



Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

PROBLEMAS GINECOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA

Inmaculada Cardona Benavides

26/04/2018

INTRODUCCIÓN

La ginecología es una parte relevante en el cuidado y la atención a las adolescentes, de ahí su importancia en que nos formemos en realizar una práctica clínica adecuada a sus necesidades.

Los motivos de consulta más frecuentes por los que las adolescentes acuden a la consulta de Ginecología son:

- Trastornos de la pubertad.
- Trastornos menstruales: amenorrea, dismenorrea...
- Patología mamaria: nódulo, asimetría, exceso o defecto en el tamaño de las mamas, secreción, mastitis, traumatismo...
- Sexualidad y salud reproductiva.
- Infecciones de transmisión sexual.

LEGISLACIÓN SOBRE LA MENOR Y EL SISTEMA DE SALUD

La legislación española acoge el papel del menor dentro del ámbito de la salud principalmente por la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Por esta ley, queda recogido que la menor de edad debe ser informada de todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que se vayan a llevar a cabo sobre su persona, así como sobre el diagnóstico que se alcance, pues el titular del derecho a la información es el paciente. Aunque, a la hora de dar esta información siempre hay que valorar la capacidad comprensiva del paciente, y por supuesto dar la información necesaria a su representante legal.

La Ley de Autonomía, por tanto, refiere que “cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio de facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”. Por otro lado, “cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención [...], el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos”.

Entre los 12 y los 16 años, la Ley permite que el propio menor otorgue el consentimiento por sí mismo siempre y cuando sea “capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención”. De modo que en este período de edad es el facultativo el encargado de determinar la madurez del menor, siempre atendiendo al tipo de intervención a realizar.

Por la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección de la infancia y la adolescencia se recoge la necesidad de “consideración de los deseos, sentimientos y opiniones del menor, así como su derecho a participar progresivamente, en función de su edad, madurez, desarrollo y evolución personal” en la toma de decisiones que le atañen.

En el ámbito del aborto, la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo expone que “el que las menores de 16 y 17 años se encuentren acompañadas de sus representantes legales, padre y/o madre, personas que ostenten la patria potestad o tutores, según proceda, es fundamental para situaciones de vital importancia e impacto futuro, como es la interrupción voluntaria del embarazo.[...] Es, por ello, que esta Ley Orgánica suprime la posibilidad de que las menores de edad puedan

prestar el consentimiento por sí solas, sin informar siquiera a sus progenitores. De este modo, para la interrupción voluntaria del embarazo de las menores de edad será preciso, además de la manifestación de su voluntad, el consentimiento expreso de los titulares de la patria potestad.”

ENTREVISTA GINECOLÓGICA

La entrevista ginecológica puede realizarse a solas o con la joven acompañada, aunque siempre hay que reservar un momento para la intimidad para asegurarle la confidencialidad.

Anamnesis

En la anamnesis es importante tener en cuenta una serie de aspectos:

- Antecedentes familiares: incidiendo sobre enfermedades hereditarias, alteraciones de la coagulación, problemas ginecológicos en familiares de primer grado, antecedentes familiares de cáncer especialmente ginecológico.
- Datos generales: motivo de consulta de la paciente, tratamientos crónicos que realice, talla y peso...
- Antecedentes personales generales.
- Cronología del desarrollo puberal.
- Características menstruales: edad de la menarquia, fórmula menstrual, fecha de la última regla... es importante que preguntemos acerca de la existencia de dismenorrea, de síndrome premenstrual y sus peculiaridades...
- Antecedentes ginecológicos: relaciones sexuales y edad de inicio, número de parejas sexuales, método de anticoncepción, utilización del preservativo, fórmula obstétrica...

Exploración física general

La exploración física general se basa en conocer peso y talla de las pacientes, así como el IMC.

El estadio puberal debemos valorarlo siguiendo los estadios de Tanner (anexo 1), relacionando la edad cronológica de la paciente y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

Exploración ginecológica

La primera exploración ginecológica es un momento que la adolescente afronta con temor, vergüenza e inseguridad normalmente por la falta de información. Por tanto, lo más importante es crear un ambiente de confianza y explicar lo que se va a ir realizando en cada instante, así como tranquilizarla.

Siempre y cuando no nos encontremos en una situación de urgencia, se puede posponer la exploración a otra consulta para que la adolescente se encuentre más cómoda.

