

Problemas más frecuentes en Ginecología. ¿Qué hacer?

M.J. Rodríguez Jiménez. Servicio de Ginecología y Obstetricia. H. Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Resumen

Los motivos de consulta más frecuentes de las adolescentes están relacionados con su ciclo menstrual, las infecciones y su estilo de vida afectiva y sexual. Respecto al ciclo menstrual hay una gran variedad constitucional relacionada por el inicio de la menarquia y los primeros ciclos anovulatorios. En unos casos serán por exceso y en otros por defecto. La dismenorrea constituye un motivo de consulta común ya que altera no pocas veces el ritmo de vida normal de la chica. Las infecciones, en unos casos están relacionadas con la higiene íntima y en otros con la vida sexual y afectiva. Las Infecciones de transmisión sexual son motivo de preocupación como problema de salud pública. La demanda de anticoncepción en esta edad nos lleva a valorar la edad legal que permite las relaciones sexuales consentidas a partir de los dieciséis años. Los padres y los profesionales deben estar al corriente de esta normativa. En Medicina de la Adolescencia, estos motivos de consulta son una oportunidad ideal para hacer educación para la salud, promoción de la salud, prevención primaria, valorar los riesgos que se pueden derivar de algunos comportamientos y ofrecer los servicios que la comunidad tiene para atender a los adolescentes.

Palabras clave: *Ciclo menstrual; Vida sexual; Vida afectiva; Infecciones sexuales.*

Abstract

The most common reasons for consultation of adolescents are related to menstrual cycle, infections and affective and sexual lifestyle. Regarding the menstrual cycle, there is a great physiological variety associated to the onset of menarche and the first anovulatory cycles. In some cases by excess and in others by default. Dysmenorrhea is a common reason for consultation as it often disrupts the girl's normal life. Infections may be related to intimate hygiene in some cases, and to sexual and affective life in others. Sexually transmitted infections are a public health concern. The demand for contraception leads to assessment of the legal age for consensual sexual relations after sixteen years of age. Parents and professionals must be aware of this regulation. In Adolescent Medicine, these reasons for consultation are an ideal opportunity to perform health education, health promotion, primary prevention, to assess the risks that may arise from some behaviors and to offer the services that the community has to serve adolescents.

Key words: *Menstrual cycle; Sexual life; Affective life; Sexual infections.*

La edad media de la primera menstruación o menarquia en la población española es de 12,6 años

Alteraciones menstruales de la adolescente

La edad media de la primera menstruación o menarquia en la población española es de 12,6 años, por lo que suele ser el pediatra al que se va a consultar, más que al ginecólogo, por alteraciones del ciclo, tanto por exceso como por defecto. La incidencia de dichas alteraciones se relaciona con la existencia de ciclos anovulatorios que constituyen del 55 al 82% de todos los ciclos en los primeros dos años tras la menarquia.

Alteraciones por exceso

Se debe a ciclos anovulatorios en los que el estímulo de los Estrógenos sobre el endometrio sin la oposición de la Progesterona, hace que éste prolifere desordenadamente. Son hemorragias indoloras.

La importancia de las alteraciones del ciclo por exceso es que el sangrado, por su intensidad o por su persistencia en el tiempo, puede dar lugar a anemia e incluso necesidad de transfusión. Debido a que

Las alteraciones menstruales por exceso, se debe a ciclos anovulatorios en los que el estímulo de los Estrógenos sobre el endometrio sin la oposición de la Progesterona, hace que éste prolifere desordenadamente

la patología orgánica es excepcional en la adolescencia, la mayoría de las metrorragias en la adolescente son funcionales. Su diagnóstico se basa en la anamnesis, exploración y analítica.

En cuanto a la anamnesis, además de edad de la menarquia, tipo y duración del ciclo y tiempo de evolución de las alteraciones, es interesante preguntar por antecedentes de epistaxis, gingivorragias o antecedentes familiares de enfermedades sistémicas (lupus, diabetes) o de la coagulación.

En la exploración física valoraremos el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el estado nutricional y la palidez.

La exploración ginecológica mediante tacto vaginal no es preceptiva. Es aconsejable realizar una analítica completa que nos informe de la repercusión hemodinámica del sangrado y del estado de la coagulación para descartar la existencia de una discrasia sanguínea que haya pasado desapercibida hasta entonces. No es necesario realizar estudios hormonales.

