SEMINARIO SOBRE PROBLEMAS GINECOLÓGICOS DE LA ADOLESCENCIA

M.JOSE RODRIGUEZ JIMENEZ
H.U.INFANTA SOFIA.
S.SEBASTIAN DE LOS REYES.MADRID

12º curso actualización pediatría AEPap 2015

Objetivos

- Repasar la patología ginecológica más frecuente
- Aclarar dudas que se plantean en la práctica
- ¿Cuándo solicitar interconsulta al especialista?
- Insistir en conductas preventivas en la adolescencia de problemas que aparecerán durante la madurez.

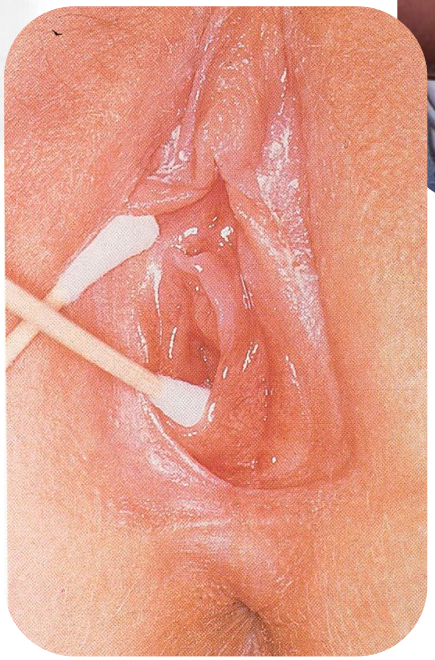
Motivos de consulta ginecológica en adolescencia

- ✓ **Patología vulvar**: configuración de genitales externos, vulvovaginitis
- ✓ **Dolor abdominal**, para descartar patología ginecológica
- ✓ **Trastornos del desarrollo de la pubertad**
- ✓ **Trastornos de la menstruación**
- ✓ **Alteraciones mamarias**
- ✓ **Signos de hiperandrogenismo**
- ✓ **Información sobre temas salud sexual y anticoncepción**
- ✓ **Demanda de anticoncepción**
- ✓ **Embarazo**

Visita ginecológica de la adolescente

- Establecer presencia de acompañantes
- Exploración física general
- Exploración ginecológica:
  - Confirmar la normalidad del aparato genital
  - diagnosticar la existencia de patología
  - tomar muestras para pruebas complementarias

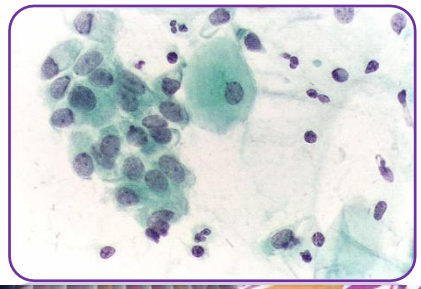
Exploración ginecológica de la adolescente



Pruebas complementarias

- Ecografía

- Citología cervico-vaginal /exudado vaginal



Vulvovaginitis de la adolescencia

- ✓ **Inespecíficas**

- ✓ **Específicas:** ligadas al comienzo de la actividad sexual:

  factores de comportamiento

  factores psicológicos

  factores biológicos

12° curso actualización pediatría AEPap 2015

Vulvovaginitis de la adolescencia

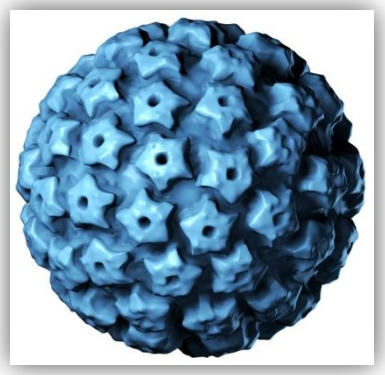
- ✓ **Infecciones que cursan con leucorrea:**
  - vaginosis bacteriana
  - candidiasis
  - trichomoniasis

- ✓ **Infecciones que cursan con úlceras:**
  - herpes genital 20%

- ✓ **Infecciones que cursan con uretritis-cervicitis.**
  - gonococia 7%
  - chlamydias del 0,1 al 1,6%

- ✓ **Verrugas genitales e infección por HPV** : 40 %

Infección VPH en adolescentes

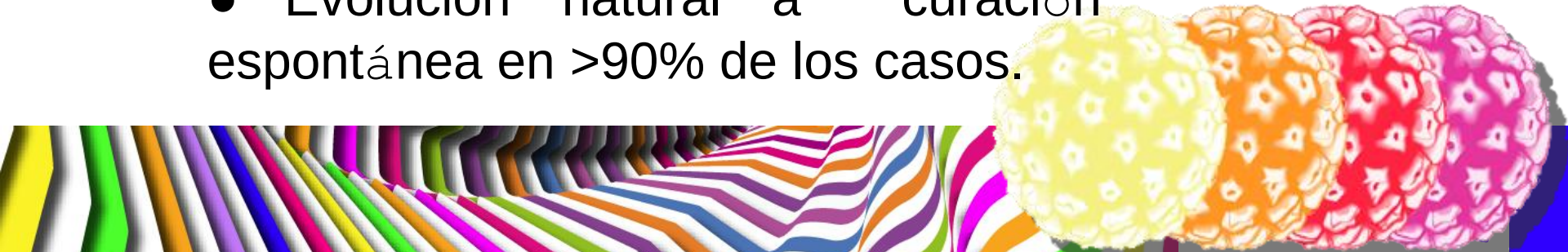


- Infección mas prevalente que afecta al tracto genital inferior .

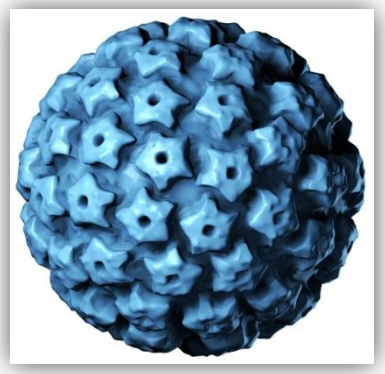
- Prevalencia de infecciones subclínicas :40 % de los adolescentes

- Tasas de infección anual 10-15 % (condilomas 0.18%)

- Evolución natural a curación espontánea en >90% de los casos.



Vacunación frente VPH en adolescentes



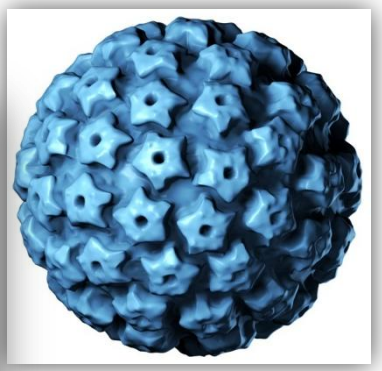
- ¿Por qué financiar una vacuna para una patología poco prevalente?

- ¿Su administración puede crear una sensación de falsa seguridad en los adolescentes?

- ¿Por qué administrarla a edad tan temprana si no va a ser útil hasta mucho tiempo después?¿Por qué no esperar a la mayoría de edad y que sea voluntaria?

- ¿Es segura su administración?

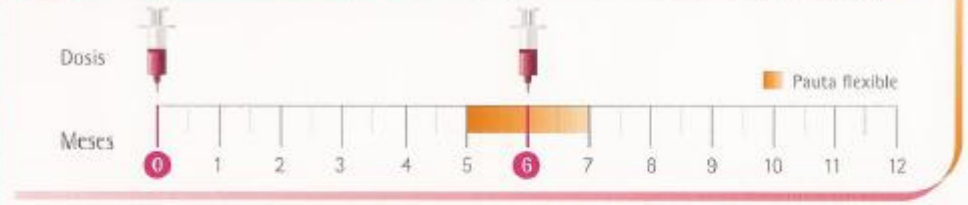
Vacunación frente VPH en adolescentes



PAUTAS DE VACUNACIÓN[1]

Si la segunda dosis de la vacuna se administra antes de que transcurran 5 meses desde la administración de la primera dosis, se debe administrar siempre una tercera dosis independientemente de la edad del sujeto.