Durante la exploración es conveniente ir advirtiendo de cada paso a seguir, así como de ir tranquilizando conforme el examen entre dentro de la normalidad.

A partir de los 13 años se recomienda realizar la exploración ginecológica sin acompañante, a no ser que la paciente lo pida específicamente. Como se ha dicho previamente, independientemente de que la paciente se encuentre acompañada, es necesario guardar un momento para hablar a solas con la adolescente, bien el médico o el personal de enfermería de la consulta. En ese momento se preguntará sobre si mantiene relaciones sexuales coitales, si usa preservativo y ofrecerle la posibilidad de volver a la consulta si lo desea.

En la exploración rutinaria se realizará la inspección y palpación de las mamas, de forma que se evalúe el desarrollo mamario, el cual finaliza a los 18 años, y teniendo en cuenta que puede haber una diferencia de desarrollo entre ambas mamas de hasta 12 meses.

La exploración genital en aquellas mujeres sin relaciones sexuales se realizará mediante la inspección y el uso de espéculos virginales. Las indicaciones de la exploración intravaginal en una adolescente no activa sexualmente son: leucorrea persistente sin respuesta a tratamientos, sospecha de un cuerpo extraño intravaginal, sangrado genital de origen desconocido, sospecha de infección de transmisión sexual y si es preciso obtener un cultivo vaginal que no se haya contaminado por la vulva.

Pruebas complementarias

La ecografía es una prueba complementaria extremadamente útil, sobre todo en los casos en los que la exploración nos resulta dudosa. Pero, nunca debe desplazar el papel principal de la inspección y palpación de los genitales.

La ecografía ginecológica en la adolescente sexualmente activa se realiza por vía transvaginal. Mientras que en la adolescente que aún no ha mantenido relaciones se debe hacer por vía abdominal con repleción vesical, o bien transrectal.

Las indicaciones de la ecografía en estas pacientes son:

- Retraso puberal.
- Alteraciones menstruales: dismenorrea, amenorrea, sangrado infrecuente, sangrado excesivo...
- Masas pélvicas.
- Dolor abdomino-pélvico.
- Hirsutismo.
- Desórdenes del desarrollo sexual.
- Malformaciones genitales.

Otras exploraciones complementarias que se pueden solicitar desde la consulta de ginecología dependen de la clínica de la paciente:

- Analítica hormonal:
 - o Retraso menstrual, amenorrea: β HCG en orina o sangre, FSH, LH, PRL, estradiol, progesterona y TSH.
 - o Hiperandrogenismo: testosterona total, SHBG, SDHEA, 17-OH-progesterona.
- Sangrado excesivo: hemograma, pruebas de coagulación, perfil de hierro, TSH.
- Malformaciones genitales, endometriosis, estudios de masas pélvicas: RMN.
- Alteraciones puberales: edad ósea.

MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES

ALTERACIONES DE LA PUBERTAD

Pubertad precoz

Se define la pubertad precoz como el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años en niñas. Su causa normalmente es idiopática (70%), aunque hay un amplio abanico de posibles etiologías que siempre debemos descartar:

- Tumores del SNC, como el astrocitoma.
- Enfermedades no tumorales del SNC: encefalitis, esclerosis tuberosa, malformaciones como craneoestenosis, hidrocefalia, microcefalia, quistes aracnoideos...
- Comienzo tardío de un síndrome adrenogenital virilizante o tras una exposición prolongada a los esteroides gonadales.

El diagnóstico debe iniciarse por la determinación de la edad ósea, así como por una analítica en la que se incluyan la LH y la FSH. Además, pueden ser muy útiles las pruebas de imagen, sobre todo a la hora de descartar un problema del sistema nervioso central.

El tratamiento debe ser etiológico siempre que sea posible. El objetivo principal del tratamiento de la pubertad precoz es preservar la talla que debe alcanzar en la edad adulta, por lo que uno de los tratamientos más extendidos a nivel mundial son los análogos de la GnRH. Este tratamiento para el control del eje hormonal es especialmente útil en pacientes menores de 6 años. Es muy importante que el tratamiento se realice por un equipo multidisciplinar en el que se incluya un endocrinólogo pediátrico.

Desarrollo puberal retardado

Se dice que la pubertad está retrasada cuando no se ha producido el desarrollo mamario en las niñas mayores de 13 años.

Se puede producir fundamentalmente por dos mecanismos:

- Hipogonadismo hipogonadotrópico: alteración del eje hipotálamo-hipofisario.

