gineco FLASOG

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

REVISTA MÉDICA CON ARTÍCULOS DE REVISIÓN Y CONSULTA

EDITORIAL
EL LÍDER TOTAL
Dr. Samuel Karchmer K.

ASESORÍA PRECONCEPCIONAL
Dra. Cynthia Alejandra Ruiz Carranza

GINECOLOGÍA EN LA ADOLESCENTE
Dra. Paulina Treviño Villarreal

Revista oficial FLASOG

/@FLASOG
www.flasog.org

Septiembre
No. 22 - Año 2021

ALIANZA
FLASOG
PONEMOS TU MARCA
EN DONDE DEBE VERSE
ESCRÍBENOS A
alianza@flasog.org

COMITÉ EJECUTIVO

FLASOG

DR. NÉSTOR GARELLO
Presidente

DR. MIGUEL RUOTI COSP
Vicepresidente

DR. MIGUEL A. MANCERA RESÉNDIZ
Secretario

DR. CUAUHTÉMOC CELIS GONZÁLEZ
Tesorero

DR. LUIS HERNÁNDEZ GUZMÁN
Presidente Electo

DR. EDGAR IVÁN ORTIZ LISCANO
Past President

DRA. FLORY MORERA
Directora Científica

DR. JOSÉ DE GRACIA
Director Administrativo

DR. MIGUEL GUTIÉRREZ
Director Ejecutivo

REVISTA MÉDICA CON ARTÍCULOS DE REVISIÓN Y CONSULTA

gineco FLASOG

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

CONTENIDO

EDITORIAL
EL LÍDER TOTAL pg.5
Dr. Samuel Karchmer K.

ASESORÍA PRECONCEPCIONAL pg.7
Dra. Cynthia Alejandra Ruiz Carranza

GINECOLOGÍA EN LA ADOLESCENTE pg.22
Dra. Paulina Treviño Villarreal

Esta publicación es editada a través de la FLASOG con artículos de los ginecólogos y obstetras de Latinoamérica. Los análisis, opiniones y comentarios aquí expresados no representan la postura de la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia. Todos los derechos intelectuales son propiedad de los autores. Los permisos para su reproducción total o parcial son reservados a los mismos. Esta publicación es elaborada por Interactive Marketing S.A. de C.V. con sede en Cancún, México.

Iddeas creative mkt.

EDITOR
Dr. Jorge Méndez Trujeque (México)

EDITOR ASOCIADO
Dr. Néstor Garello (Argentina)
Dr. Ariel Marrufo Soda (México)
Dr. Samuel Karchmer K. (México)

CONSEJO CONSULTIVO EDITORIAL
Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz (México)
Dr. Emilio Valerio Castro (México)
Dra. Wendy Cárcamo (Honduras)
Dr. Juan Diego Viillegas Echeverri (Colombia)
Dra. Blanca Lilia Fretes (Paraguay)

COMITÉ EDITORIAL
Dr. Paulo Meade Treviño (México)
Dra. Desiree Mostajo Flores (Bolivia)
Dra. María Cecilia Arturo Rojas (Colombia)
Dra. Mercedes Pérez (Venezuela)
Dr. Dalton Ávila Gamboa (Ecuador)
Dra. Ivonne Díaz Yamal (Colombia)
Dr. Alfredo Célis López (Perú)
Dr. Gustavo Ferreiro Delgado (Uruguay)
Dra. Viridiana Gorbea Chávez (México)
Dr. Claudio Sosa (Uruguay)
Dr. Samuel Seiref (Argentina)
Dr. Rodrigo Zamora (México)
Dr. Edgar Iván Ortíz (Colombia)

Coordinador gráfico
Lic. Oskar Magaña

Diseñadora editorial
Lic. Ximena Miranda

Coordinadora editorial
Lic. Teresa Suárez

El consejo editorial de la revista *Gineco FLASOG* invita a los gineco-obstretas latinoamericanos a enviar sus trabajos para publicación; el único requisito es que tengan alguna relación directa con la Ginecoobstetricia. Los trabajos serán recibidos en Word al correo editorial@flasog.org

EL LÍDER TOTAL

"La carrera no siempre la ganan los más veloces,
sino aquellos que siguen corriendo."

Anónimo

Dr. Samuel Karchmer K.

Director Médico del Hospital Ángeles Lomas
Director General emérito del Instituto Nacional de Perinatología (INPER)
Profesor titular de la especialidad de ginecología y obstetricia. División de estudios de post-grado. Facultad de medicina UNAM
Maestro de la Gineco-Obstetricia Latinoamericana.
Maestro y Doctor en Ciencias Médicas UNAM
Presidente fundador de la Federación Latinoamericana de Medicina Perinatal (FLAMP)
Ex presidente de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)

Para elevar la calidad en la administración del recurso humano, la confianza es un factor fundamental. Esta se logra estableciendo claramente las reglas de juego, actuando con equidad y siendo justos.

Siempre nos podremos equivocar, pero entonces habrá que reconocerlo. La confianza se genera aprendiendo a escuchar a los demás y estableciendo un espacio de comunicación efectiva. Por tanto, es importante tomar acciones correctivas en tiempo y forma, obteniendo siempre la confianza tanto interna como externa a la institución.

La visión y la misión de la empresa, cualquiera que sea, se deben sentir y practicar todos los días, hablar de ellas, comunicarlas en los hechos y poner en práctica su contenido. La dirección, junto con cada uno de los líderes, tiene la obligación de hacerlas valer y llevar a cabo sus principios esenciales. La vida y la misión no son algo que esté escrito para entenderlo de forma abstracta, sino que deben ser comprendidas y vividas desde la parte más básica de nuestra operación. Si nuestro colaborador más sencillo no es capaz de entenderlas porque las palabras son demasiado rebuscadas, la visión y la misión no sirven. Tienen que ser claras, entendibles y traducibles a su día a día; tienen que poder reflejarse en su cotidianidad, vivirlas y ser parte de sus valores. Hay que reforzarlas porque así se convertirán en la cultura de la organización y de sus integrantes.

El verdadero líder nunca espera a que las cosas pasen para actuar, sino que hace que las cosas sucedan. Un líder debe ser confiable, visionario, seguro, resolutivo, motivador, comprensivo, innovador, previsor, firme, dar el ejemplo, fomentar el trabajo en equipo y sobre todo, ser audaz. El líder sorprende por las decisiones y los riesgos que corre desde la perspectiva general de la institución. Eso es natural ya que la información que posee es mucho mejor que la que maneja el resto del personal; por lo tanto, tiene mayor visión y alcance para asumir determinados riesgos y responsabilidades.

Un verdadero líder debe cambiar el paradigma de sus colaboradores cuando les falta iniciativa; el líder quiere que todos los miembros de su equipo aporten ideas y soluciones, que todos pongan el <<granito de arena >> dentro de la organización. El líder debe tener la capacidad de extraer lo mejor de todos y cada uno de sus colaboradores, porque le conviene tener a los mejores jugadores en la cancha; así, los pacientes, en nuestro caso, percibirán que buscamos lo mejor para ellos y los colaboradores se sentirán más comprometidos con su labor.

Frente a cada situación diferente, tiene que haber un liderazgo distinto. Ante una crisis, probablemente no habrá

tiempo para una dirección democrática donde coexistan diversas opiniones. Indudablemente podrán participar algunos, pero no todos; necesitamos reaccionar porque estamos en medio del fuego y lo primero que hay que hacer es apagarlo. Tal vez no usemos el mejor método dada la urgencia y la presión; sin embargo, el objetivo será resolver la crisis inmediata.

En todo este quehacer, lo más complejo es dominarse a sí mismo y tener presente que siendo el líder, todos observan y actúan en consecuencia.

La amplitud de la visión del líder se dará en función de su posición con una mayor vista de todo lo que sucede dentro y fuera de la organización.

Todo colaborador cuando admira su organización y está orgulloso de ella, trabaja de una forma distinta, se desempeña mediante un mayor esfuerzo, se compromete con su trabajo y sus compañeros y su expectativa en la organización es superior; por eso es importante que el líder transmita y refuerce su sentimiento de orgullo y su sentido de pertenencia a la institución. Por ese motivo es obligación de alta dirección, de los ejecutivos y de los líderes transmitir estos valores de forma constante y consistente, estableciendo altas expectativas de comportamiento hacia ellos y hacia la organización.

La imagen del líder debe ser la de un ser humano siempre presente e interesado; humano, justo y en ocasiones riguroso. Con esto hablamos de un liderazgo claro que permite a la gente conocer a su guía y que él sea un ejemplo a seguir; permite al equipo estar convencido de con quien colabora y cómo lo hace; tener confianza en su líder y obtener además de una compensación económica, la compensación emocional, el orgullo del trabajo y la satisfacción de colaborar con un líder comprometido para lograr un alto desempeño en la institución.

Por último, estamos convencidos de que el sentimiento de ser ganador genera un comportamiento ganador en el grupo.

¿Usted qué piensa?

ASESORÍA PRECONCEPCIONAL

Dra. Cynthia Alejandra Ruiz Carranza
Ginecología y Obstetricia

Índice

Introducción
Historia clínica
Medicación actual
Nutrición
Ejercicio y actividad física
Genética
Infertilidad
Inmunizaciones
Alcohol, drogas y tabaco
Enfermedades crónico-degenerativas
Aspectos psicosociales
Enfermedades de transmisión sexual
VIH
Otras enfermedades infecciosas
Anticoncepción
Conclusiones
Bibliografía

Introducción

¿Qué es la asesoría preconcepcional?