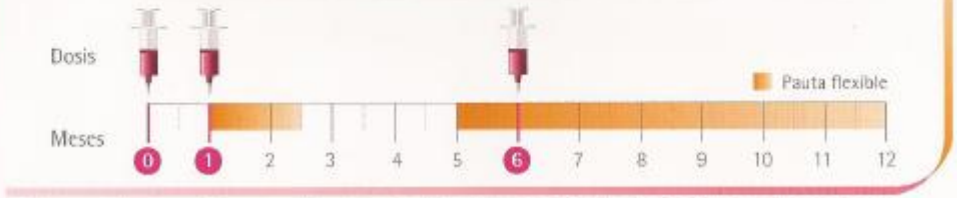
NUEVA Pauta DOS DOSIS: 0 y 6 meses — De 9 a 14 años (Inclusive)* — Cervarix®



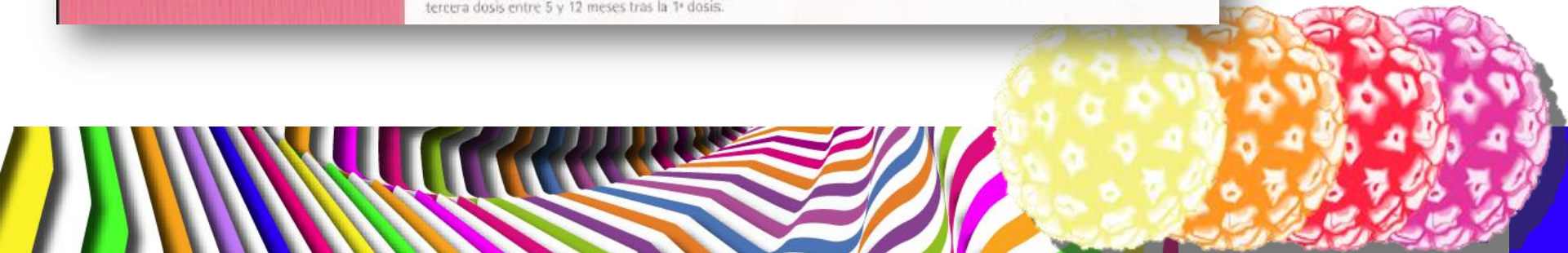
* El esquema de vacunación recomendado es de dos dosis, cada una de 0,5 ml, a los 0, 6 meses. En caso de que se requiera flexibilidad para la inmunización, la segunda dosis deberá ser administrada entre 5 y 7 meses tras la 1ª dosis.

No se ha establecido la necesidad de una dosis de recuerdo.
Se recomienda que los sujetos que recibieron una primera dosis de Cervarix® completen el ciclo de vacunación con Cervarix®.

Pauta TRES DOSIS: 0, 1 y 6 meses — A partir de 15 años**



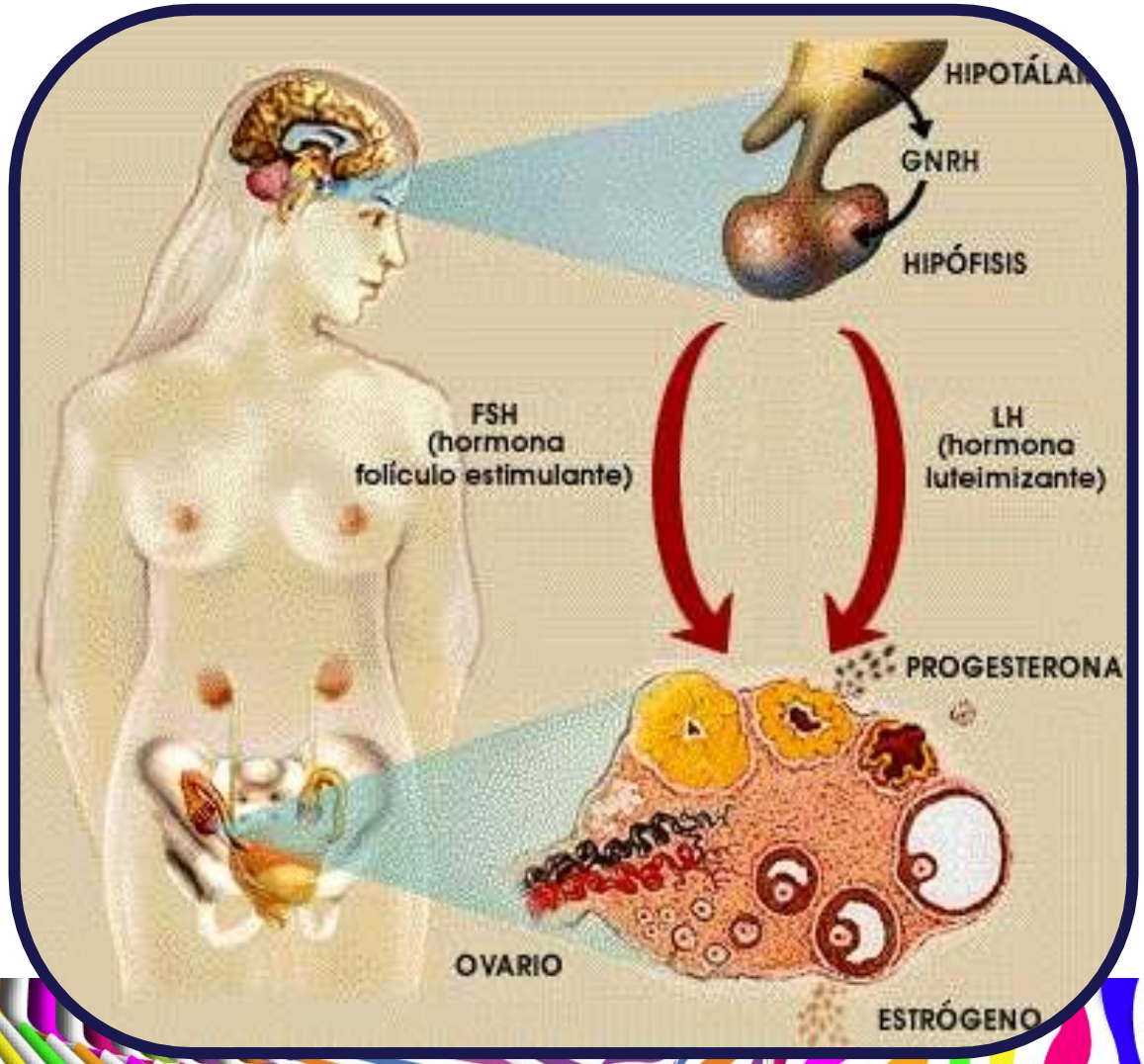
** El esquema de vacunación recomendado es de tres dosis, cada una de 0,5 ml, a los 0, 1, 6 meses. En caso de que se requiera flexibilidad para la inmunización, la segunda dosis deberá ser administrada entre 1 y 2,5 tras la 1ª dosis y la tercera dosis entre 5 y 12 meses tras la 1ª dosis.