- Hipogonadismo hipergonadotropo: hay una mala actuación a nivel periférico, pues el eje hipotálamo-hipofisario se encuentra en buen estado.

El diagnóstico inicial se basa en valorar la edad ósea, una analítica hormonal, el cariotipo en sangre periférica, así como pruebas de imagen para despistar la causa del hipogonadismo hipogonadotropo.

El tratamiento no siempre es necesario, aunque podemos administrar etinil-estradiol o estrógenos conjugados a partir de los 13 años durante 3-6 meses. Se debe reevaluar a la paciente a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento, pudiendo ser necesario ir aumentando dosis hasta los 18-24 meses de tratamiento. En este momento se debe iniciar la terapia cíclica combinada para disminuir el riesgo de hiperplasia endometrial y de adenocarcinoma.

AMENORREA

La amenorrea podemos clasificarla en:

- Amenorrea primaria:
 - o Ausencia del período a los 14 años con falta de crecimiento o desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.
 - o Ausencia del período a los 16 años, con independencia de la presencia de un crecimiento y un desarrollo normal, e incluso con aparición de caracteres sexuales secundarios.
- Amenorrea secundaria: amenorrea durante mínimo 6 meses o durante un intervalo equivalente de al menos tres de los intervalos entre los ciclos anteriores.

La etiología de la amenorrea es múltiple, pudiendo encontrar entre las principales causas:

- Amenorrea primaria.
 - o Etiología hipotálamo-hipofisaria: pubertad retardada, anorexia nerviosa, adenoma hipofisario, tumores o traumatismos del SNC...

- Insuficiencia ovárica.
- Defectos anatómicos: síndrome de Meyer-Rokitansky-Küster-Hauser, atresia himeneal...
- Amenorrea endocrino-metabólica.
- Hiperandrogenemia.
- Virilización.
- Amenorrea secundaria:
 - Amenorrea hiperprolactinémica: Prolactina $>15 \mu\text{g/mL}$.
 - Insuficiencia ovárica: FSH $>25 \text{ mE/mL}$.
 - Amenorrea metabólica: en hipotiroidismo, obesidad, diabetes, bajo peso...
 - Amenorrea hiperandrogénica: testosterona $>0.5 \text{ ng/mL}$, DHAS $>3.4 \mu\text{g/mL}$.
 - Tumor SNC: exploración radiológica por TC o RMN.
 - Amenorrea hipotalámica: en estrés, trastornos de la imagen corporal, psicosis...

El tratamiento de la amenorrea en la adolescente va dirigido a la causa.

DISMENORREA

La dismenorrea es un motivo de consulta muy frecuente entre las adolescentes. Debemos tener en cuenta que es un problema que escapa más allá de la consulta, pues es una situación que influye a toda la vida de la paciente, ya que aumenta las tasas de absentismo escolar, aumenta la necesidad de fármacos analgésicos, limita su vida diaria, influye en su actividad sexual...

Entre los factores de riesgo de la dismenorrea encontramos el tabaco, la menarquia precoz, la edad joven y la nuliparidad. La intensidad de la dismenorrea mejorará con la edad y tras los partos.

Como posibles etiologías de la dismenorrea encontramos:

- Dismenorrea primaria.
- Endometriosis: el diagnóstico definitivo es quirúrgico al ver los implantes endometriósicos, aunque se puede sospechar por pruebas de imagen como la ecografía y la RMN.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Adenomiosis.
- Miomas.
- Cistitis intersticial
- Dolor pélvico crónico.

Por tanto, es muy importante hacer un correcto diagnóstico en estas pacientes y sospechar la posible existencia de una endometriosis que sea abordada desde un inicio.

El tratamiento principal para la dismenorrea y la endometriosis, como una de sus causas fundamentales, son los anticonceptivos hormonales. De elección son los anticonceptivos en pauta continua, principalmente con Dienogest o Levonorgestrel.

SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE

El sangrado menstrual abundante en la adolescencia es definido, según la Guía de Asistencia Práctica de la SEGO, como:

- Menstruación frecuente, con ciclos de menos de 20 días.
- Menstruación prolongada, con más de 8 días de sangrado.
- Pérdida mensual menstrual >80 mL o bien >6 compresas saturadas al día.
- Asociaciones de las anteriores.

La causa más frecuente del SMA en la adolescente son los ciclos anovulatorios, seguida de los trastornos de la coagulación.