Es proveer a las mujeres y sus parejas una atención médica que incluye intervenciones biomédicas, de comportamiento y sociales previo a la concepción para con esto atender problemas de salud o de estilo de vida que podrían tener un impacto negativo en el embarazo (Figura 1)[1].

Los ginecoobstetras tienen la oportunidad de mejorar los resultados tanto materno como fetales por medio de la asesoría preconcepcional. Tanto una cita de atención a la mujer como una visita prenatal suponen una excelente oportunidad para asesorar a las pacientes sobre mantener un estilo de vida saludable y minimizar los riesgos a la salud. El objetivo de la atención previa al embarazo es reducir el riesgo de efectos adversos en la salud de la mujer, el feto y neonatos, trabajando en optimizar su salud, identificar factores de riesgo modificables y proveer educación sobre un embarazo saludable. La asesoría preconcepcional debe incluir una revisión de las inmunizaciones que ha recibido la paciente, asesoría sobre inmunidad, además de otros exámenes de tamizaje apropiados. Se debe de ofrecer a todas las mujeres que planeen un embarazo sin importar su posición económica, raza o preferencia sexual.

¿Cuándo se debe de ofrecer asesoría preconcepcional?

Cualquier momento que se tenga contacto con alguna paciente o una pareja con potencial reproductivo es una oportunidad para brindar consejería sobre bienestar y hábitos saludables que ayudan a mejorar la vida reproductiva y los resultados obstétricos. Esta asesoría puede comenzar con una simple pregunta: "*¿Te gustaría estar embarazada en el próximo año?*" Ofrecer esta información es apropiado, ya sea que la paciente en edad reproductiva esté usando algún método anticonceptivo o que esté planeando un embarazo. Esta consejería puede ser llevada a cabo por un especialista en ginecología y obstetricia y, en caso de que se detecte algún problema de fertilidad, referir a la paciente con un especialista en reproducción.

Es importante explicar a las pacientes los beneficios de un embarazo planeado, ya que, cuando no es así, aumentan el riesgo de que se presenten complicaciones en el embarazo. En países como Estado Unidos aproximadamente un 45% de los embarazos se reportan como no planeados. De la mano de esto, es importante educar a la paciente y explicarle que puede planear sobre cuántos hijos quisiera tener. Para cubrir este tema se debe de informar a la paciente sobre métodos anticonceptivos. Así mismo, hablarle sobre el tiempo óptimo que debe esperar entre un embarazo y otro, ya que esto puede reducir complicaciones en un futuro. Se habla de un tiempo ideal por lo menos mayor a 6 meses; sin embargo, idealmente deben esperar 18 meses, por lo que es imperativo hablarles sobre los riesgos cuando el embarazo consecuente sucede antes de este tiempo.

Cualquier mujer menor a 36 años que posterior a un año de vida sexual activa sin el uso de algún método anticonceptivo no logra un embarazo debe de ser referida con un especialista de la reproducción, quien cuenta con la experiencia necesaria para hablarle a la paciente sobre las opciones de reproducción asistida y quien le ayudará a elegir la mejor opción para sus planes y necesidades reproductivas. (1,2)

Historia clínica:

En estas citas de asesoría preconcepcional es importante realizar una historia clínica completa para identificar factores de riesgo tanto modificables como no modificables previos al embarazo y realizar las intervenciones pertinentes para optimizar los resultados obstétricos. Se debe de interrogar a la paciente sobre antecedentes médicos, quirúrgicos y psiquiátricos. La siguiente tabla explica las principales condiciones crónicas que deben de ser manejadas de manera óptima durante el embarazo [2,3]:

Condición	Riesgo asociado	Tratamiento	Meta
Diabetes mellitus	Anomalías congénitas, y complicaciones asociadas al embarazo	Control de peso, control de glucosa	HbA1c >6.5%
Hipertensión crónica	Preeclampsia y RCIU	Evaluar el riesgo teratogénico de algunos antihipertensivos (IECAs, ARA)	
Hipotiroidismo	Aborto, preeclampsia, desprendimiento de placenta y muerte fetal	Tamizaje basado en los factores de riesgo	Dar tratamiento
Cirugía bariátrica	Repercusiones en el crecimiento fetal los primeros 12-24 meses postquirúrgicos	Asesoría anticonceptiva en el postquirúrgico inmediato para evitar complicaciones	
Trastornos del ánimo	Uso de antidepresivos disminuye la ovulación y afectan la fertilidad	Detectar a las pacientes con ansiedad y depresión, así como las pacientes con trastorno bipolar o esquizofrenia ya que el embarazo puede complicar estas patologías	
VIH	Transmisión vertical	Intervenciones para disminuir la transmisión vertical, terapia antirretroviral	La carga viral debe ser indetectable y el tratamiento es multidisciplinario
Trombofilias	Riesgo de trombosis	Tromboprofilaxis en el embarazo	
Complicaciones en embarazos previos	Recurrencia en embarazos futuros	Evaluar el riesgo de recurrencia	

*Tabla 1 [2]

Medicación actual:

Se debe revisar con la paciente todos los medicamentos que tome al momento de la consulta, incluso suplementos alimenticios o productos de herbolaria, pues en muchas ocasiones las pacientes no consideran estos últimos como relevantes por no ser medicamentos como tal, por lo que hay que preguntar por ellos de forma intencionada. En caso de que la paciente utilice medicamentos potencialmente teratogénicos, se debe revisar de forma individual el riesgo/beneficio de interrumpirlo o reemplazarlo. Esta intervención se debe de hacer en conjunto con el médico tratante que preescribió ese medicamento. En el caso de la pareja se debe investigar sobre el uso de andrógenos, como la testosterona, ya que en algunos casos se asocia a azoospermia e infertilidad, lo cual en algunos casos es reversible al detener su uso. [1,2]

También puede existir la exposición a teratógenos por situaciones ambientales u ocupacionales, y si la paciente es expuesta durante el embarazo, principalmente al momento de la organogénesis, puede causar daños irreparables; por ello, si se identifican a tiempo, podría advertirse a la madre sobre estos riesgos para que tomen las precauciones convenientes y evite las exposiciones tóxicas. [2,3]

En las pacientes que están recibiendo isotretinoina como tratamiento de acné, es importante recalcar que este medicamento se ha asociado a aborto y defectos al nacimiento por lo que se debe de dar la anticoncepción pertinente durante este tratamiento para evitar estos efectos no deseados en el embarazo. Así mismo, la mayoría de los antiepilépticos son teratogénicos por lo que se recomienda que en la cita preconcepcional las pacientes que están bajo este tratamiento reciban una dosis menor. [4]

Nutrición:

La mujer que es sana al momento de la concepción tiene mayor probabilidad de tener un embarazo sin complicaciones y un recién nacido sano. Una nutrición deficiente y la obesidad son complicaciones presentes en las mujeres en edad reproductiva y las diferencias en los ingresos de los diferentes países son las causas por las que la nutrición puede no ser la adecuada principalmente en las adolescentes.

La salud que se alcanza previo a la concepción es clave y determinante en cómo irá el embarazo y además tiene un impacto en la salud de la siguiente generación.

La composición corporal, la nutrición, y el estilo de vida son factores que impactan en la salud del feto. En un estudio que se realizó entre 1975 y 2014 con más de 19 millones de participantes se observó que las pacientes con un IMC menor 18.5 ha ido disminuyendo con el paso del tiempo de un 15-10%; sin embargo, la cantidad de pacientes con obesidad ha aumentado de un 6% a un 15%, y en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo el 50% de las mujeres son obesas al momento de estar embarazadas. La obesidad está asociada con complicaciones graves en el embarazo como preeclampsia o diabetes gestacional, y al momento de nacimiento con macrosomia, óbito, bajo peso al nacer e incluso puede causar la muerte materna. En cuanto a la obesidad en la parte masculina, ha aumentado de un 3-11% y está asociada a infertilidad, afectando la calidad y cantidad de espermatozoides.

Una disminución de un 10% en el IMC al momento de la concepción tiene un efecto significativo en la disminución de los riesgos ya mencionados; así mismo, las mujeres a quienes se les realiza una cirugía bariátrica dos años antes del embarazo tienen un riesgo menor de padecer diabetes gestacional, así como desórdenes hipertensivos durante el embarazo. [5]

Alrededor de dos mil millones de personas en el mundo tienen deficiencia de micronutrientes siendo las mujeres la población de mayor riesgo por las pérdidas durante la menstruación y las altas demandas metabólicas que implica un embarazo, y aunque la desnutrición ha ido a la baja, las deficiencias dietéticas como hierro, vitamina A, yodo, zinc y calcio permanecen. Alrededor del 77% de las mujeres entre 18 y 25 años ingieren una cantidad

menor a la dosis recomendada diaria de micronutrientes. Además, en el caso del ácido fólico, es difícil alcanzar la dosis requerida solamente por la ingesta dietética por lo que es importante suplementarlo tres meses antes del embarazo para con esto disminuir el riesgo en defectos de tubo neural, así como de aborto (OR 0.53), bajo peso al nacer (OR 0.53) y mortalidad neonatal (OR 0.70).