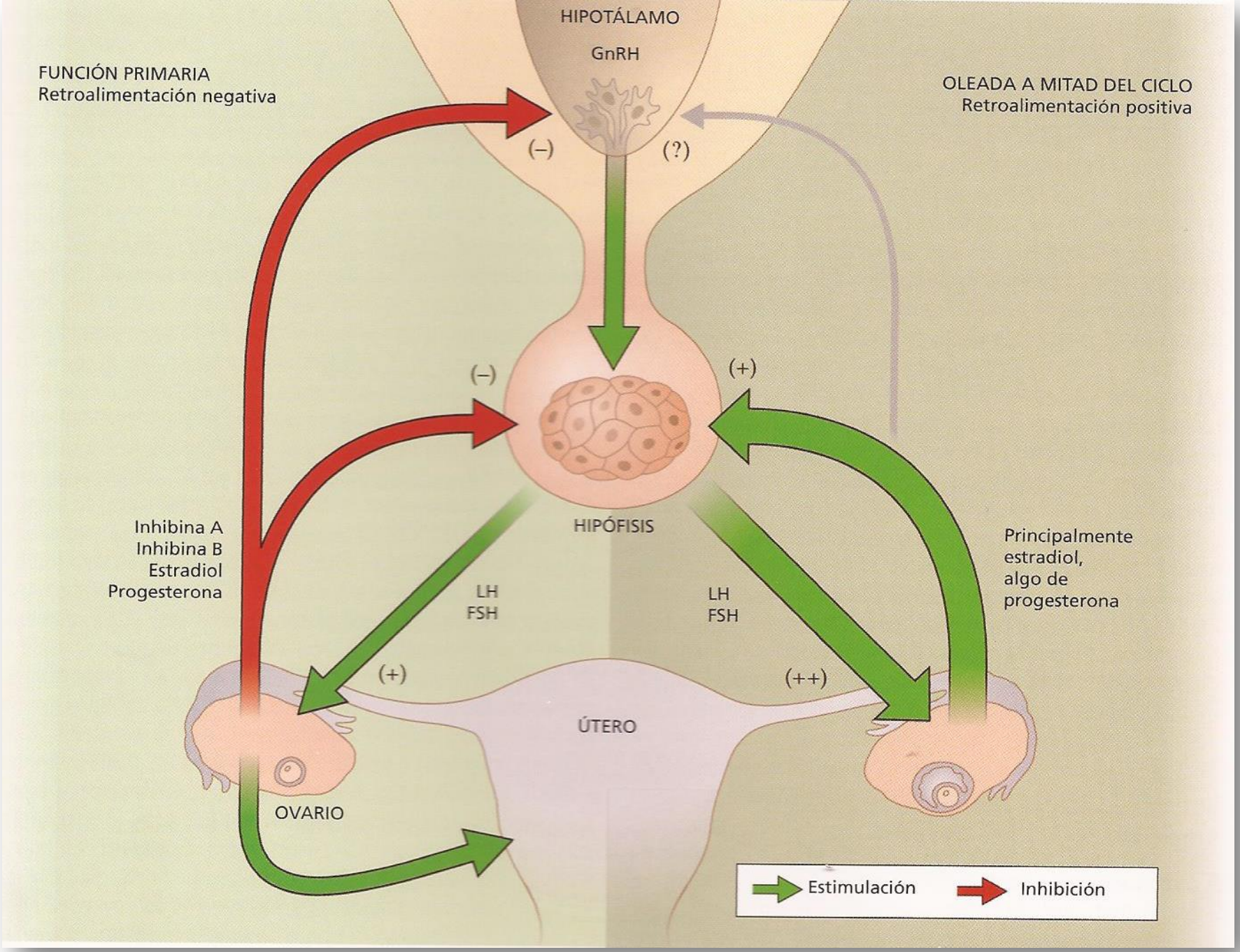


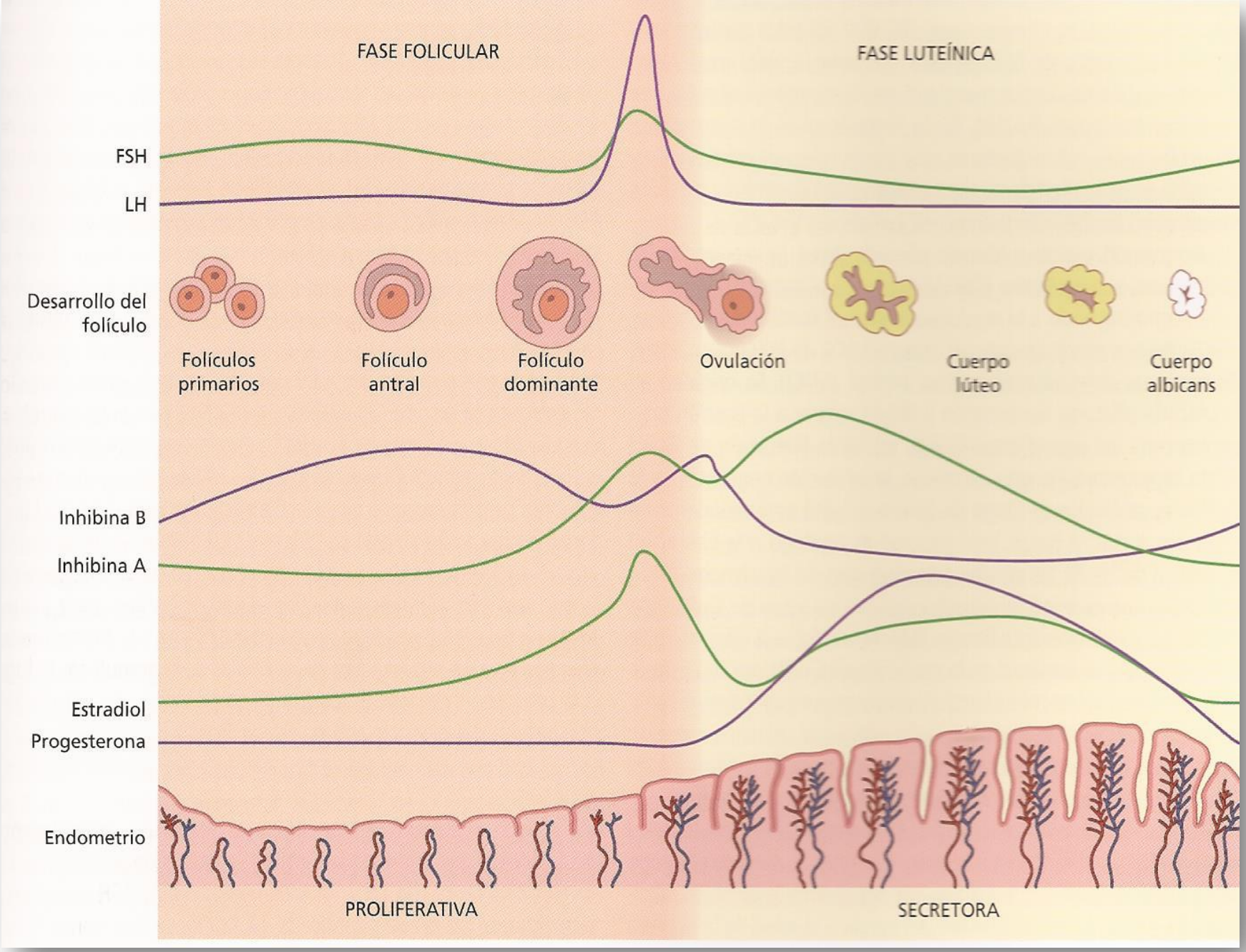
ULCERA DE LIPSCHUTZ

- múltiples,profundas y dolorosas
- contexto de cuadro pseudogripal
- recidivantes hasta la menarquia
- tratamiento: clobetasona

CICLO MENSTRUAL NORMAL




HIPOTÁLAMO
GnRH
FUNCIÓN PRIMARIA
Retroalimentación negativa
OLEADA A MITAD DEL CICLO
Retroalimentación positiva
(–)
(?)
(–)
(+)
HIPÓFISIS
Inhibina A
Inhibina B
Estradiol
Progesterona
LH
FSH
LH
FSH
Principalmente
estradiol,
algo de
progesterona
(+)
(++)
ÚTERO
OVARIO
Estimulación
Inhibición


FASE FOLICULAR
FASE LUTEÍNICA
FSH
LH
Desarrollo del folículo
Folículos primarios
Folículo antral
Folículo dominante
Ovulación
Cuerpo lúteo
Cuerpo albicans
Inhibina B
Inhibina A
Estradiol
Progesterona
Endometrio
PROLIFERATIVA
SECRETORA

DIMENSIONES DE LA MENSTRUACION Y DEL CICLO MENSTRUAL	TERMINO DESCRIPTIVO	LIMITES NORMALES
FRECUENCIA DEL PERIODO (días)	Frecuente Normal Infrecuente	<24 24-38 >38
REGULARIDAD DE LA MENSTRUACION (variación ciclo a ciclo a lo largo de 12 meses, en días)	Ausente Regular Irregular	- Variación ±2-20d. Variación >20 d.
DURACION DEL SANGRADO (días)	Prolongado Normal Acortado	>8 4-8 <4
VOLUMEN DE LA PERDIDA MENSTRUAL MENSUAL (ml)	Fuerte Normal Ligero	>80 5-80 <5