Se recomienda a la paciente anotar en un calendario menstrual los datos de sus menstruaciones para poder cuantificar mejor las pérdidas menstruales.

La exploración en estas pacientes se debe basar en:

- Signos vitales: tensión arterial, pulso, temperatura, peso y talla.
- Inspección general: grado de palidez muco-cutánea, existencia de petequias, equimosis o hematomas, nivel de conciencia.
- Inspección genital: externa para descartar lesiones traumáticas o atrofia vulvar, así como interna mediante especuloscopia. En las adolescentes no activas sexualmente puede omitirse esta exploración.

En las adolescentes con SMA se pueden llevar a cabo una serie de exploraciones complementarias:

- Hemograma completo con plaquetas.
- Valoración de la hemostasia ante sangrado severo o algún trastorno de la coagulación.
- Ecografía vaginal o transabdominal.
- TSH, PRL, testosterona, SDHEA, FSH y LH si se sospecha patología endocrina.
- Cultivo vaginal y PCR de gonorrea y chlamydias ante la sospecha de patología infecciosa.

El tratamiento del sangrado menstrual abundante se clasifica en hormonal y no hormonal:

- Tratamiento sintomático: antifibrinolíticos ± AINES, en aquellas pacientes con ciclos ovulatorios y sin alteración orgánica objetivable.
- Tratamiento hormonal:
 - o ACO: de especial interés en aquellas adolescentes que además deseen protección anticonceptiva.
 - o Gestágenos: los gestágenos cíclicos son eficaces en el SMA leve-moderado. Por otro lado, el DIU de Levonorgestrel es adecuado ante el deseo anticonceptivo, así como en aquellas con coagulopatías refractarias a otros tratamientos.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La falta de información y el desconocimiento acerca de las ITS es uno de los factores de riesgo más importantes para su contagio en adolescentes. Así como el inicio de las relaciones sexuales a una edad muy precoz, el tener múltiples parejas sexuales o el uso incorrecto de los métodos anticonceptivos de barrera.

Uno de los riesgos de las ITS, es que no sean diagnosticadas a tiempo y pueden acarrear complicaciones como la transformación neoplásica inducida por el VPH o la infertilidad debido al daño del tracto genital superior ante una enfermedad pélvica inflamatoria por gonococo o Chlamydia.

En la consulta de Ginecología es importante realizar una prevención activa de las ITS, basándonos en 5 conceptos:

- Educación y consejo a las personas en riesgo respecto al sexo seguro.
- Identificación de personas asintomáticas y sintomáticas sin tratamiento.
- Realizar un diagnóstico y tratamiento efectivos.
- Evaluar, tratar y dar consejo, siempre que sea necesario o preciso, a los compañeros sexuales.
- Vacunación de las personas en riesgo.

Es muy importante informar a estas pacientes acerca de la vacunación frente al VPH, así como de realizar el cribado del cáncer de cérvix a partir de los 25 años.

PATOLOGÍA MAMARIA

Las anomalías en la patología mamaria en la edad infanto-juvenil se basan en:

- Trastornos del desarrollo.
- Alteraciones del número:
 - o Por exceso del número de mamas: el tratamiento en las mamas aberrantes o ectópicas será quirúrgico.
 - o Por exceso del número de pezones: el tratamiento es quirúrgico, aunque únicamente por motivos estéticos.

- Por defecto en el número de mamas: la agenesia mamaria puede asociarse con la falta del desarrollo del músculo pectoral, encontrándonos ante el síndrome de Poland. En caso de ser bilateral se debe solicitar una analítica hormonal y el estudio de los cromosomas sexuales.
- Por defecto del complejo areola-pezones: la atelia es la falta de areola y pezón, mientras que la agenesia areolar es la presencia de pezón sin areola. Se pueden tratar mediante cirugía estética.
- Alteraciones del tamaño mamario y/o del complejo areola-pezones.
- Asimetrías mamarias: no se debe valorar hasta los 18 años.
- Trastornos funcionales:
 - Tumefacción del recién nacido.
 - Telarquia precoz.
 - Ingurgitación dolorosa de la pubertad.
 - Mastodinia.
 - Galactorrea.
- Procesos inflamatorios: mastitis, galactoforitis...
- Traumatismos: el tratamiento consiste en la aplicación de frío local y pomadas heparinoides. Si se produce un hematoma a tensión puede requerir drenaje quirúrgico.
- Dermatitis.
- Tumoraciones benignas: fibroadenoma, lipoma, hamartoma, tumor phyllodes benigno, papiloma. Estos dos últimos tumores precisan de tratamiento quirúrgico, mientras que en el resto depende de su crecimiento.
- Tumoraciones malignas:
 - Sarcomas: su edad de aparición es anterior a la de los adenocarcinomas. Se debe realizar un tratamiento quirúrgico

primario de gran amplitud, por el elevado riesgo de recidivas más agresivas.