Tratamiento de las alteraciones por exceso

Las metrorragias de la adolescente no siempre necesitan tratamiento médico

Las metrorragias de la adolescente no siempre necesitan tratamiento médico y, al ser debidas en su mayoría a una inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, suelen mejorar espontáneamente. Lo importante es valorar la repercusión que tienen en la joven y vigilar la evolución del cuadro.

En el caso de metrorragias o ciclos irregulares que no tengan repercusión hemodinámica, tranquilizar a la paciente, aconsejar medidas higiénico dietéticas como reposo los días de mayor sangrado o alimentos ricos en hierro, y controlar cada 3 meses la evolución de las reglas.

Si las metrorragias causan anemia, además de un suplemento con hierro, las pacientes pueden beneficiarse de un tratamiento personalizado en el que existen varias posibilidades.

— Inhibidores de las síntesis de prostaglandinas

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) actúan inhibiendo la ciclooxigenasa y desviando la síntesis de prostaglandinas a la vía del tromboxano provocando vasoconstricción y aumento de la agregación plaquetaria. Los más utilizados son el ácido mefenámico, el naproxeno y el ibuprofeno. Con ellos se consigue una disminución del sangrado del 35% y como efecto colateral pueden mejorar la dismenorrea. No existen datos que demuestren la superioridad de uno u otro AINE en la reducción del sangrado. Sus efectos secundarios más importantes son los digestivos.

— Antifibrinolíticos

La actividad fibrinolítica es el resultado del balance entre factores activadores e inactivadores del plasminógeno. El ácido **tranexámico** (Amchafibrin®) provoca un bloqueo enzimático sobre los activadores del plasminógeno. Su uso por vía oral a dosis de 1gr /8hs reduce la pérdida sanguínea en un 50%. En los casos de sangrado agudo puede ser administrado por vía intramuscular o intravenosa. En la valoración sobre el riesgo de tromboembolismo venoso, hay un discreto aumento del mismo, pero sin significado estadístico; por ello no se aconseja mantener el tratamiento más de 5 días seguidos.

— Tratamiento médico hormonal

Estaría indicado en aquellos casos en los que precisemos una respuesta más eficaz al tratamiento, bien porque la anemia sea grave o los episodios de sangrado especialmente intensos. Para ello disponemos de:

- *Compuestos hormonales combinados no anticonceptivos* (Progyluton®): se toman durante 21 días. Con ellos conseguimos una regla al mes y de duración normal, pero la cantidad no la modifican mucho (35-50%). Su ventaja es que el E que contienen no es sintético sino natural.
- *Anticonceptivos combinados*: si necesitamos disminuir mucho la cantidad de sangre, o sospechamos que la joven tiene relaciones sexuales, es el tratamiento de elección. Reducen 70%.
- *Anticonceptivos sólo con gestágeno*: puede utilizarse por vía oral o en forma de implante. Aunque al principio con este tratamiento pueda existir un patrón de sangrado irregular, se consigue una disminución mayor del 50% en la cuantía del mismo e incluso la amenorrea.

Alteraciones por defecto: amenorreas

En las alteraciones por defecto lo importante es diferenciar si se trata de una *amenorrea primaria* relacionada con patología orgánica o un retraso constitucional o *secundaria* a enfermedades sistémicas o endocrinas.

Se habla de *amenorrea primaria* ante la ausencia de menarquia a los 14 años acompañada de falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios o a los 16 años, si éstos se han desarrollado adecuadamente.

La *amenorrea secundaria* es la ausencia de menstruación durante 6 o más meses en una joven que ya la tenía, habiendo descartado gestación.

La causa de una amenorrea puede ser orgánica, por malformaciones de tracto excretor o del útero (siempre provocan amenorrea primaria), por alteración del funcionamiento del ovario o bien de origen central, por alteraciones en hipófisis o hipotálamo.

En la amenorrea primaria la anamnesis debe recoger datos sobre el desarrollo puberal de otros miembros de la familia, porque la causa más frecuente es el retraso constitucional. Valoraremos los caracteres sexuales secundarios, el peso y talla, la existencia de galactorrea, el tamaño del tiroides y los signos de hirsutismo. Exploraremos los genitales externos, comprobando la permeabilidad del himen.