Frasser IS, Critchley HOD, Munro MG, Broder M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding?. Human Reproduction Vol.22,No.3pp. 635-643.2007

ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL

SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE :

- por cantidad
- por duración
- por frecuencia

SANGRADO MENSTRUAL ESCASO

-por la frecuencia

ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL

SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE :

- por cantidad
- por duración
- por frecuencia

" HEAVY MENSTRUAL BLEEDING"

SANGRADO MENSTRUAL ESCASO

-por la frecuencia

METRORRAGIA JUVENIL

1.- Hacer un diagnóstico diferencial

2.- Valorar el estado de la paciente

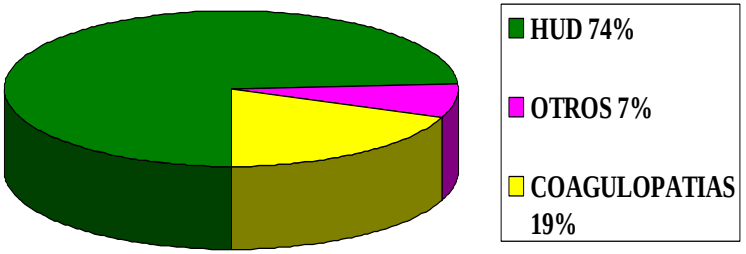
3.- Hacer un tratamiento individualizado

4.- Control evolutivo del cuadro hasta su resolución

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

¿Hemorragia orgánica o funcional?

¿Por inmadurez del eje Hipotálamo-Hipófisis-ovario o secundaria a otra patología?



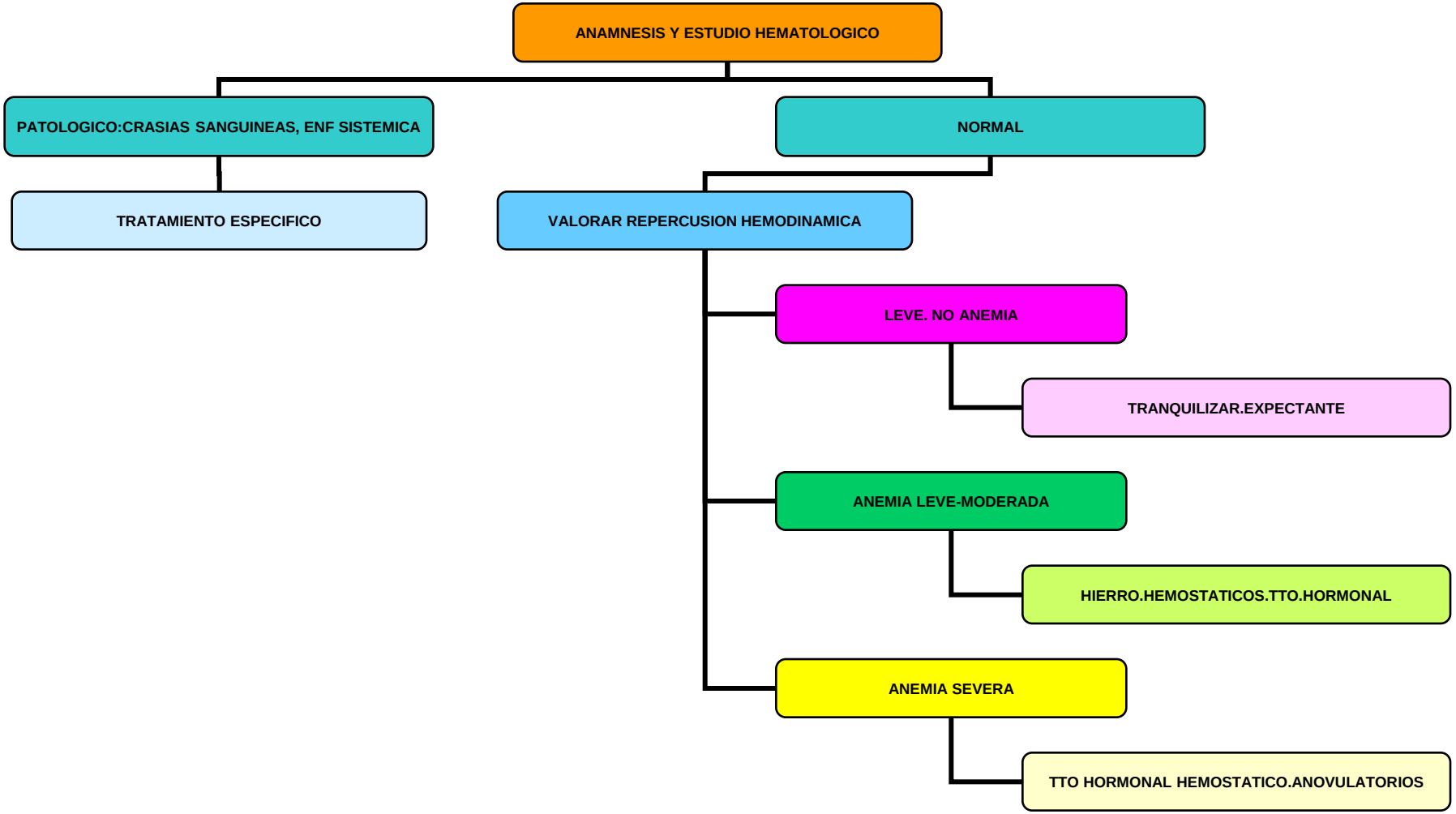
VALORACIÓN DE LA PACIENTE

- Anamnesis
- Exploración física
- Exploración ginecológica
- Ecografía pélvica
- Pruebas de Laboratorio

- ✓ El **objetivo** de la valoración es determinar qué adolescentes necesitan tratamiento y en cuáles podemos ser expectantes.

- ✓ La **finalidad** del tratamiento es:
  - detener el sangrado
  - prevenir las recurrencias
  - recuperar a la paciente de su anemia

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE METRORRAGIA JUVENIL



TRATAMIENTO NO HORMONAL DEL SANGRADO MENSTRUAL EXCESIVO

- ✓ Fármacos hemostáticos :
  - ✓Acido tranexámico (Amchafibrin®)
- ✓ AINES :
  - ✓Acido mefenámico (Coslan ®)
- ✓Hierro

ANTICONCEPTIVOS

- Reducen el sangrado hasta 60%
- Los más útiles, los monofásicos
- Usar anticonceptivos de 35 o30 mcg de EE
- Si la anemia es grande y el flujo abundante, se puede reducir el descanso a 4-5 días o hacer pauta continua

GESTÁGENOS

✓En caso de contraindicación de E o si la familia o la joven son reacios al tratamiento con anticonceptivos.

✓ Se utilizan Acetato de Medroxiprogesterona 10mgr/d o PG natural 200mgr/durante 10-12 días comenzando el día 14 del ciclo.