- Adenocarcinomas: el diagnóstico y tratamiento se lleva a cabo como en la mujer adulta. Suelen diagnosticarse en estadios más avanzados por dar clínica de una tumoración mamaria a la que, en ocasiones, no se le presta atención por la propia edad de la paciente. Se puede preservar la fertilidad de la paciente por la criopreservación de tejido ovárico y/o ovocitos, siempre y cuando el tratamiento del tumor no se vea retrasado más de 15 días por este motivo.

ANTICONCEPCIÓN

La anticoncepción tiene un peso muy importante en la adolescencia y muchas veces somos nosotros los que tenemos que romper el hielo con la adolescente para que se atreva a hablar sobre este tema. Debemos asegurar un correcto y eficiente uso de la anticoncepción, de modo que se consiga reducir el número de embarazos no deseados. En Europa los principales métodos anticonceptivos son los preservativos y las pastillas anticonceptivas.

En los últimos tiempos se han producido cambios en el comportamiento sexual de los adolescentes por el aumento de las parejas sexuales, las relaciones sexuales sin protección, la temprana edad de inicio en el ámbito sexual... Estos hechos han llevado a un aumento de las infecciones de transmisión sexual y de las gestaciones no deseadas, muchas de las cuales finalizan en interrupciones voluntarias del embarazo (17'26/1000 mujeres-año).

Por un estudio llevado a cabo en España entre 2002 y 2008, podemos saber que el preservativo sigue siendo el método anticonceptivo más utilizado entre los adolescentes, con un 71% de los varones y un 46% de las mujeres.

Además, a pesar del incremento en el uso de la anticoncepción definitiva, ha ido aumentando la tasa de abortos inducidos. En parte debido a que, el 22% de los adolescentes y jóvenes de nuestro país no usan, según este estudio, ningún método anticonceptivo.

En las adolescentes se pueden usar todos los métodos anticonceptivos que tenemos a nuestro alcance, incluyendo los diferentes DIUs y el implante

subdérmico. Las técnicas de anticoncepción definitiva son las únicas que no pueden llevarse a cabo en este grupo de pacientes.

Siempre debemos informar a las usuarias de la importancia del doble método si no tienen una pareja sexual estable, en miras a protegerse de las posibles infecciones de transmisión sexual. En nuestro país, en 2008, tan solo el 1% de los hombres y el 4% de las mujeres entre 15 y 24 años usaban el doble método anticonceptivo.

CONCLUSIONES

- La legislación apoya la necesidad de escuchar a los adolescentes en la toma de decisiones que les impliquen, valorando su capacidad a partir de los 12 años y siempre a partir de los 16 años, salvo en la IVE.
- Crear un ambiente de confianza con la adolescente a la hora de enfrentarse a la exploración ginecológica.
- No siempre es necesario realizar una ecografía como prueba complementaria dentro de la exploración básica.
- Es importante diagnosticar y tratar los problemas relacionados con la pubertad precoz y tardía.
- El tratamiento de la amenorrea en la adolescente siempre va dirigido a la causa.
- La dismenorrea es un motivo de consulta muy importante, tanto por su prevalencia como la carga que supone para las adolescentes.
- El sangrado menstrual abundante suele deberse a ciclos anovulatorios y alteraciones de la coagulación, por lo que siempre debemos tener presente el hacer una analítica con pruebas de coagulación como base del diagnóstico.
- Las ITS se están extendiendo entre los adolescentes por el inicio precoz de las relaciones sexuales, el tener múltiples parejas o por el uso incorrecto de los métodos de barrera.

- La patología mamaria suele ser más estética, aunque también podemos encontrar problemas inflamatorios o incluso cáncer.
- En las adolescentes podemos usar todos los tipos de anticonceptivos que existen, salvo la anticoncepción definitiva.