La amenorrea secundaria, descartando patología tiroidea o hiperprolactinemia, va a ser de origen central (lo más frecuente) o por anovulación. Mediante la anamnesis y la exploración descartaremos en primer lugar un embarazo, valoraremos el estado nutricional de la paciente mediante determinación del índice de masa corporal (IMC) y buscaremos signos de androgenización como acné, alopecia y presencia de vello en pezón, surco intermamario o línea alba.

Las pruebas analíticas deben incluir la determinación de hormonas tiroideas (para descartar hipo o hipertiroidismo como causa de amenorrea), prolactina (una hiperprolactinemia funcional o debida a tumor hipofisario causa amenorrea con o sin galactorrea), estrógenos, progesterona y andrógenos (para valorar producción ovárica) y LH y FSH (que en el caso de estar elevadas hablarían un fallo ovárico y de ser bajas, de una amenorrea de causa central).

Dismenorrea

Uno de los motivos más frecuentes de consulta es el dolor menstrual. Dado que la dismenorrea primaria sólo se presenta en los ciclos ovulatorios, la historia clínica suele iniciarse 6-12 meses tras la menarquia, cuando la ovulación empieza a regularizarse.

El dolor en la dismenorrea en general es de tipo espasmódico, más intenso en hipogastrio y que puede irradiarse hacia atrás y los muslos. Se inicia unas horas antes de la menstruación y alcanza su acmé en el 1º día de la regla. El cuadro puede durar desde unas horas hasta 2-3 días y en más de la mitad de los casos se acompaña de náuseas o vómitos (89%), astenia (85%), diarrea (60%), mareo, cefalea (60%).

Tratamiento de la dismenorrea

Los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas (AINE) constituyen el primer peldaño del tratamiento. La administración se realiza durante los 2 o 3 primeros días de la regla, no habiéndose comprobado la utilidad de su toma en días previos. Para valorar su eficacia es necesario mantener los tratamientos 5-6 meses e incluso cambiar de uno a otro compuesto hasta conseguir el más eficaz para cada paciente.

Cuando a pesar de ellos persiste el dolor, está indicado el tratamiento con un anticonceptivo, con el que mejorará el dolor menstrual hasta en el 90% de los casos.

Vulvovaginitis

La vulvovaginitis es una de las quejas ginecológicas más comunes que se presentan en las adolescentes. Vulvovaginitis es, por definición, inflamación de la vulva y la vagina, y en la adolescencia suelen tener una causa específica. Los síntomas típicos son la irritación vulvar que puede incluir ardor y picor con o sin aumento del flujo vaginal. Las infecciones vaginales más comunes en la adolescencia incluyen micosis, vaginosis bacteriana e infecciones de transmisión sexual (ITS).

En el examen genital externo, se debe inspeccionar la piel para detectar eritema, irritación, verrugas genitales o ulceraciones y cualquier signo de trauma. Un examen con espéculo es útil para evaluar el flujo vaginal, ya que la naturaleza del flujo puede ayudar a identificar la etiología.

En las alteraciones por defecto lo importante es diferenciar si se trata de una amenorrea primaria relacionada con patología orgánica o un retraso constitucional o secundaria a enfermedades sistémicas o endocrinas

La dismenorrea primaria sólo se presenta en los ciclos ovulatorios, la historia clínica suele iniciarse 6-12 meses tras la menarquia, cuando la ovulación empieza a regularizarse

Las infecciones vaginales más comunes en la adolescencia incluyen micosis, vaginosis bacteriana e infecciones de transmisión sexual (ITS)

- **Leucorrea fisiológica:** las adolescentes suelen mostrarse preocupadas por la secreción vaginal de color blanco claro, no maloliente y crónico. La leucorrea fisiológica es normal, por lo que se recomienda tranquilizarla. Evitar los irritantes y mantener una buena higiene vulvar, con cambio de braguita si es necesario.
- **Infección por hongos:** suele ser causada por *Candida albicans*. Los síntomas de presentación generalmente incluyen un flujo vaginal blanco espeso, similar a leche cortada, purito vaginal, eritema, malestar y disuria. Las candidas vulvovaginales se tratan típicamente con azoles tópicos u orales que tienen una eficacia similar y una eficacia del 80-90%.
- **Vaginosis bacteriana:** es una infección polimicrobiana que produce un cambio en la flora vaginal con una disminución del lactobacilo productor de peróxido de hidrógeno y un crecimiento excesivo de organismos anaeróbicos facultativos. No es una infección de transmisión sexual. Clínicamente se presenta como una leucorrea grisácea con olor a pescado. El tratamiento se realiza mediante metronidazol, clindamicina o cloruro de decualinio (Fluomizin).