El consumo de cafeína durante el embarazo se ha asociado con bajo peso al nacer en una proporción similar al causado por el consumo de alcohol, por lo que se recomienda disminuir el consumo de cafeína previo al embarazo. [5]

Ejercicio y actividad física:

El ejercicio físico regular mejora la salud cardiovascular, reduce la obesidad y las comorbilidades asociadas a esta. Las pacientes deben de realizar ejercicio de forma regular, por lo menos 30 minutos al día, 5 días a la semana por un mínimo de 150 minutos por semana. El ejercicio se recomienda tanto antes del embarazo, como durante y postparto. Esto en conjunto con los cambios en la alimentación produce una pérdida de peso mayor que si estas se realizaran de forma individual. [2]

Hacer ejercicio previo al embarazo se ha relacionado con un menor riesgo de desarrollar diabetes gestacional y preeclampsia (OR 0.45). La caminata a un ritmo enérgico cuatro horas o más a la semana antes del embarazo, se ha asociado con un menor riesgo para desarrollar diabetes gestacional. [5]

Genética:

Se debe de obtener una historia genética y antecedentes familiares tanto de la paciente como de su pareja, esto incluye historia familiar de desordenes genéticos, malformaciones congénitas, enfermedades mentales, cáncer de mama, colon, ovario o útero. En caso de que se identifique que alguno de los padres es portador de alguna enfermedad genética o cáncer, se debe de hacer una revisión profunda del historial clínico al mismo tiempo que se envía al paciente al servicio de genética para asesoría preconcepcional.[6]

1. Antecedentes heredofamiliares paternos y maternos:

Historia genética, reproductiva e infecciosa:

Permite identificar a las parejas que tienen riesgo de presentar alguna anormalidad genética. Cuando una pareja esta consciente de las posibilidades de tener un recién nacido con algún defecto previo al embarazo, pueden determinar sus opciones (anticoncepción, inseminación artificial, adopción, exámenes prenatales invasivos o no [illegible])

Historia reproductiva:

Discutir sobre antecedentes de abortos, cuántos embarazos previos ha tenido la pareja, duración del trabajo de parto, complicaciones específicas en esos embarazos como prematuridad, diabetes gestacional, hipertensión gestacional, o depresión postparto.

Historia familiar:

- Realizar un árbol genealógico de 3 generaciones.
- Incluir desórdenes genéticos como distrofias musculares, hemofilia, fibrosis quística, síndrome de X frágil, enfermedad cardiaca congénita, fenilcetonuria, acondroplasia, anemia de células falciformes, enfermedad de Tay-Sachs entre otras
- Incluir malformaciones congénitas multifactoriales como espina bífida, anencefalia, paladar hendido, hipospadias, anomalías cardiacas
- Incluir enfermedades familiares con mayor componente genético como anomalías del desarrollo, aterosclerosis prematura, diabetes mellitus, psicosis, epilepsia, hipertensión, artritis reumatoide, sordera, enfermedades refractivas.

Edad

Establecer riesgos relacionados a la edad (< 15 años y >35 años incrementa el riesgo biológico)

Historia étnica

Establecer el riesgo para ciertas enfermedades dependiendo del origen étnico como anemia de células falciformes, enfermedad de Tay-sachs, defectos de tubo neural, beta-talasemia y alfa-talasemia.

Etnicidad	Condición	Examen
Africanos	Anemia de células falciformes Talasemias	Electroforesis de hemoglobina VCM en una biometría hemática
Asiáticos/Mediterráneo	Talasemia	VCM en una biometría hemática
Judíos Askenazis	Tay-Sachs Canavan Fibrosis quística	Hexosamin dasa A Análisis de mutaciones de DNA
Cajun/Franceses canadienses	Tay Sachs	Hexosamin dasa A
Caucásicos	Fibrosis quística	Análisis de mutaciones de DNA

Tabla 2.1[7]

Condiciones infecciosas

- Identificar a las pacientes sensibles a varicela y rubeola, ofrecer vacunación
- Identificar y asesorar a las pacientes con riesgo de contraer hepatitis B.
- Explicar los riesgos de una parasitosis y aconsejar sobre la evasión de exposición a hacer de gato y comida cruda, no se recomienda realizar tamizaje para toxoplasmosis de forma rutinaria.
- Examinar tanto a la paciente como a su pareja sobre exposición a enfermedades de transmisión sexual (clamidia, VIH, gonorrea, sífilis)

*Tabla 2.[8]

La fertilidad de la mujer en relación con la edad comienza a disminuir de forma gradual a los 32 años y posteriormente con más rapidez después de los 37 años, el envejecimiento tiene efectos acumulativos con miomatosis, enfermedad tubárica y endometriosis. Estudiar a la paciente en cuanto a su reserva ovárica se debe de considerar para las pacientes que no están embarazadas a la edad de 35 años y que han tenido relaciones sin protección por seis meses con monitoreo de ovulación o ciclos regulares. También se debe de identificar a las pacientes que por efecto de algún trastorno pueden tener una disminución en su reserva ovárica como:

- Historia familiar de menopausia temprana
- Condiciones genéticas (Síndrome de Turner)
- Portadora de X frágil
- Condiciones asociadas con daño al ovario o cirugías

Actualmente, hay poca información sobre si se debe de recomendar la criopreservación de óvulos por el simple hecho de eludir los efectos del envejecimiento en mujeres que son por lo demás sanas; sin embargo, se debe de ofrecer y discutir con aquellas mujeres que se muestren interesadas. [6]

El riesgo para una pareja a cualquier edad de tener un recién nacido con alguna anomalía congénita mayor es de aproximadamente un 5%, de estas un 60% se pueden diagnosticar prenatalmente por un estudio genético o imagen. Las anomalías congénitas menores tienen una prevalencia de 8% y usualmente no se diagnostican antes del nacimiento. La carga de enfermedad genética global se reporta como un 5.3% cuando se les da seguimiento a los pacientes hasta los 25 años. Los desórdenes relacionados con cromosomas tienen una frecuencia combinada de 1 en 153 nacimientos. [6]

En la cita de asesoría preconcepcional o en el primer trimestre se debe de hablar sobre los siguientes puntos con los padres:

1. Riesgo personal o familiar
   a. Padre o madre portador de mutaciones genéticas, asesoramiento sobre los tipos de tamizaje: gen único autosómico dominante, relacionado a X, dirigido a un gen o múltiples genes preseleccionados
2. Variaciones genéticas que requieren consultoría: anormalidades cromosómicas “grandes” (mosaicismos, translocación) o “pequeñas” (inversión, deleción, duplicación) se utiliza la evaluación con microarreglos o exoma-genoma con tecnología de secuenciación
   a. Efectos de origen parental: triploidia, impronta, disomía uniparental)
   b. Mutaciones inestables en el ADN
   c. Mutaciones mitocondriales
   d. Efectos epigenéticos
3. Herencia multifactorial
4. Exposición infecciosa/ inmunidad
5. Otros: grupo sanguíneo, diabetes, enfermedades de transmisión sexual, historia de condiciones médicas (corazón, pulmón, hígado, riñón)
6. Infertilidad
7. Riesgos fetales o asociados a la placenta:
   a. Aneuploidia
   b. Ultrasonido (en busca de anormalidades en el primer y segundo trimestre)

En la evaluación del riesgo genético fetal, lo más común es que esté relacionado con la edad materna, ya que aumenta el riesgo de no disyunción cromosómica con trisomía 21, 18 y 13; sin embargo, se deben de identificar las condiciones genéticas familiares y su modo de herencia, esto se logra con un árbol genealógico de tres generaciones. La edad paterna avanzada también se ha asociado con un riesgo aumentado de mutaciones genéticas. Así mismo los cambios epigenéticos, mutaciones en el ADN y aneuploidias cromosómicas han sido asociadas con la edad paterna.

Otras situaciones maternas a tomar en cuenta son:

- Comorbilidades maternas: identificar el riesgo teratogénico para el feto.
- Pérdida gestacional recurrente: afecta al 1-3% de las parejas que desean un embarazo, esta entidad requiere de una historia reproductiva detallada, exámenes de laboratorio y estudios de imagen para determinar la posible etiología y poder así ofrecer el mejor tratamiento.

En el aspecto genético la planeación preconcepcional actualmente es infrautilizada tanto por el proveedor de salud como por las pacientes; sin embargo, se sabe que debe ser una parte importante de la asesoría preconcepcional, ya que educar a los futuros padres en esta área disminuiría el riesgo de morbimortalidad materno fetal y mejoraría los resultados perinatales. [6]

Infertilidad:

Se define como la pareja que no logra un embarazo después de 12 meses de relaciones sexuales sin protección, y aunque el 85% de las parejas pueden lograr un embarazo sin problemas existe un 15% que no y requieren de evaluación. Se puede realizar una evaluación temprana en las pacientes mayores de 35 años que después de 6 meses de buscar un embarazo no lo logran; así mismo, se puede realizar en algunas pacientes por sus antecedentes, por ejemplo: oligo/amenorrea, anormalidades uterinas o tubáricas, subfertilidad masculina conocida.

Se debe de realizar una historia clínica completa y dirigida donde se interrogue a la paciente sobre resultados de estudios previos sobre infertilidad si es que se ha realizado estudios previos, historia menstrual (menarca, ritmos, características), antecedentes obstétricos, uso de anticonceptivos, frecuencia de coito, cirugías previas, enfermedad de tiroides, citologías previas, medicación actual y alergias, historia familiar de defectos congénitos, menopausia temprana, uso de alcohol, drogas y tabaco.