✓No disminuye tanto la cantidad, pero consigue ciclos de 28 días

COMPUESTOS E+PG NO ANTICONCEPTIVOS:

- contienen E naturales
- regularizan el ciclo
- disminuyen menos la cantidad de sangrado

TRATAMIENTO	METRORRAGIA	JUVENIL
Hemostático: • Amchafibrin®	Ac Tranexámico	1/8hs los días de mayor sangrado
Estrógeno+Progesterona no anticonceptivo: •Progyluton® •Climen® •Perifem®	Valerato E2+norgestrel Valerato E2+ciproterona Valerato E2+medroxipg	1 al día durante 21 días
Gestágenos: •Progevera ®5 mgrs •Progeffik® •Utrogestan®	A.Medroxiprogesterona PG micronizada	1 al día durante 10 días empezando a los 15 días de iniciar regla
Anticonceptivos	Etinilestradiol+gestageno	

ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL

SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE :

- por cantidad
- por duración
- por frecuencia

" HEAVY MENSTRUAL BLEEDING"

SANGRADO MENSTRUAL ESCASO

-por la frecuencia

AMENORREA

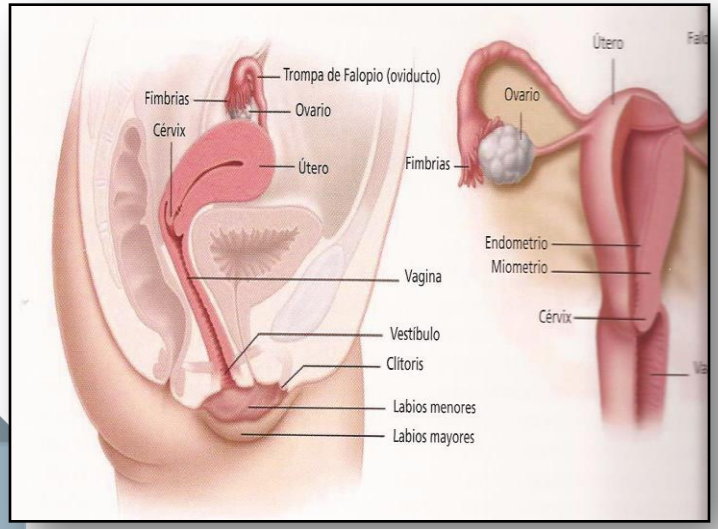
AMENORREA PRIMARIA:

- A los 14 años sin caracteres sexuales secundarios
- A los 16 años con caracteres sexuales secundarios

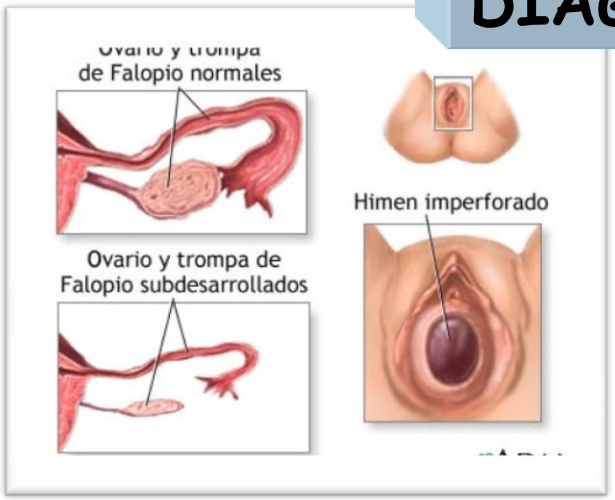
AMENORREA SECUNDARIA:

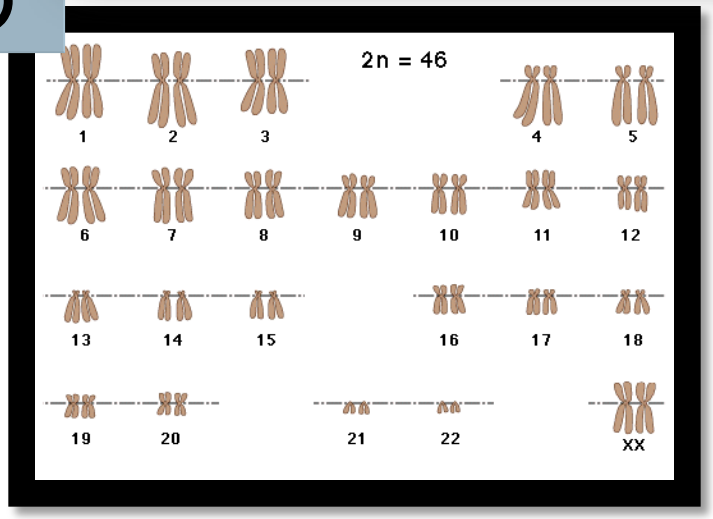
- Ausencia de regla ≥ 6 meses

AMENORREA PRIMARIA

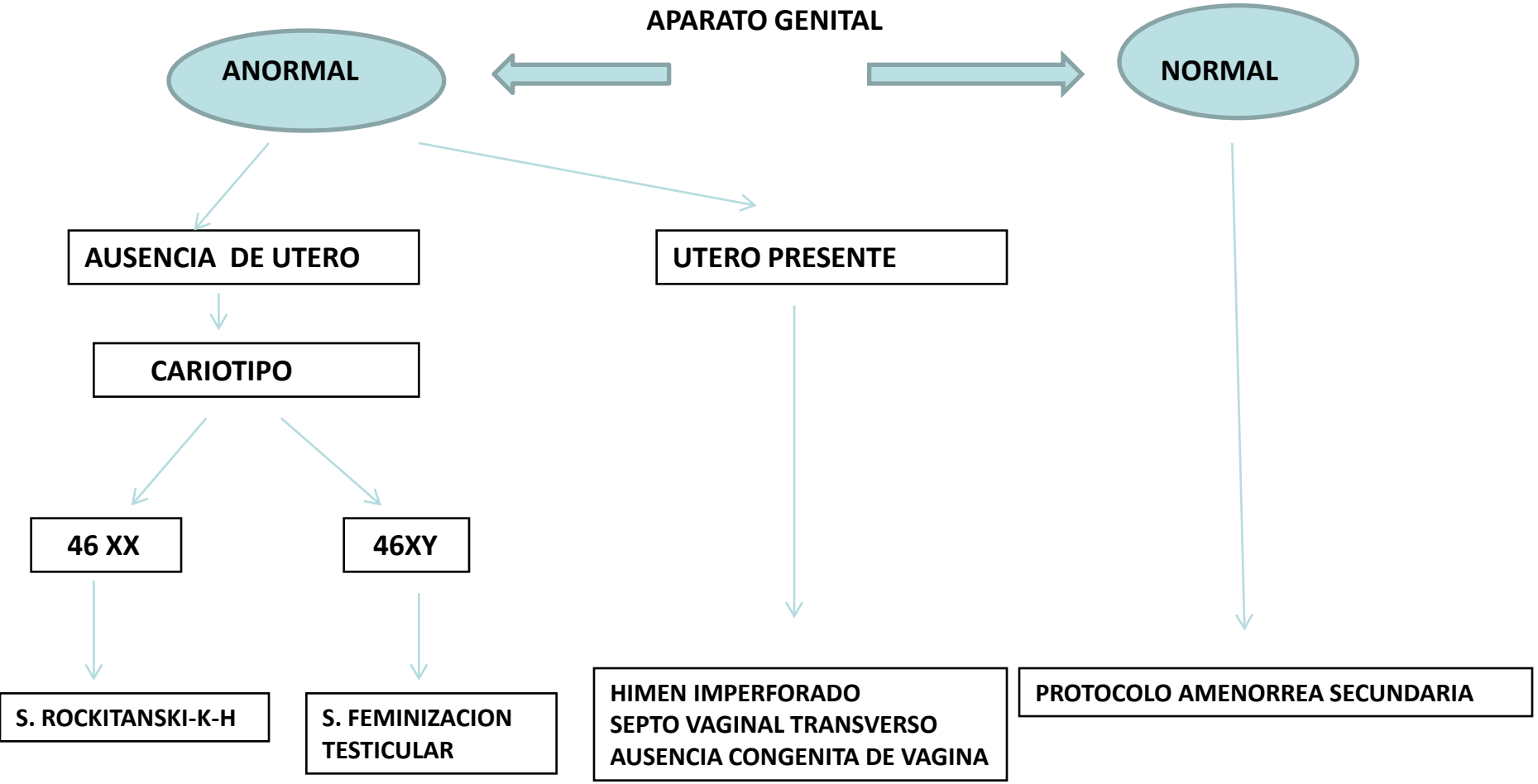


ORIENTAR EL DIAGNOSTICO

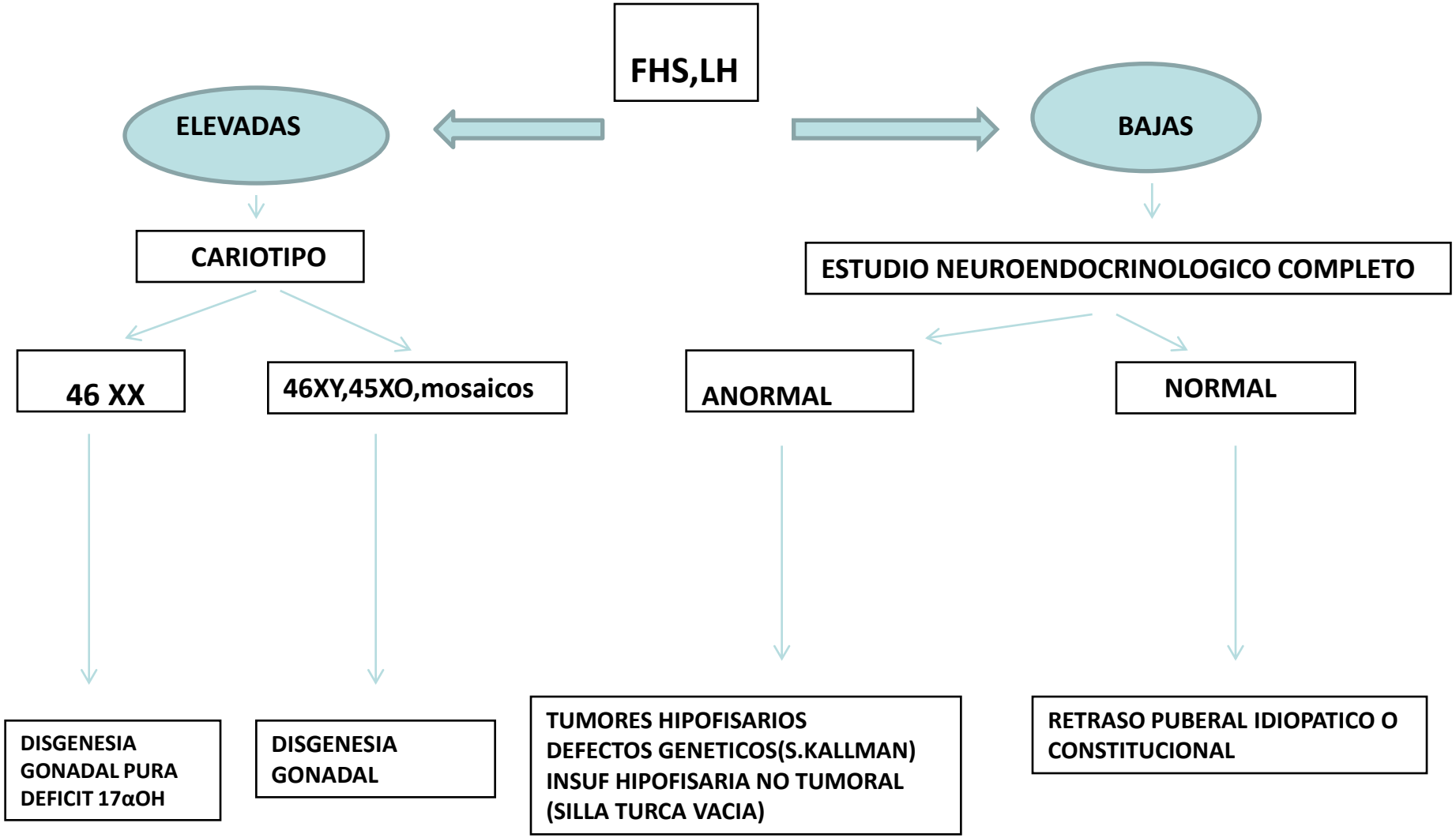




AMENORREA PRIMARIA CON DESARROLLO DE CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS

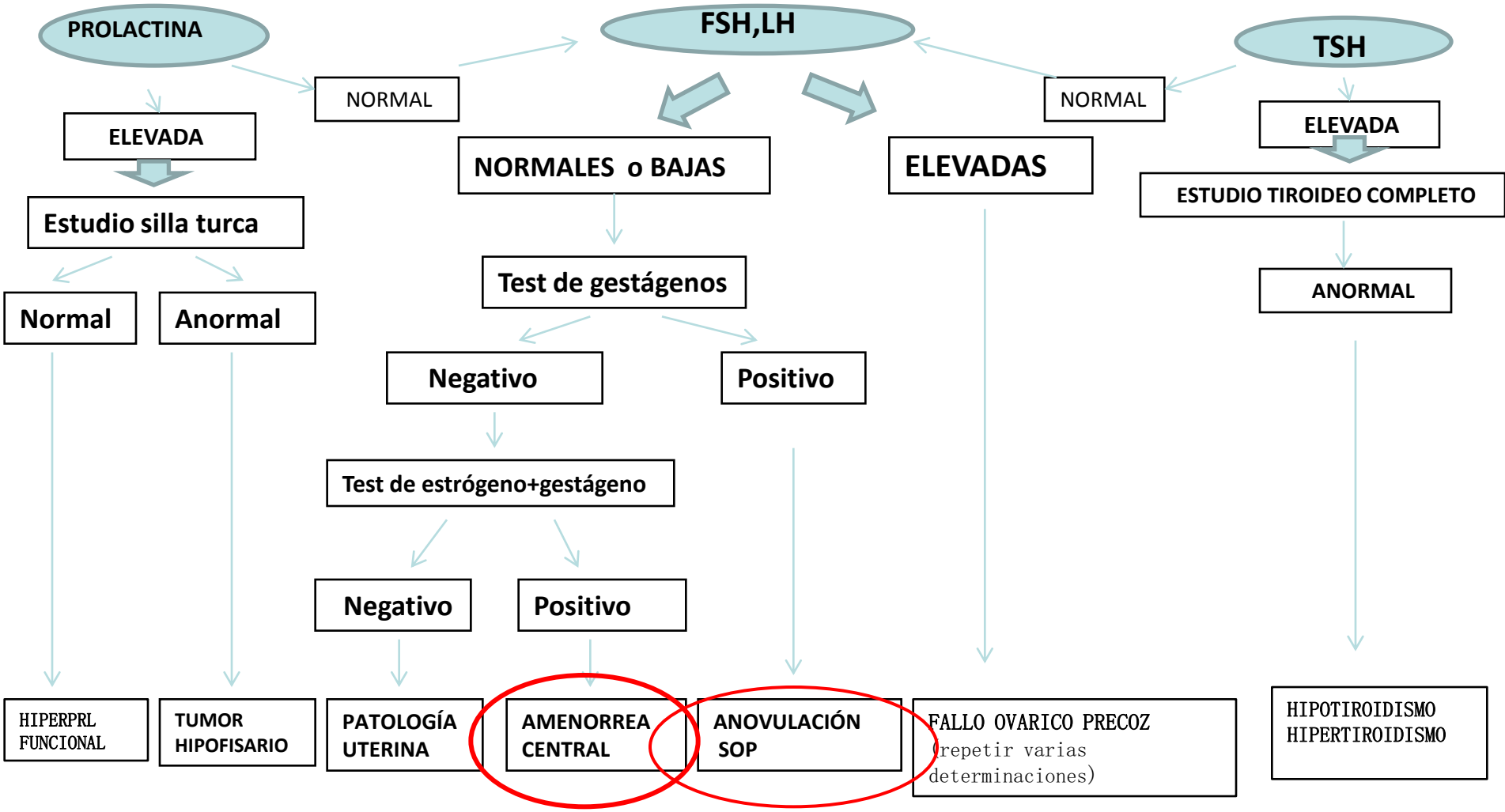


AMENORREA PRIMARIA SIN DESARROLLO DE CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS



AMENORREA SECUNDARIA

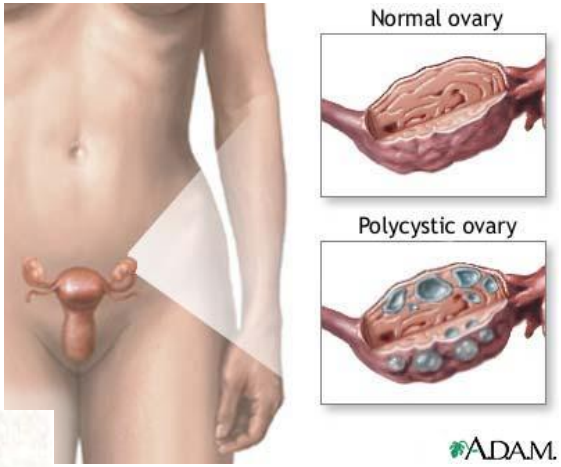
Historia clínica, exploración física, analítica y test de gestación negativo