Infecciones de transmisión sexual en adolescentes

En EE.UU. una de cada 4 mujeres adolescentes padecen una ITS

Las ITS son frecuentes entre los adolescentes. En Estados Unidos, los estudios de vigilancia epidemiológica sugieren que aproximadamente el 50% de las infecciones se diagnostican en adolescentes y jóvenes, esto es entre los 15 y los 24 años. Y que aproximadamente 1 de cada 4 mujeres adolescentes padecen una ITS.

También son frecuentes las recurrencias: el 40% de las infecciones por clamydias y gonococos afectan a adolescentes previamente infectados por esos microorganismos. Y esa proporción va en aumento. Muchos adolescentes se reinfectan pocos meses después de una infección ya tratada. Y hay que tener en cuenta que la adquisición de ITS repetidas es un factor de riesgo para la infección por VIH. En los adolescentes la transmisión sexual es la principal vía de contagio de VIH.

Existen varios factores que hipotéticamente contribuyen a que los adolescentes sean más susceptibles de adquirir una ITS.

Biológicos

- **Ectopia cervical.** De forma fisiológica, la inmadurez cervical se manifiesta como un área de ectopia con epitelio columnar. Este parece ser más susceptible que el epitelio escamoso a la colonización por gérmenes como *N. gonorrea*, *C. trachomatis* y HPV.
- **Inmadurez inmunológica:** hay estudios que demuestran en las adolescentes niveles de IgA secretora menores a nivel del moco cervical que en las adultas.
- **Microbioma vaginal:** la susceptibilidad también se puede ver influenciada por la composición de la flora vaginal.

Conductuales

Son más importantes que los biológicos a la hora de describir el riesgo de adquisición de ITS.

- **Inicio precoz de la actividad sexual:** en estudios americanos se comprobó que el 29% de las adolescentes sexualmente activas tenían test positivo para clamydias y que la máxima prevalencia se daba en las de 14 años.
- **Múltiples parejas, nuevas parejas o parejas con múltiples parejas.**
- **Uso inconsistente de los preservativos,** especialmente entre las parejas "estables".
- **Consumo de alcohol o sustancias.**
- **Grupo de pares:** influye fuertemente. A la vez que se independiza de los padres, el adolescente se identifica con los pensamientos, valores y sentimientos del grupo, aunque progresivamente se van diferenciando las necesidades propias. Puede ser un modelo positivo de influencia o negativo.

Los condicionantes conductuales en adolescentes son más importantes que los biológicos a la hora de describir el riesgo de adquisición de ITS

Desde la reforma del Código Penal en el año 2015 la edad mínima para tener relaciones sexuales consentidas se ha fijado en los 16 años

Anticoncepción en la adolescencia

Desde la reforma del Código Penal en el año 2015 la edad mínima para tener relaciones sexuales consentidas se ha fijado en los 16 años. Ello puede llevar a plantear dudas sobre cuál debe ser la actuación médica ante la demanda de anticonceptivos.

Las recomendaciones desde la perspectiva legal serían las siguientes:

1. Mantener la entrevista clínica con la menor y realizarle el asesoramiento anticonceptivo que corresponda para evitar incurrir en la desatención.
2. Informar objetivamente a la menor de la situación legal que se produce, es decir, de que el Código Penal fija la edad para consentir las relaciones sexuales en los 16 años cumplidos y las implicaciones que esto puede tener para la otra parte.
3. Informarle de que, como consecuencia de la normativa anterior, para instaurar un tratamiento anticonceptivo se aconseja venir con alguno de sus padres o representantes legales para que lo consientan.

Preservativo masculino

Es el método anticonceptivo más utilizado por los adolescentes. El preservativo no tiene contraindicaciones, no precisa supervisión médica y es asequible. Sus inconvenientes principales radican en que ambos miembros de la pareja han de estar muy motivados para utilizarlo, en la necesidad de negociarlo y en usarlo correctamente.