La evaluación subsecuente se debe realizar de forma sistemática en función de costo-beneficio tratando de identificar los factores más relevantes empezando por los métodos menos invasivos. [9]

- Función ovárica: se identifica en un 15% de las parejas infértiles y es la causa del 40% de la infertilidad en mujeres. Generalmente se acompaña de anormalidades menstruales (oligo/amenorrea) y las causas más comunes son: síndrome de ovario poliquístico, obesidad, aumento o pérdida de peso, ejercicio extenuante, disfunción tiroidea e hiperprolactinemia.
- Reserva ovárica: es el potencial reproductivo de una paciente en función del número y la cantidad de ovocitos disponibles. Las pruebas que se utilizan para determinarla son FSH en el 3er día del ciclo y estradiol, o niveles séricos de hormona antimülleriana.
- Anormalidades uterinas: tanto las anormalidades anatómicas como las funcionales son poco comunes; sin embargo, se deben descartar dentro de la evaluación de pacientes infértiles, para esto se utiliza la histerosalpingografía, ultrasonido, o sonohisterografía.
- Patología tubárica: Es una causa importante de infertilidad, para diagnosticar este problema se utilizan estudios de imagen como la histerosalpingografía o la sonografía con infusión de solución salina, laparoscopia y cromotubación o fluroscopia/histeroscopia. (9)

Inmunizaciones:

Las mujeres en edad reproductiva deben de recibir las inmunizaciones correspondientes anualmente:

- TDPA (esta vacuna además se le debe de dar a todas las mujeres embarazadas entre a semana 27-36)
- Paperas-sarampión-rubeola
- Hepatitis B
- Influenza
- Varicela

En el caso de las mujeres que estarán embarazadas durante la temporada de influenza, esto supone una protección adicional. Así mismo, se debe de realizar tamizaje

para VPH de acuerdo con las recomendaciones actuales, así como seguir las que hay respecto a la vacunación contra VPH, y esta no se solicita durante el embarazo, pues si existe una dosis pendiente es preferible retrasarla hasta que termine el embarazo. Las vacunas para varicela y triple viral deben de aplicarse 28 días previos al embarazo, o durante el postparto, la CDC recomienda que la vacuna de varicela se aplique dos meses antes de que se intente lograr un embarazo. En pacientes de edad reproductiva avanzada, o mayores a 50 años deben de adicionalmente recibir vacuna contra herpes zoster. También se debe de evaluar la necesidad de otras inmunizaciones de acuerdo con riesgos ocupacionales, o por el estilo de vida de la paciente. [2]

En cuanto a la vacunación para la prevención de COVID-19, la CDC y la OMS recomiendan que las mujeres en edad reproductiva que deseen un embarazo en el futuro deben de aplicar la vacuna que se encuentre disponible en su comunidad, no existen pruebas de que cause problemas de infertilidad. [8]

Alcohol, drogas y tabaco:

Es importante preguntar a todas las pacientes sobre el uso de alcohol, productos de nicotina y drogas, así como el uso de medicamentos controlados como los opioides. Los efectos adversos asociados con fumar durante el embarazo incluyen: restricción del crecimiento intrauterino, placenta previa, desprendimiento de placenta, disminución del funcionamiento tiroideo en la madre, ruptura prematura pretérmino de membranas, bajo peso al nacer, mortalidad perinatal y embarazo ectópico. Los niños que nacen de madres fumadoras tienen un riesgo aumentado de asma, cólico infantil y obesidad; se debe de motivar a las pacientes a dejar de fumar, 46% de las mujeres dejan de fumar durante el tiempo previo a la concepción o ya al momento de saberse embarazadas. Sin embargo, la cifra de pacientes que no logran dejar de fumar, generalmente tienen alguno de los desórdenes asociados al uso de tabaco. Se puede ayudar a la paciente a dejar de fumar utilizando el sistema de las 5As.

En cuanto al uso de alcohol durante el embarazo, se debe de aconsejar a las pacientes que lo ideal es evitar su consumo ya que no existe un nivel que se pueda recomendar como seguro su uso. El espectro de desórdenes asociados al consumo de alcohol son los más graves asociados con anormalidades del sistema nervioso central, desórdenes de comportamiento y alteraciones en el desarrollo intelectual, son problemas que afectan al niño por el resto de su vida.

Se estima que el uso de marihuana es de un 2-5% en las mujeres embarazadas; actualmente ya es legal en algunos estados para su uso recreativo como médico. Es una sustancia que afecta la fertilidad, y su uso durante el embarazo puede ser tan dañino como el uso de tabaco, es por eso por lo que se debe aconsejar a las pacientes para que descontinúen esta práctica. [2]

Enfermedades crónico-degenerativas:

En el caso de las pacientes con diabetes pre-gestacional, se sabe que tanto ellas como sus fetos se encuentran con un mayor riesgo de desarrollar complicaciones severas si se compara con las pacientes que no padecen esta enfermedad. Tienen un mayor riesgo de presentar aborto espontáneo, parto pretérmino, hipertensión y cesárea. En un metaanálisis se observó que la asesoría preconcepcional en estas pacientes disminuye el riesgo de malformaciones congénitas (RR 0.25), de parto pretérmino (RR 0.70) y la mortalidad perinatal en un (RR 0.35). Para que esto verdaderamente suceda se deben de establecer metas con la paciente, las que se recomiendan en el periodo preconcepcional son:

- Niveles de glucosa:
  - o Ayuno: glucosa capilar de 80-110 mg/dl
  - o 2 horas postprandial: <155 mg/dl

- Hemoglobina glucosilada (A1C)
  o <6.5%, de ser posible <6%

El tratamiento con insulina es el de elección tanto para las pacientes con diabetes tipo 1 como diabetes tipo 2, por lo que debe de iniciarse en el periodo preconcepcional en lugar de utilizar hipoglucemiantes, para que al momento de la concepción exista una continuidad en el tratamiento. En el caso de las pacientes que ya utilizan bombas de insulina pueden continuar utilizándolas; mientras que las pacientes que son tratadas con hipoglucemiantes orales, la recomendación es que se inicie mejor tratamiento con insulina previo a la concepción para un mejor control y así evitar el paso por la placenta de estos medicamentos. [10]

La asesoría preconcepcional en las pacientes con enfermedades autoinmunes debe de realizarse sin excepción e independientemente del diagnóstico. Para determinar el riesgo se debe de identificar si existe daño a órganos que puedan afectar la habilidad para llevar a cabo un embarazo sano, evaluar la actividad de la enfermedad, identificación de autoanticuerpos asociados con resultados anormales o adversos fetales o neonatales, así mismo corroborar que la medicación actual no este contraindicada en el embarazo.

Daño orgánico severo: Puede ser la causa que imposibilite un embarazo por el alto riesgo de morbimortalidad materno-fetal, estos daños pueden ser cardiomiopatía severa, enfermedad de válvula cardiaca, manifestaciones neurológicas, insuficiencia renal o hipertensión pulmonar. Las muertes de estas pacientes por lo general suceden en el postparto, la mayoría dentro de las primeras 72 horas, por falla cardiaca derecha, es por eso por lo que se recomienda estudiar a estas pacientes, principalmente a las que tienen diagnóstico de esclerosis sistémica o enfermedades del tejido conectivo (ecocardiograma y pruebas de función pulmonar). La falla renal preexistente es un problema relativamente común, especialmente en las pacientes con lupus o vasculitis, los predictores de enfermedad permanente en pacientes embarazadas con una taza de filtración glomerular <40ml/min/1.73 y proteinuria >1g/24h. En pacientes con enfermedad severa pueden considerar la fertilización in-vitro por medio de subrogación.

Actividad de la enfermedad: En caso de que la enfermedad esté activa se recomienda diferir el embarazo, dar la anticoncepción adecuada, recibir tratamiento y dejar pasar 4-6 meses sin actividad para volver a intentar un embarazo. En el caso de lupus, cuando la enfermedad tiene un nivel alto de actividad se ha asociado con una mayor probabilidad de óbito, de muerte perinatal y menor probabilidad de llegar a término. Por otro lado, en la esclerosis sistémica sin daño severo logran embarazos exitosos; sin embargo, en caso de enfermedad temprana difusa se les recomienda aplazar el embarazo unos años por el riesgo aumentado que tendrían de desarrollar una crisis renal. Por el contrario, en las pacientes con artritis reumatoide el resultado del embarazo es similar a la de población general, incluso alrededor del 50% de las pacientes alcanzan una remisión inducida por el embarazo, desafortunadamente el que exista actividad de la enfermedad durante el embarazo tienen un leve riesgo aumentado de peso bajo al nacer y parto pretérmino, y un riesgo aumentado de cesárea.

Evaluación de autoanticuerpos: Esto ayuda a determinar el riesgo, el tipo y frecuencia de monitoreo prenatal y necesidad de alguna terapia adicional.

- Anticuerpos antifosfolípidos: se debe de realizar la búsqueda intencionada de estos autoanticuerpos en las pacientes con lupus, así como aquellas con historia de trombosis. Deben ser aconsejadas sobre los riesgos asociados con el embarazo, incluyendo el aborto recurrente, perdida gestacional, parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino y preeclampsia/eclampsia. En pacientes con estos autoanticuerpos se recomienda el uso de ácido acetilsalicílico a dosis bajas para prevención de preeclampsia, y las pacientes que tengan diagnóstico de síndrome antifosfolípidos además deberán tomar una

heparina de bajo peso molecular una vez embarazadas como medida profiláctica.