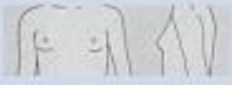





BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. Ley Orgánica 8/2015, de modificación del sistema de protección de la infancia y la adolescencia
3. Ley Orgánica 11/2015, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Entrevista y exploración en ginecología en la adolescencia. 2013.
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento del sangrado menstrual abundante en la adolescencia. 2013.
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Patología mamaria en la adolescencia. 2013.
7. Sociedad Española Ginecología y Obstetricia. Prevención de la patología infecciosa y oncológica en la adolescencia. 2013.
8. Wolf et al. Ginecología pediátrica y juvenil. Atlas y guía para la consulta. 2000 Editores Médicos, S. A. ISBN: 3-7945-1558-7
9. Chen et al. Central Precocious Puberty: Update on Diagnosis and Treatment. *Paediatric Drugs*. 2015; 17: 273-281. DOI: 10.1007/s40272-015-0130-8.
10. Durand et al. Familial early puberty: presentation and inheritance pattern in 139 families. *BioMed Central Endocrine Disorders*. 2016. DOI 10.1186/s12902-016-0130-x

11. Zannoni et al. Dysmenorrhea, Absenteeism from School, and Symptoms Suspicious for Endometriosis in Adolescents. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpog.2013.11.008>
12. Osayande et al. Diagnosis and Initial Management of Dysmenhorrea. *American Academy of Family Physicians*. 2014; 89 (5): 341-346.
13. Dueñas et cols. Trends in contraception use in Spanish adolescents and young adults (15 to 24 years) between 2002 and 2008. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2013; 18: 191-198. DOI: 10.3109/13625187.2013.775239
14. French et al. Contraception for adolescents. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2009; 23: 233–247. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2008.12.002

Anexo 1

DESARROLLO PUBERAL EN MUJERES

Desarrollo mamario (Tanner, 1962)		Desarrollo del vello pubiano (Tanner, 1962)	
<p>Estadio 1 (S1) Mamas infantiles. Sólo el pezón está ligeramente sobrelevado</p>		<p>Estadio 1 (P1) Ligera vellosidad infantil</p>	
<p>Estadio 2 (S2) Brote mamario. Las areolas y pezones sobresalen como un cono. Esto indica la existencia de tejido glandular subyacente. Aumento del diámetro de la areola.</p>		<p>Estadio 2 (P2) Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente a lo largo de los labios (dificultad para apreciar en la figura)</p>	
<p>Estadio 3 (S3) Continuación del crecimiento con elevación de mama y areola en un mismo plano</p>		<p>Estadio 3 (P3) Vello rizado, aún escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, sobre los labios</p>	
<p>Estadio 4 (S4) La areola y el pezón pueden distinguirse como una segunda elevación, por encima del contorno de la mama</p>		<p>Estadio 4 (P4) Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos)</p>	
<p>Estadio 5 (S5) Desarrollo mamario total. La areola se encuentra a nivel de la piel, y sólo sobresale el pezón (¡Nota! en ciertos casos, la mujer adulta puede mantenerse en estadio 4)</p>		<p>Estadio 5 (P5) Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto al tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino (el vello crece también en la cara interna de los muslos). En el 10% se extiende fuera del triángulo pubiano (estadio 6)</p>	

Anexo 2

Decálogo guía para la consulta en ginecología SEGO
1. Favorecer el acceso de la joven a la consulta, la cita personal y la privacidad de la misma.
2. Establecer una buena relación médico-paciente.
3. Reservar un tiempo para hablar con la adolescente a sola. Garantizar la confidencialidad de todo lo que se diga o haga en la consulta, a no ser que exista algún peligro grave para la salud.
4. Establecer la presencia o no de acompañantes durante la entrevista y la exploración, atendiendo siempre al deseo de la joven.
5. Escuchar mucho y escribir poco.
6. Utilizar un lenguaje asequible y explicar previamente los distintos momentos de la exploración ginecológica. Tranquilizar a la paciente.
7. Facilitar la comodidad de la paciente a la hora de desvestirse. Ser cuidadoso en la exploración
8. Respetar el deseo de la paciente de no ser explorada en determinadas ocasiones. Realizar siempre la exploración mínima que nos permita obtener la mayor información. Comentar (si es el caso), que la exploración es normal.
9. Inculcar responsabilidad a la adolescente en su esfera ginecológica: control del ciclo, métodos anticonceptivos, prevención de infección de transmisión sexual...
10. Animar a la adolescente a volver y realizar revisiones periódicas, así como a consultar con el ginecólogo siempre que le surjan problemas.