Su uso, asociado a la anticoncepción hormonal o al dispositivo intrauterino (Doble método), ofrece una elevada seguridad anticonceptiva y de protección frente a las ITS, lo que lo hace especialmente indicado en la adolescencia.

No debemos presuponer que lo sepan utilizar. Hay que instruirlos/as en un uso correcto (p. ej., aprender a colocarlos en modelos anatómicos, y animar a los varones a ponerse uno antes de iniciar las relaciones coitales para habituarse). En los adolescentes que ya lo utilizan, hay que preguntar sobre su uso en todos los coitos y su colocación adecuada a lo largo de todo el coito.

El miedo a la disminución del placer sexual, las dificultades para negociarlo con la pareja, la falta de información y la asociación de su empleo con relaciones sexuales promiscuas son aspectos que condicionan su utilización y que el profesional de la salud deberá prever y negociar.

Anticonceptivo hormonal

Para la prescripción de este método se deben recabar datos sobre:

- Antecedentes familiares y personales: anamnesis orientada a descartar factores de riesgo: antecedentes familiares de patología trombótica o vascular en <45 años.
- Edad de menarquia, tipo menstrual, enfermedades ginecológicas, embarazos o abortos...
- Hábitos tóxicos.
- Examen clínico y determinaciones analíticas: no son imprescindibles. Solo es necesario la toma de tensión arterial y pesar a la joven.

La medicalización excesiva de la anticoncepción puede ser disuasoria para el acercamiento del adolescente a los servicios.

Ante la gran diversidad de **anticonceptivos hormonales combinados** que existen en el mercado, en la adolescente debemos elegir:

- Dosis de estrógeno media: 30 o 35 microgramos de etinilestradiol.
- Gestágeno de mayor seguridad: son los compuestos que contiene levonorgestrel o norgestimato.
- Gestágenos de acción antiandrogénica: en aquellas jóvenes con acné o hirsutismo se optará por los compuestos de ciproterona, espironolactona, clormandinona o dienogest.
- Menor impacto económico: actualmente están financiados los compuestos de levonorgestrel, norgestimato y dienogest.

Los anticonceptivos hormonales combinados se encuentran en forma de píldoras, anillo vaginal (mensual) o parche transdérmico (semanal).

La eficacia de los **anticonceptivos sólo con gestágeno** es muy alta y, además, disminuye la incidencia de dismenorrea. Está especialmente indicada en las adolescentes que presenten contraindicaciones a los estrógenos. Su principal inconveniente radica en los posibles cambios del patrón de sangrado, por lo que las adolescentes deberán estar muy bien informadas sobre ellos y aceptarlos (sangrado frecuente, sangrado infrecuente, ausencia de sangrado, manchado intermenstrual).

El preservativo no tiene contraindicaciones, no precisa supervisión médica y es asequible

La medicalización excesiva de la anticoncepción puede ser disuasoria para el acercamiento del adolescente a los servicios

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. Respecto a los problemas menstruales, ¿cuál de estas afirmaciones cree que es la acertada?**
 - a) La edad media de la menarquia en España es de 12,6 años.
 - b) Entre el 50 y el 80% son ciclos anovulatorios en los dos primeros años de la menarquia.
 - c) La dismenorrea constituye un motivo muy frecuente de consulta.
 - d) El pediatra es el primero en consultar antes que al ginecólogo.
 - e) Todas son ciertas.

- 2. Sobre la Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), una de las siguientes razones no contribuye hipotéticamente a facilitarlas.**
 - a) La ectopia cervical.
 - b) La inmadurez inmunológica.
 - c) La microbiota vaginal.
 - d) El inicio tardío de la actividad sexual.
 - e) Las múltiples parejas o parejas nuevas.

- 3. Respecto a la prescripción de la anticoncepción hormonal, indique cual de estas afirmaciones no es la correcta:**
 - a) Se deben recabar datos personales o familiares de enfermedad tromboembólica.
 - b) Los hábitos tóxicos (tabaquismo) no influyen en la prescripción.
 - c) Es necesario tomar la tensión arterial y saber el peso.
 - d) La eficacia de las anticonceptivos sólo con gestágenos es muy alta y además disminuye la incidencia de dismenorrea.
 - e) Sería conveniente conocer la edad de la menarquia, tipo menstrual y si ha habido embarazos o abortos.

Respuestas en la página 78.e10