- Anti-Ro/La: se deben de evaluar en pacientes con lupus, artritis reumatoide, enfermedad indiferenciada del tejido conectivo y síndrome de Sjörgen, esto por el riesgo de un bloqueo cardiaco congénito, y el riesgo aumenta un 17% en pacientes que ya hayan tenido un hijo con esta anormalidad previamente. Una vez embarazadas, las pacientes positivas para estos anticuerpos van a requerir de ecocardiogramas fetales de forma periódica de las semanas 16-26.
- Medicamentos: Como ya se ha mencionado anteriormente, es importante que se revisen los medicamentos de la paciente en el proceso de planeación, para que en caso de que el medicamento actual este contraindicado en el embarazo se encuentre un remplazo o se busque la posibilidad de descontinuarlo; así mismo es importante recordar que la recomendación es que la enfermedad de encuentre controlada por lo menos unos 4-6 meses antes de que se busque un embarazo. [11]

Aspectos psicosociales:

Es importante reducir los estresores crónicos psicosociales antes del embarazo, ya que estos pueden tener repercusiones negativas tanto en la salud de la madre como en la del feto. La violencia en las relaciones íntimas, violencia sexual incluso fuera de una relación (usualmente una violación), maltrato (abuso o negligencia) cuando la paciente era una niña o una adolescente. Los tres principales aspectos para tomar en cuenta de forma general:

- Recursos económicos
- Acceso a servicios de salud
- Violencia en la pareja

Según la Revista Americana de Ginecología y Obstetricia (AJOG por sus siglas en inglés), aproximadamente un 13% de las mujeres de 18-64 años tienen ingresos menores al salario mínimo, lo que las coloca en un nivel socioeconómico de pobreza, esto en Estados Unidos, por lo que es de esperarse que en México las cifras son mucho más altas. Estas mujeres tienen dificultad para tener acceso a alimentos y un lugar seguro para vivir, lo cual las imposibilita a vivir un embarazo saludable. Es por eso por lo que es elemental saber detectar esta condición y para esto nos podemos ayudar de unas sencillas preguntas: *"¿Te es fácil pagar los gastos que genera tu vivienda?", "¿Consideras que cuentas con los recursos suficientes para mantenerte?"* Es por esto por lo que es lógico que mejorar la situación económica de una paciente antes de su embarazo tendría un impacto positivo en el resultado de este.

Por otro lado, sabemos que muchas mujeres no tienen acceso a servicios de salud, incluso a servicios primarios, por lo que es necesario que se cubra esta necesidad antes de tener un embarazo. La principal causa de esta deficiencia es la falta de cobertura de seguridad social. Es lógico que estas pacientes que no tienen acceso a ningún servicio de salud sean las más vulnerables durante un embarazo.

Por último, dentro de los rubros a tratar en esta categoría, es importante hablar con la paciente y valorar si está expuesta a situaciones de violencia que puedan ponerla en riesgo, por lo que se debe preguntar sobre ello, siempre dejándole claro que el tema es delicado y se manejará de forma confidencial e intentará ayudarla de la mejor forma posible para que ella no corra ningún riesgo y en un futuro, su hijo tampoco. Es de vital importancia que una mujer se separe de su abusador antes de un embarazo para prevenir la posibilidad de violencia en este periodo. [12]

Enfermedades de transmisión sexual:

La búsqueda de enfermedades de transmisión sexual se debe de realizar siempre durante una consulta de asesoría preconcepcional. La CDC propone algunas recomendaciones sobre el tamizaje de estas enfermedades para la paciente en edad reproductiva. Las principales son:[2]

- Gonorrea

- Clamidia
- Sífilis
- VIH
- Hepatitis C

VIH:

Todas las pacientes en edad reproductiva, portadoras de VIH deben de recibir asesoría si están considerando un embarazo, la cual debe incluir una explicación detallada de las medidas que se deben de tomar perinatalmente para reducir el riesgo de transmisión, formas de mejorar la vida a largo plazo, y los posibles efectos de los medicamentos antivirales en el feto.

Si la paciente portadora está considerando un embarazo, debe estar recibiendo manejo con antiretrovirales con el objetivo de disminuir los niveles de carga viral a indetectables antes de lograr un embarazo. Cuando alguno en la pareja es negativo, lo más probable es que sea por medio de inseminación artificial y así disminuye el riesgo de transmisión a la pareja; también se puede iniciar tratamiento con antiretrovirales como método preventivo previo a la exposición al virus.

El objetivo principal con estas pacientes es mejorar el estado de salud previo al embarazo e identificar factores de riesgo tanto para la madre como para el feto. Así mismo, es importante recalcar en estas pacientes las prácticas de sexo seguro para evitar además contraer alguna enfermedad de transmisión sexual. Debe también tomarse en cuenta si la paciente padece hepatitis B, ya que el uso de medicamentos para hepatitis con el uso conjunto de antiretrovirales causan interacciones que pueden ser teratogénicas. [1,2,13]

Otras enfermedades infecciosas:

En pacientes con alto riesgo de padecer tuberculosis se deben de realizar las pruebas de tamizaje pertinentes y tratarla de forma adecuada. Así mismo evaluar la exposición materna a toxoplasmosis y al mismo tiempo recomendar evitarla. En zonas endémicas para el virus Zika dar las recomendaciones pertinentes para evitar esta infección que puede causar malformaciones congénitas. En el caso de la rubeola, la vacuna previene la rubeola congénita por lo que es importante vacunar a las pacientes que estén considerando un embarazo y que no tengan completo este esquema. [2,3]

Anticoncepción:

Ofrecer a las pacientes un “Plan de vida reproductiva” es una herramienta que se puede ofrecer a las pacientes y sus parejas para evitar los embarazos no deseados y hábitos de salud negativos que pueden afectar su vida reproductiva. En este plan se les habla a las pacientes sobre fertilidad (edad, fecundación, probabilidad de quedar embarazada y fertilización in-vitro). El método de planificación familiar más utilizado por las pacientes son los anticonceptivos orales, seguido de métodos reversibles de larga duración (DIU). Al realizar el plan con la pareja podemos recomendarles el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus planes reproductivos, para que así sus metas reproductivas se lleven a cabo de forma exitosa. [14]

Conclusiones:

En conclusión, la consulta de atención a la mujer en pacientes en edad reproductiva supone una gran oportunidad para preguntar a la paciente sobre sus planes a futuro, para así poder realizar intervenciones que impacten de forma positiva la salud reproductiva de las mismas; ya sea que se asesore sobre anticoncepción para evitar embarazos no planeados hasta enlistar las áreas de oportunidad en el estilo de vida de las pacientes, para así aconsejarlas sobre las intervenciones que pueden realizarse para que lleguen con un óptimo estado de salud el día de la concepción y evitar problemáticas que puedan poner en riesgo el embarazo. El anexo 1 muestra una lista de los principales elementos a tratar en la consulta de asesoría preconcepcional.

ANEXO 1:

	Intenciones reproductivas (Tiempo en el que le gustaría a la paciente estar embarazada) **Ácido fólico** (400mcg al día por lo menos 1 mes antes del embarazo)
	Condiciones médicas (Diabetes mellitus, hipertensión, hipotiroidismo, cirugía, aspectos psiquiátricos)
	Historia familiar (Condiciones genéticas o congénitas)
	Medicamentos teratógenos (Antihipertensivos, antiepilépticos, antidepresivos, antibióticos, vitamina A, anticoagulantes, etc.) **Inmunizaciones** (esquema de vacunación completo) **Tamizaje para enfermedades infeccionas** (ETS, Zika, tuberculosis, toxoplasmosis) **Toxinas medioambientales** (plásticos con BPA, pesticidas, solventes, metales pesados, radiación) **Alcohol, drogas y tabaco** (Preguntar sobre uso y frecuencia)
	Violencia (Preguntar sobre violencia de pareja) **Nutrición y actividad física** (IMC <18 y >25, dieta, nivel de actividad física)

1. Mason, Elizabeth et al. “Preconception care: advancing from ‘important to do and can be done’ to ‘is being done and is making a difference’.” Reproductive health vol. 11 Suppl 3,Suppl 3 (2014): S8. doi:10.1186/1742-4755-11-S3-S8
2. “ACOG Committee Opinion No. 762: Prepregnancy Counseling.” Obstetrics and gynecology vol. 133,1 (2019): e78-e89.
3. Fowler, Josephine R., et al. “Preconception Counseling.” StatPearls, StatPearls Publishing, 25 February 2021.
4. Johnson, Kay et al. “Recommendations to improve preconception health and health care--United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care.” MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports vol. 55,RR-6 (2006): 1-23.
5. Stephenson, Judith et al. “Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health.” Lancet (London, England) vol. 391,10132 (2018): 1830-1841.
6. Wilson, R Douglas et al. “Joint SOGC-CCMG Opinion for Reproductive Genetic Carrier Screening: An Update for All Canadian Providers of Maternity and Reproductive Healthcare in the Era of Direct-to-Consumer Testing.” Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d’obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC vol. 38,8 (2016): 742-762.e3.
7. Wille, Marta C et al. “Advances in preconception genetic counseling.” The Journal of perinatal & neonatal nursing vol. 18,1 (2004): 28-40.
8. Rasmussen, Sonja A et al. “Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccines and Pregnancy: What Obstetricians Need to Know.” Obstetrics and gynecology vol. 137,3 (2021): 408-414.
9. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. Fertil Steril. 2012 Aug;98(2):302-7.
10. Kitzmiller, John L et al. “Preconception care for women with diabetes and prevention of major congenital malformations.” Birth defects research. Part A, Clinical and molecular teratology vol. 88,10 (2010): 791-803.
11. Sammaritano, Lisa R. “Contraception and preconception counseling in women with autoimmune disease.” Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology vol. 64 (2020): 11-23.
12. Klerman, Lorraine V et al. “The clinical content of preconception care: care of psychosocial stressors.” American journal of obstetrics and gynecology vol. 199,6 Suppl 2 (2008): S362-6.
13. Fowler, Josephine R., et al. “Preconception Counseling.” StatPearls, StatPearls Publishing, 25 February 2021.
14. Family Planning National Training Center Client-Centered Reproductive Goals & Counseling Flow Chart https://www.fpntc.org/resources/client-centered-reproductive-goalscounseling-flow-chart