AMENORREA SECUNDARIA

1. CAUSA CENTRAL

2. CAUSA OVARICA



Anticoncepción en adolescentes

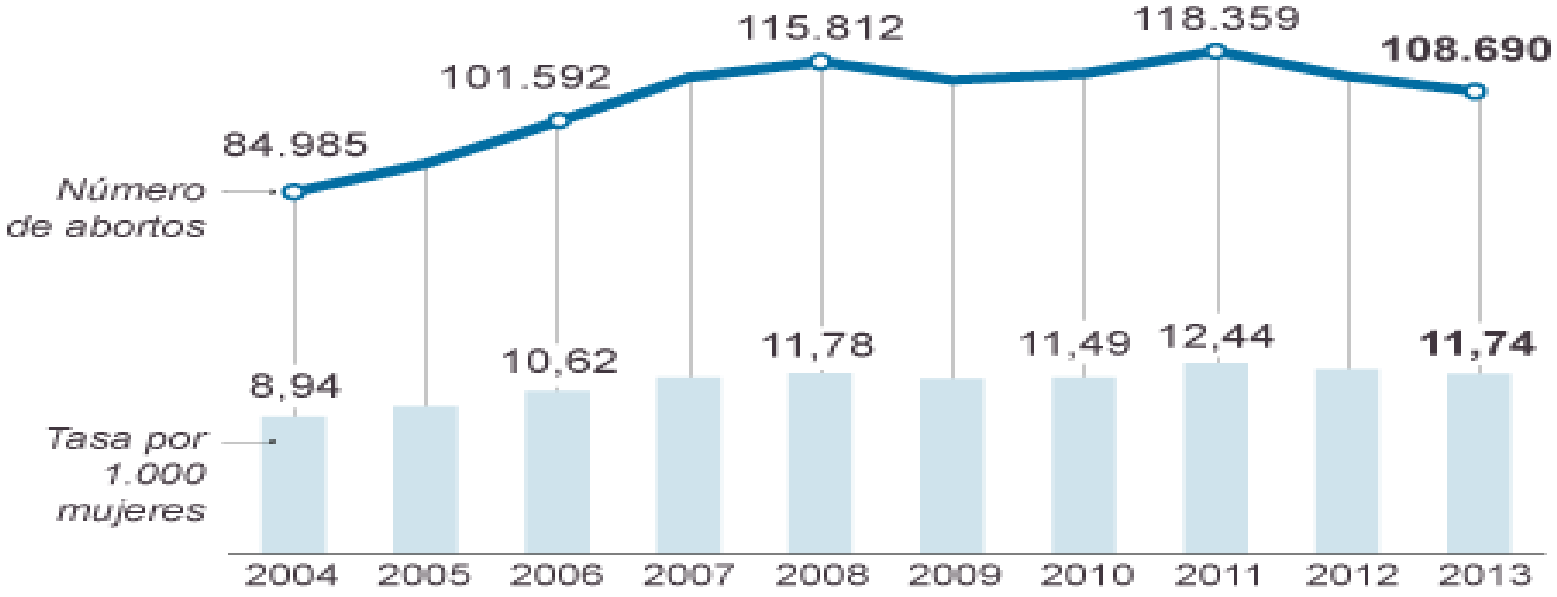
- ✓ La edad media de la primera relación sexual es de 17años+3 meses sin diferencias entre chicos y chicas
- ✓ Un 12% de los adolescentes han tenido su primera relación antes de los 15 años
- ✓ La utilización de métodos anticonceptivos mejora entre los españoles pero no en inmigrantes y jóvenes con menor nivel educativo y social
- ✓ En el año 2010 la tasa de embarazo en mujeres de 15 a 19 años en España fue de 23,36 por mil. La proporción de abortos sobre embarazos fue del 54,52%. En el mismo año 2010 se produjeron 25904 embarazos y 14122 abortos

•Informe sobre la juventud en España. INJUVE 2012

•Instituto Nacional de Estadística y del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales 2012

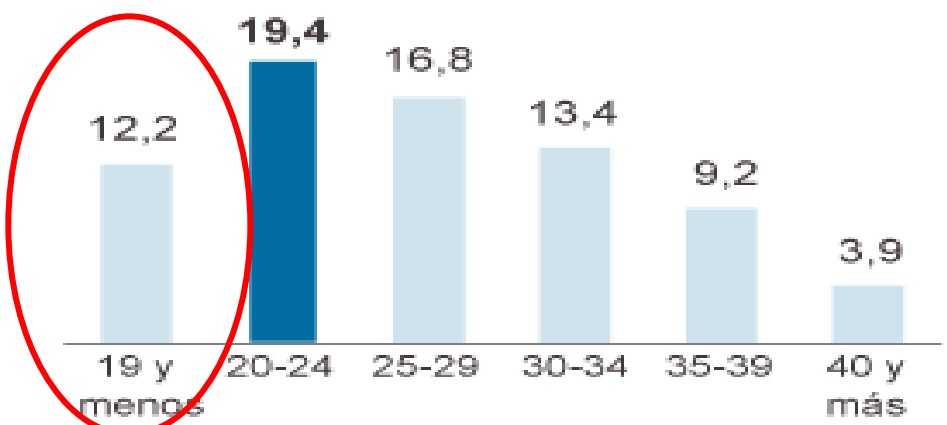
Instituto Nacional de Estadística

Evolución de abortos

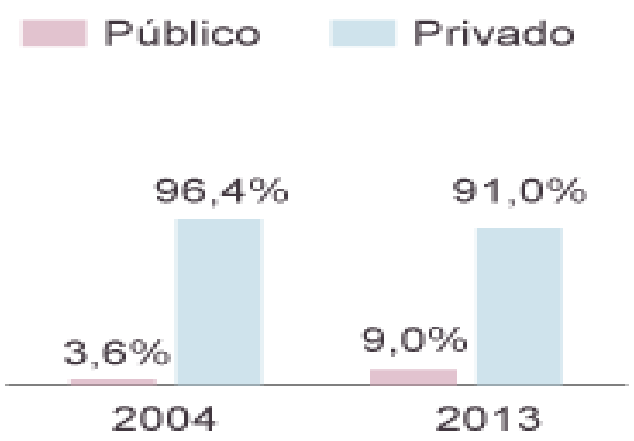


Edad

Tasa por 1.000 mujeres



Tipo de centro



Métodos anticonceptivos
por edad

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Preservativo	46,1%	39,6%	43,9%	37,4%	32,3%	29,3%	22,6%	35,6%
Píldora	11,4%	28,2%	23,9%	17,2%	15,5%	11,4%	4,9%	16,3%
Doble Método	3,2%	2,2%	1,5%	1,8%	0,9%	0,0%	0,3%	1,3%
DIU	0,0%	1,8%	2,1%	5,9%	7,6%	6,6%	11,1%	5,2%
Vasectomía	0,0%	0,7%	0,6%	1,8%	6,7%	12,0%	17,1%	5,7%
Ligadura	0,0%	0,0%	0,3%	1,2%	4,9%	7,9%	8,0%	3,3%
Otros (anillo, parche,implante..)	3,7%	11,0%	8,4%	7,7%	2,7%	2,5%	0,7%	5,3%
C. Interrumpido	0,0%	1,8%	2,4%	2,4%	2,4%	4,1%	1,7%	2,2%
Naturales	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,9%	0,6%	0,0%	0,3%
Ninguno	35,6%	14,7%	17,0%	24,3%	25,9%	25,6%	33,4%	24,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Base: Toda la muestra

REQUISITOS DE LA ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

- ✓ Adecuada al grado de maduración
- ✓ Reversible
- ✓ Adecuada a su actividad sexual
- ✓ Fácil

