la hemorragia uterina con una combinación de estrógenos y progesterona, IM (250 mg caproato 17 alfa OH progesterona + 10 mg benzoato de ee) cada 4 – 6 hs hasta que ceda el sangrado asociado a antieméticos y luego pasar la medicación a VO (2 mg de acetato de noretisterona + 0.01 ee) cada 6 hs con descenso de una dosis cada 2 días, hasta completar 21 días sin sangrado.

Si no cede, I/C a hematología y se puede indicar ác. tranexámico o aminocaproico.

más

Ferroterapia, IM o VO

Seguimiento

Una vez superado el episodio agudo se indica tratamiento con **progestágenos:**

- acetato de noretisterona 5 mg,
- acetato de medroxiprogesterona 100 mg ó
- progesterona micronizada 100 mg,

desde el día 5 del ciclo con 1 comprimido por 20 días y a los tres meses desde el día 14 del ciclo por 10 días , durante seis ciclos.

ó

- **Anticonceptivos orales combinados** con 0,03 EE
más
- **Ferrotterapia** por 6 meses

Clasificación y conducta

Moderada: se caracteriza por sangrado anómalo en frecuencia y/o cantidad con más de 10 días de duración, incremento importante de la pérdida hemática y valores de Hb entre 9-11 g/dl.

Si bien la anemia es importante, este tipo de hemorragia no pone en riesgo la vida de la paciente.

Requiere **tratamiento hormonal ambulatorio** para inhibir la hemorragia con **combinaciones de estrógenos y progesterona** (Primosistón) VO cada 6 hs y al ceder el sangrado descenso de 1 comp cada 2 días , hasta completar 21 días de tratamiento.

ó

Anticonceptivos orales combinados con 0,03 EE 4 comp durante 3 días, 3 comp. durante 3 días, 2 comp. durante 3 días y completar 21 días con 1 comp/día

ó

Acetato de noretisterona, 1 comp. cada 4 hs hasta que ceda y luego 1 comp. cada 6 hs durante 4 días, 1 comp. cada 8 hs durante 3 días, 1 comp. cada 12 hs durante 2 días y 1 comp./d hasta completar 21 días sin sangrados.

más

Ferroterapia VO durante 3 meses

Seguimiento

Una vez superado el episodio agudo se indica tratamiento con **progestágenos:**

- acetato de noretisterona 5 mg,
- acetato de medroxiprogesterona 100 mg ó
- progesterona micronizada 100 mg,

desde el día 5 del ciclo con 1 comprimido por 20 días y a los tres meses desde el día 14 del ciclo por 10 días , durante seis ciclos.

ó

Anticonceptivos orales combinados con 0,03 EE

más

Ferroterapia por 3 meses

Hemorragia Uterina Disfuncional

La HUD es un síndrome clínico caracterizado por hemorragia uterina irregular y excesiva, sin causa local o sistémica que la genere, es funcional.

Es un diagnóstico de exclusión, se deben descartar las otras causas.

Se presenta en los primeros 2 años de edad ginecológica relacionada a la presencia de ciclos anovulatorios, debidos generalmente a la inmadurez del desarrollo del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico.

Tiene tendencia a la recidiva y desaparece al alcanzar la madurez del eje.

Caso clínico

Consulta a la guardia una adolescente de 15 años acompañada de su novio de 16 años, solicitando anticoncepción de emergencia, por haber tenido un accidente con el preservativo.

Refiere que inició sus relaciones sexuales hace 3 meses y es la primera vez que le ocurre y está muy angustiada.

Como antecedente personal refiere recibir desde hace 2 años hormona tiroidea por hipotiroidismo, con ciclos menstruales normales.

¿ Cómo se debe manejar esta consulta?

Anticoncepción hormonal de emergencia

- Se debe utilizar posteriormente a una relación sexual sin protección o cuando falló el método que estaba usando.
- La consulta por anticoncepción en la adolescencia es una urgencia y en estos casos es la última alternativa para evitar un embarazo y se debe resolver lo antes posible.
- El levonorgestrel 1,5 mg en una dosis, es seguro, efectivo y simple de usar.
- Inhibe la ovulación y espesa el flujo cervical.
- Debe tomarse cuanto antes para aumentar su eficacia y hasta el 3er a 5to día del accidente.
- En caso de embarazo, no lo interrumpe ni afecta el desarrollo del embrión.
- No importa el momento del ciclo en que se encuentre la adolescente, se debe explicar que la menstruación puede adelantarse, producirse en fecha o atrasarse 5 días.

Levonorgestrel

- No necesita examen físico ni estudios previos , tiene criterio 1 de elegibilidad de la OMS, sin contraindicaciones.
- Se puede indicar ACO combinados al día siguiente de la toma del levonorgestrel o si vuelve a tener un accidente antes de menstruar se puede repetir la dosis.
- Tener la medicación con anticipación no aumenta las relaciones sexuales desprotegidas y asegura su uso cuando lo necesite.
- En las adolescentes que reciben medicación anticonvulsivante inductora de enzimas hepáticas o tienen IMC > 25 o 30, que disminuye la efectividad del levonorgestrel, se puede indicar 1,5 mg cada 12 o 24 hs, sin evidencia suficiente.

Otras opciones

- Método Yuzpe (200 mcg de EE + 1 mg de levonorgestrel), en las primeras 72 hs del accidente es menos efectivo y con más efectos adversos que el levonorgestrel. Requiere antieméticos.
- Colocación de DIU hasta 5to a 7mo día del accidente, es el método más efectivo y deja anticoncepción de largo plazo. CI: EPI, alergia al cobre, malformaciones uterinas y embarazo
- Aniprogéstágenos, Ulipristal, retrasa la ovulación hasta 5 días, incluso después del pico de LH con retraso de la menstruación. Se indica una dosis de 30 mg hasta el 5to día del accidente. CI: embarazo, asma no controlada y problemas hepáticos

Marco Legal

- Esta adolescente está demostrando ser competente y autónoma.
- Tiene derecho a la atención integral de salud, la salud sexual y reproductiva con información y prescripción de la anticoncepción de emergencia y a la confidencialidad.
- Se debe citar para seguimiento.