PMN PROMENAL

Somos la única empresa que apoya al 100% a sus clientes durante la pandemia COVID-19

Nuestros servicios en todas las coberturas:

*Asesoría médico legal 24/7

*Patrocinio ilimitado de abogados especialistas en medicina legal

*Representación legal:
- *Penal
- *Civil
- *Administrativa

*Pagos de garantías procesales

*Pago de reparación del daño

*Cobertura en todo México

En pandemia COVID sin costo a nuestros afiliados

Trámite y presentación de:

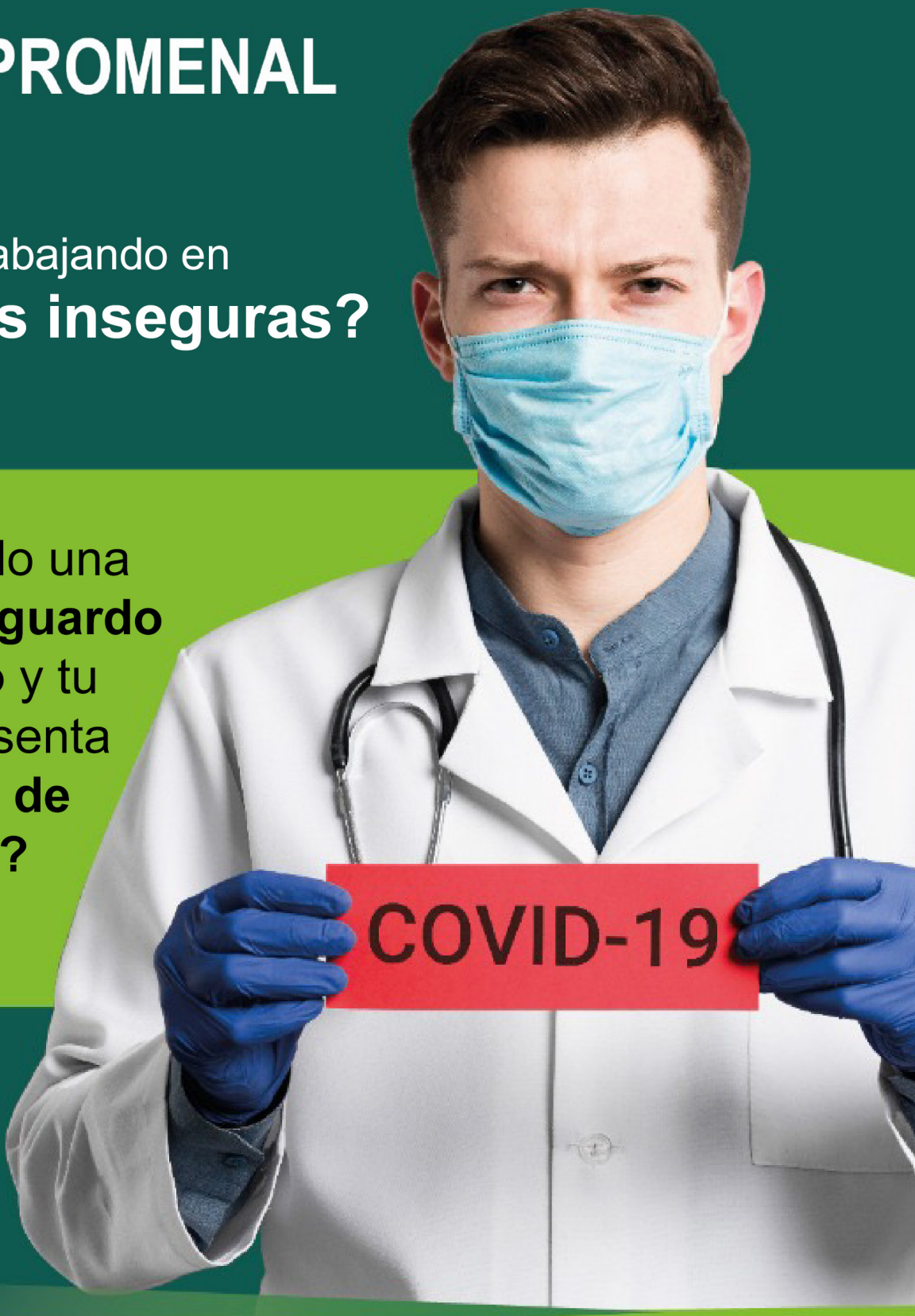
*Oficios y amparos por:
- *Falta de equipo de protección
- *Discriminación
- *Negativa de riesgo de salud
- *Rescisión de contrato
- *Violación de tus derechos

CENTRO DE ATENCIÓN JURÍDICA 24/7
800 087 2766
www.corporativopmn.com

PROMENAL

¿Estás trabajando en
condiciones inseguras?

¿Te han negado una licencia de **Resguardo Domiciliario** y tu trabajo representa **alto riesgo de contagio?**



PROMENAL te ayuda. Comunícate con tu asesor, quien te brindará el apoyo profesional que necesitas

www.corporativopmn.com
Facebook: Corporativo PMN

GINECOLOGÍA EN LA ADOLESCENTE

Dra. Paulina Treviño Villarreal
Ginecología y Obstetricia

Contenido.

Introducción
La adolescencia
Manifestaciones clínicas
Desarrollo
Valoración clínica
Valoración clínica de mama
Confidencialidad
Embarazo en la adolescencia
Vacunación de virus de papiloma humano (VPH)
Dismenorrea
Conclusiones
Bibliografía

Introducción

La adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo de la persona, la transición de la infancia a la adultez, en la cual existe una madurez física y psicológica importante. Este periodo se ve mediado por factores genéticos, hormonales y ambientales, culminando en la madurez y alcanzando la capacidad reproductiva.

Los adolescentes son un objetivo muy crítico para la medicina preventiva, se puede brindar información para que logren realizar decisiones saludables. Pero es importante que el personal de salud tenga los conocimientos de los cambios del adolescente, para de esta manera poder guiarlos, con el conocimiento de que es un grupo vulnerable a las influencias de los demás, quienes buscan su independencia mientras aún siguen necesitando supervisión y cuidados.

Debemos brindarle la confianza suficiente para que pueda externar cuestionamientos relacionados con la salud, poder realizar una exploración física completa y abordar temas que son indispensables durante esta etapa para su cuidado como: la sexualidad, detección y prevención de enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos, embarazo en la adolescencia.

La adolescencia

La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo entre la infancia y la vida adulta entre los 10-19 años [1]. El término adolescencia se refiere a los aspectos psicológicos, conductuales, socioculturales y de relaciones, durante la transición entre la infancia y la vida adulta. Mientras que el término pubertad se caracteriza por el periodo de desarrollo de caracteres sexuales secundarios, aceleración en la velocidad de crecimiento, inicio de menstruaciones y de la etapa reproductiva [2].

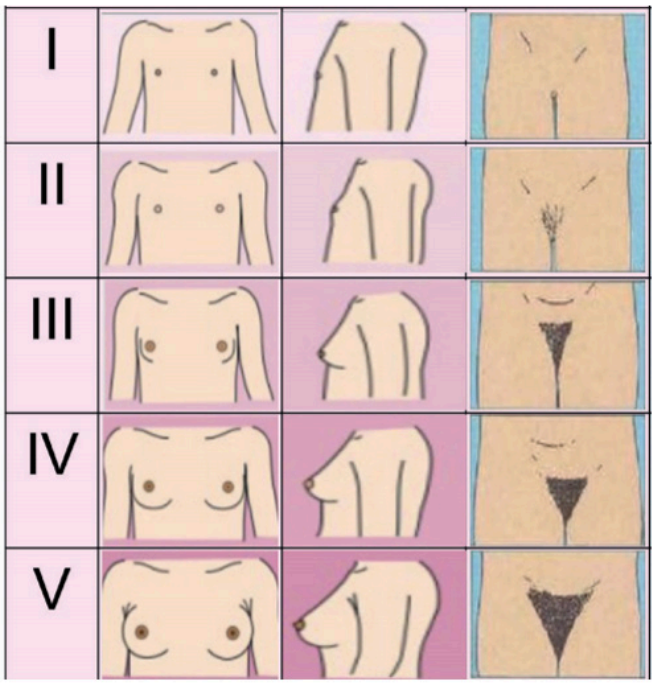
En el 95% de los casos la pubertad en las niñas aparece entre los 8.5-13 años. Se utiliza la menarca, aparición de la primera menstruación, para valorar el inicio de la pubertad, a pesar de que no es la primera manifestación clínica que se presenta [2]. Se ha observado que en las últimas dos décadas el inicio de la pubertad se ha adelantado 12-18 meses. En los inicios del siglo XIX, la edad de la menarca era a los 17 años, mientras que a mediados del siglo XX se presenta a los 13 años [3].

En países desarrollados la menarca se mantiene estable, mientras que en países de vías de desarrollo se presenta más precoz. Se cree que pudiera ser influenciado por el estado de nutrición, la obesidad y/o la exposición exógena de estrógenos o químicos.

La genética familiar es un factor importante sobre la edad de la menarca, se ha observado relación en madre e hija, hermanas y gemelas [2].

Manifestaciones clínicas

Para la valoración clínica de la pubertad se utiliza la clasificación Tanner la cual divide el desarrollo mamario y el desarrollo piloso del área púbica, utilizando escala del 1 al 5. Esta clasificación es fácil de usar y reproducible [2]. Es una escala objetiva utilizada para documentar y dar seguimiento del desarrollo de los caracteres sexuales [3] (Figura 1).