A.Llopis. Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Sociedad Española de Contracepción

REQUISITOS DE LA ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

La indicación/elección de un método debe contemplar :

- factores dependientes del mismo (“perfil del método”)
- factores dependientes del usuario (“perfil del usuario”)

CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

RECOMENDABLES

ACEPTABLES

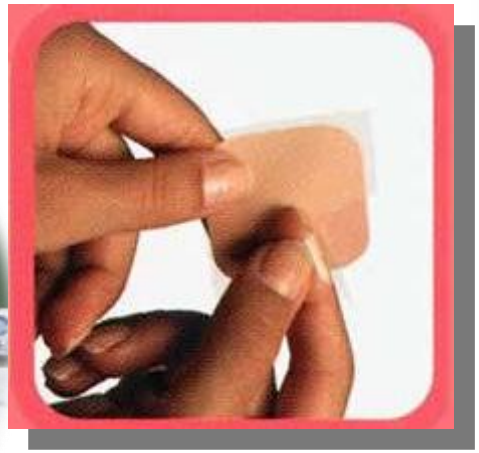
POCO ACEPTABLES

DE EMERGENCIA

METODOS ANTICONCEPTIVOS RECOMENDABLES

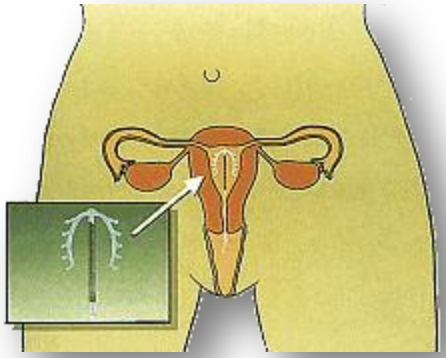
Preservativo
IP:5%

Hormonal
IP:0.1%



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ACEPTABLES

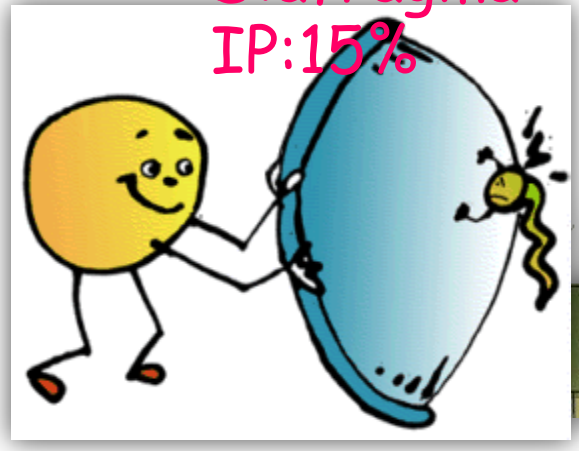
Hormonales depot IP: 0.1%

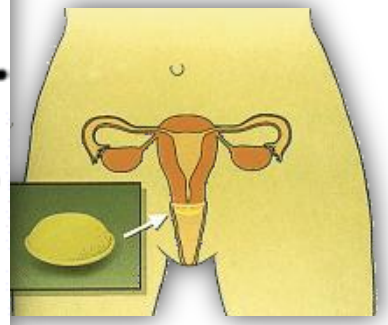


D.I.U. IP:0.5-3%

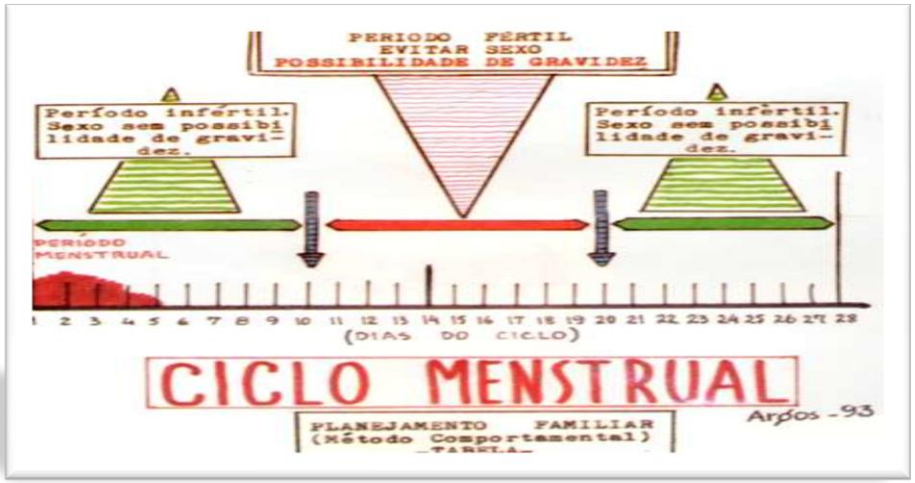
Espermicidas IP: 20%

Diafragma IP:15%





METODOS ANTICONCEPTIVOS POCO ACEPTABLES



Quirúrgico IP:0.5‰

Naturales IP:6-49%

C.Interruptus IP.10-38%

SISTEMÁTICA DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

✓Realizar anamnesis: antecedentes familiares y personales de riesgo

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

✓Exploraciones complementarias : no son imprescindibles para hacer consejo anticonceptivo.

CONSIDERACIONES LEGALES SOBRE ATENCIÓN MÉDICA AL ADOLESCENTE

Situaciones conflictivas si es menor de edad:

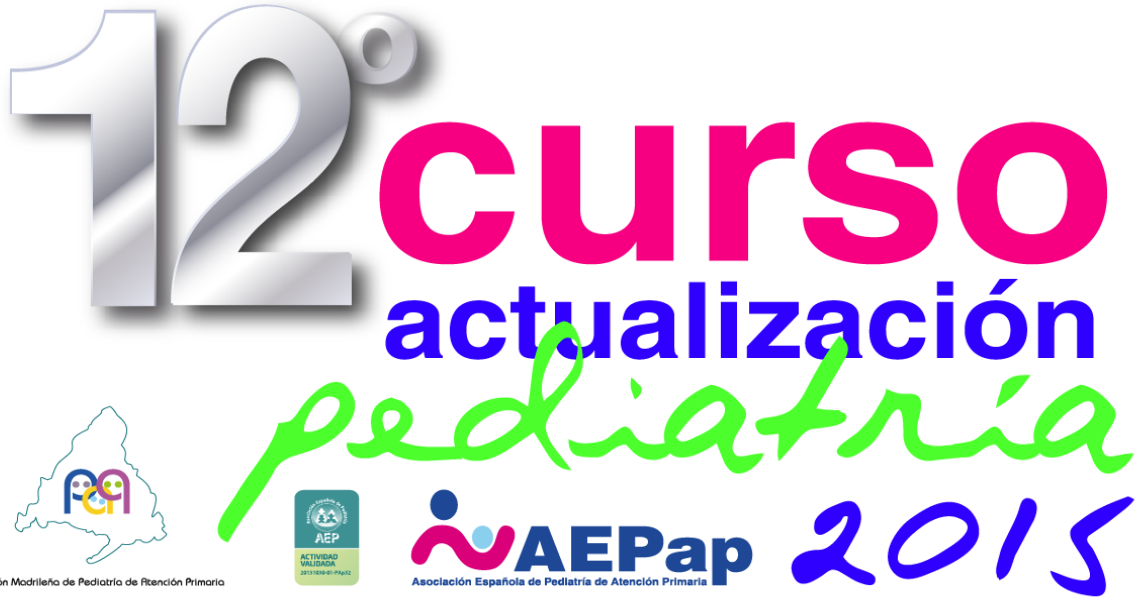
- ✓Consentimiento informado
- ✓Sexualidad y confidencialidad
- ✓Demanda de anticoncepción

CONSIDERACIONES LEGALES SOBRE ATENCIÓN MÉDICA AL ADOLESCENTE

Adolescente>16 años: como un adulto

Adolescente 13-16 años: edad conflictiva

Adolescente <13 años: cualquier relación sexual se considera abuso



Gracias por vuestra asistencia!!!!

Hospital Universitario
Infanta Sofía