El primer signo de inicio de pubertad es el desarrollo mamario el cual ocurre entre los 8-13 años, puede ser unilateral, promovido por los estrógenos [4]. El inicio del desarrollo piloso en área púbica se encuentra influenciada a andrógenos. La pilosidad tiene un desarrollo más rápido que el de las mamas [2]. La vulva se modifica creciendo los labios menores, la mucosa himeneal se engrosa y se presenta con un aspecto fenestrado. Aparecen leucorreas fisiológicas ya que la mucosa vaginal se transforma en secretante [5].

La aceleración en la velocidad de crecimiento se presenta al mismo tiempo que el desarrollo mamario o justo después, definiéndose como el pico de crecimiento, aproximadamente de 20 cm.

La menarca, que se define como la aparición de la primera menstruación, se presenta en la mayoría de las ocasiones 2 años posterior al inicio de los signos puerperales, posterior al pico de crecimiento [2] (Figura 2).

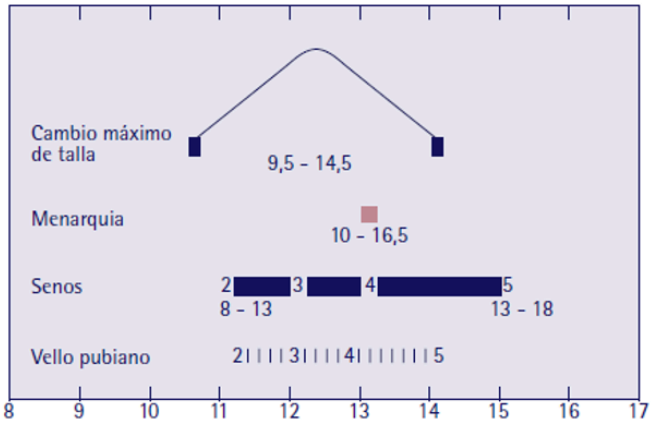


Figura 2 Cronología de las manifestaciones puberales

Durante los 1-2 años posteriores a la menarca puede existir irregularidad en los ciclos menstruales, en el 55% de los casos se presenta anovulación [6]. Si la irregularidad es aislada, sin datos de hiperandrogenismo, se regularizarán sin necesidad de tratamiento. En caso de presentar irregularidades con amenorrea de 6 meses o más, justifica realizar pruebas complementarias [5].

Desarrollo

La edad ósea se refiere a la maduración ósea del organismo, la cual se puede valorar con radiografía de la muñeca izquierda. El inicio de la pubertad coincide con la edad ósea de 11 años en las niñas, correspondiente al momento de presentarse el hueso sesamoideo. La ausencia de progresión en la maduración ósea no debe de alarmar si existe progreso clínicamente. La edad ósea se puede utilizar para predicción de estatura, sin embargo, tiende a sobreestimarla (Figura 3).

Figura 3 Edad ósea de 11 años. Radiografía de mano y muñeca izquierda (sesamoideo en pulgar)

El útero presenta cambios de manera progresiva, pasando de forma tubular a piriforme, el miometrio presenta engrosamiento y presenta proliferación de las glándulas endometriales [2].

Para la valoración del desarrollo de caracteres sexuales secundarios en una niña se debe de tomar en cuenta los antecedentes familiares (menarca de familiares, estatura), la rapidez del desarrollo puberal y la curva de crecimiento [7] (Figura 4).

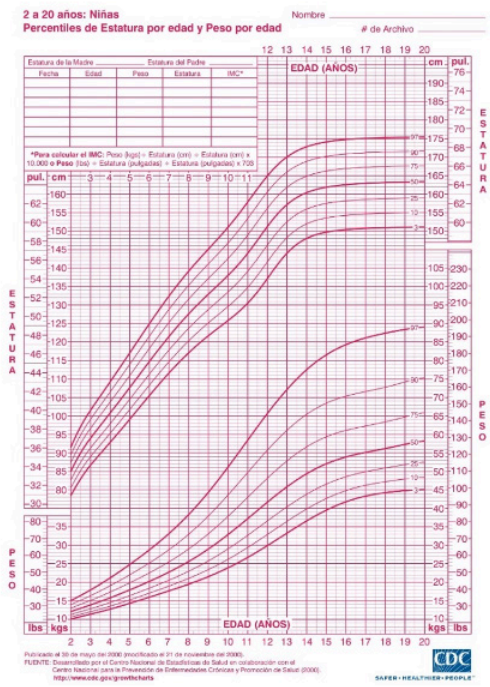


Figura 4 Curva de crecimiento

La pubertad consiste en una serie de distintas cascadas hormonales interconectadas, consiste en la adrenarca que es la activación de hormonas adrenales entre los 6-9 años, la aceleración de crecimiento y la gonarca con los cambios de las gonadotrofinas hipofisiarias que detonan los cambios gonadales [1].

Las hormonas sexuales y hormona del crecimiento (GH) provocan la aceleración de la velocidad de crecimiento. La GH aumenta hasta el doble de su valor durante la pubertad. Los estrógenos aumentan la secreción de GH y el factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF1) los cuales actúan directamente sobre el cartílago y hueso. Los estrógenos posibilitan la fusión del cartílago de crecimiento.

El 50% de la masa ósea se consigue durante la pubertad, llegando a su valor máximo antes de los 20 años, este dependerá de la genética, del sexo, esteroides sexuales, actividad física, aportes proteicos y cálcicos [2].

Los cambios hormonales y metabólicos de la pubertad son debido a la maduración, desarrollo y reactivación del eje hipotálamo hipofisiario gonadal, el cual tiene origen en el periodo fetal. Se reanuda la estimulación del ovario elevando la secreción de estrógenos y con ello el desarrollo de caracteres sexuales e inicia la función cíclica hormonal [1,3] (Figura 5).

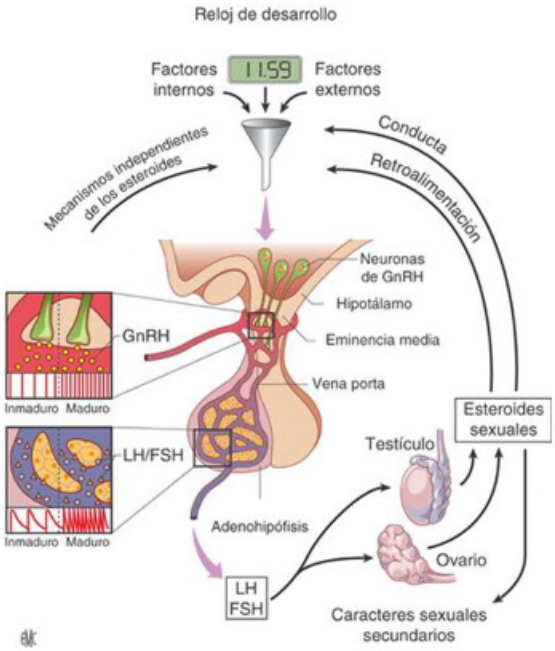


Figura 5 Eje hipotalamohipofisiario

Durante la pubertad hay cambios en la composición del cuerpo y mayor sensibilidad a la insulina, de hecho, el alto contenido de grasa corporal conduce a una maduración puberal más temprana y a su vez la pubertad precoz se ha asociado a alto riesgo de obesidad a lo largo de la vida.

La pubertad precoz se refiere cuando los signos puberales se presentan antes de los 8 años, existen dos

grupos: centrales o periféricas. Las centrales son de origen hipotálamo-hipofisiario (más frecuentes), las cuales pueden ser causadas por tumores, traumas, malformaciones o idiopática; mientras que las secundarias se deben a secreción hormonal de las gónadas, glándulas adrenales o de manera exógena [3].

El retraso de crecimiento de refiere a la ausencia de caracteres sexuales secundarios a una edad que es +2 o + 2.5 desviaciones estándar que el promedio de la población. Es recomendable evaluar a las niñas de 13 años que no han presentado desarrollo mamario [2,5].

Valoración clínica

La exploración ginecológica no es un procedimiento insignificante, se debe de tener precaución y obtener confianza, consentimiento y cooperación de la paciente y sus padres.

Como toda consulta es esencial iniciar con anamnesis y posteriormente de haber obtenido confianza de la paciente, continuar con la exploración física, se debe de realizar sin exigencias y con un acompañante.

El ultrasonido pélvico es el método complementario principal para valorar el desarrollo puberal y realizar diagnósticos como malformaciones o visualizar masas, de preferencia se realiza vía suprapúbica [5].

Valoración clínica de mama

La incidencia de patología mamaria en la pubertad es aproximadamente de un 4.5%, principalmente con etiología benigna (99%). La patología mamaria más frecuente en dos tercios de los casos es el fibroadenoma, la segunda más frecuente es la mastopatía fibroquística (8).

El desarrollo de la mama durante la pubertad, periodo de velocidad de crecimiento máximo, tarda en promedio 4 años. El crecimiento puede ser asincrónico, presentando asimetría transitoria, debido a la fluctuación hormonal y la sensibilidad del órgano blanco. El aumento de la mama se debe al incremento de tejido mamario y tejido graso, se presenta una maduración terminal del ducto lobular, en respuesta al estrógeno.

Debido a que el crecimiento mamario es un signo de madurez en la pubertad, el retraso en su desarrollo o anormalidades puede ser alarmante para el adolescente y su familia por lo que se debe de brindar una valoración y tratamiento, además de información de datos de alarma [4].

Durante su valoración es importante iniciar con la anamnesis, buscar el motivo de consulta, debido que este puede ser diverso: alteración morfológica, detección de masa, dolor, entre otros. Se interroga sobre las molestias y repercusiones en la vida cotidiana que presenta [8]. Además, se debe interrogar sobre el tamaño y duración de la masa, secreciones del pezón, cirugías previas, cambios de la pubertad, historia familiar, exposición a radiación, historia de quimioterapia, medicamentos, uso o abuso de sustancias, nutrición [4].

Es indispensable la exploración física ya que posibilita detectar retrasos, exceso o asimetría en el crecimiento de las mamas, o alguna anormalidad. Esta debe de ser dirigida de acuerdo con la situación clínica y debe de ser en un entorno de confianza, se le debe de explicar detalladamente cómo será la exploración [8].

La valoración mamaria puede complementarse con ultrasonido como estudio de imagen en caso de detección de una lesión durante la exploración, se recomienda acudir con un radiólogo familiarizado con los cambios del adolescente y sus alteraciones más frecuentes [4]. No se recomienda la mamografía durante la adolescencia por la densidad de las mamas que dificulta su interpretación. En casos especiales se puede realizar resonancia magnética.

En caso de tener indicación quirúrgica, se debe de hacer con profesionales de la salud con experiencia en estas patologías y con el tipo de paciente, además de tener atención en la sensibilidad psicológica brindándole atención por medio de un equipo multidisciplinario [8].

Confidencialidad

Confidencialidad se refiere a la protección de información privada y privilegiada que se brinda durante las consultas médicas. Esta puede ser todo un reto cuando hablamos de los adolescentes, puede ser una barrera para que ellos reciban atención médica [9]. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2012 murieron 1.3 millones de adolescentes por causas prevenibles o tratables.

Es un hecho que para una salud óptima del adolescente es necesario tener acceso a los servicios de salud, pero existe la preocupación por el adolescente sobre su privacidad. La confidencialidad, en cuanto al abordaje con el adolescente, se define como la información que este brinda al trabajador de salud, la cual no se difunde sin su autorización [10].

La confidencialidad en los adolescentes es prioritaria ya que esto puede motivarlos a acudir a valoraciones médicas y poder discutir sobre temas sensibles que afectan su salud, de esta manera protegerlos promoviendo mejores prácticas y asistiéndolos mientras desarrollan su autonomía [11].

Se ha observado que cuando la confidencialidad no se puede asegurar, los adolescentes evitan los servicios de salud, no utilizan servicios de planificación familiar ni cuidados de enfermedades de transmisión sexual, ya sea para tamizaje o tratamiento, simplemente no son honestos con el personal de salud [10].

Los adolescentes, en esta etapa, inician a tomar responsabilidad por su salud, por lo que debemos de apoyarlos y guiarlos en esta transición hacia adultos.

Los padres como los médicos quienes atienden a adolescentes tienen dos objetivos: asegurarse que el adolescente tenga acceso a atención médica y que tengan la oportunidad de hablar con el doctor por sí mismos; de esta manera prepararse para que cuando sean adultos jóvenes, se puedan expresar enfocándose en lo que necesitan y tomar responsabilidad de su salud.

La confidencialidad de los médicos con los adultos se practica de rutina; sin embargo, los padres lo pueden percibir diferente cuando se trata del adolescente.

En la primera consulta se debe de hablar con el paciente y los padres de la importancia sobre la confidencialidad, cómo protegerla y las limitaciones que tiene [12].

Se debe de explicar que habrá momentos de plática que serán privados y que esta información podrá ser abierta, en caso de abuso o que ponga en peligro inminente la vida de él o de otras personas.

Durante el tiempo con el adolescente es importante repasar el término de confidencialidad, qué información puede ser omitida con los padres, qué información no y qué situaciones pueden limitar el preservar la confidencialidad [10].

Este tiempo es importante debido a que es un lugar seguro para el adolescente de realizar las preguntas que pudieran causarles vergüenza hacer con sus padres presentes. Por otro lado, se puede ir construyendo la confianza y así motivarlos a conversar ciertos temas con sus padres.

En cuanto a la exploración física durante la consulta se recomienda que exista un acompañante, el cual es parte importante del equipo médico, ya que asiste durante la exploración además de que protege al paciente y al médico. El paciente puede pedir la presencia de sus padres o tutores durante la exploración; sin embargo, este no suple la función del acompañante. Si los padres se niegan a que exista el acompañante se debe respetar su decisión y documentarlo [12].

Un ejemplo, en el que la confidencialidad se vuelve un reto, es cuando los padres solicitan al médico realizar una prueba de uso de sustancias. En este caso dependerá de la circunstancia, primero debemos determinar la capacidad del menor acerca de brindar consentimiento, y si es capaz de tomar decisiones; se debe de informar acerca del estudio, ya que pudiera dañar la confianza con el personal de salud; se le debe de informar a los padres que no es

suficiente su consentimiento. Además de que no brindan información certera, no se puede conocer la frecuencia ni la cantidad de uso.

Sin embargo, cuando el adolescente no es competente, la prueba sobre el uso de sustancias se puede realizar sin su consentimiento, ya que este se realiza para determinar tratamiento y evitar daño, determinar sobredosis. En caso de ser positivo se informa al adolescente y a los padres, no es requisito avisar a la autoridad.

Se observa que en las áreas que necesitan mayor confidencialidad dentro de los servicios de salud es en medicina preventiva, pruebas o tratamientos de enfermedades de transmisión sexual y VIH, planificación familiar, servicios relacionados con el embarazo o aborto.

Debemos de tener presentes las leyes de cada país/estado acerca de la confidencialidad de los adolescentes. Además, tomar en cuenta la edad del paciente, su nivel cognitivo, y su relación que tiene con sus padres o tutores, si tiene capacidad de entender alternativas y tomar decisiones, enfrentar una enfermedad, estabilidad emocional, adherencia a los medicamentos o tratamientos.

Desafortunadamente muchas veces no se puede garantizar la confidencialidad cuando tienen seguro médico, ya que se envían resultados de laboratorio y diagnósticos a la compañía del seguro y eso a los padres. Algunos médicos desarrollan un sistema de visitas de bajo costo. Los pacientes que tienen seguro público no presentan este problema.

Otro reto para lograr la confidencialidad del adolescente es el expediente electrónico que cada vez se ha ido utilizando con mayor frecuencia. Se debe de buscar utilizar filtros dentro de los expedientes electrónicos para la información confidencial, de esta manera proteger la información del paciente adolescente [10].

Embarazo en la adolescencia

El embarazo durante la adolescencia tiende a afectar sobre todo a los procedentes de medios desfavorecidos, lo que se asocia a un mal control prenatal. Los adolescentes ante esta situación tienden a interrumpir sus estudios, presentan riesgo de aislamiento y depresión [13].

El embarazo en esta etapa de la vida conlleva a mayor riesgo de complicaciones maternas como: enfermedades, parto pretérmino, anemia, sangrado de primer y tercer trimestre, bajo peso al nacer, alteraciones congénitas, aumento de mortalidad neonatal [14]. Además, existe mayor riesgo de cesárea por desproporción cefalopélvica. A menor edad de la madre adolescente mayor morbimortalidad perinatal, además de alteraciones psicológicas y sociales.

Las madres adolescentes se encuentran en mayor riesgo de deficiencia en el estado nutricional, debido a que en este periodo de la vida los requerimientos nutricionales son mayores para el desarrollo puberal; si a esto se le agrega el embarazo y la tendencia de los adolescentes a tener una dieta no balanceada, nos da como resultado mayor riesgo materno y fetal comparado con madres de mayor edad. Por todo esto es fundamental la recomendación de suplementos de vitaminas y minerales para evitar complicaciones [15].

En México, en el 2019, se contabilizaron 2.1 millones de nacimientos, de los cuales, el 16.2% corresponden a mujeres adolescentes entre 15 a 19 años; 8.5 mil nacimientos entre las menores de 15 años los cuales representan el 0.4% del total. Esto se debe principalmente a la falta de educación sexual, ya que un importante porcentaje de adolescentes no utilizaron ningún método durante su primera relación sexual, quedando expuestos no solo a embarazos, sino también a enfermedades de transmisión sexual [16] (Figura 6).

Es importante recalcar que estas cifras no toman en cuenta los abortos que ocurren en este grupo poblacional, ya que no se cuenta con los datos oficiales por ser en muchas ocasiones clandestino [15].

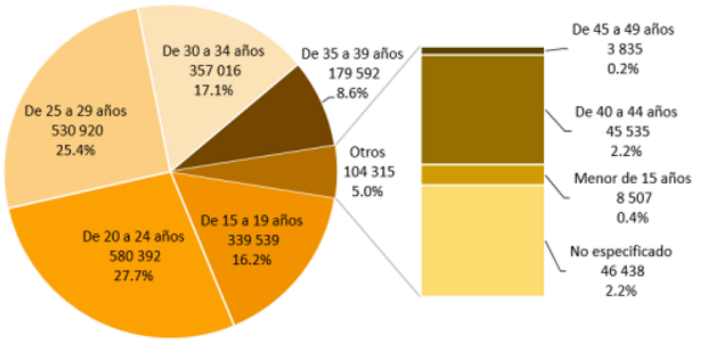


Figura 6 Edad de la madre al momento del nacimiento. INEGI 2019[16]

Anticoncepción en la adolescencia

Mejorar la educación y el acceso de los adolescentes a los métodos de planificación familiar es un reto de salud pública y representa un objetivo prioritario [13].

A pesar de que los métodos anticonceptivos son brindados sin ningún costo, los adolescentes de grupo socioeconómico bajo continúan teniendo altas tasas de embarazos no planeados [17].

Los métodos tienen diferencia en su eficacia, pero dependen en su mayoría en el cumplimiento de su uso, la mala utilización puede explicar los fracasos de la anticoncepción.

La eficacia de un método anticonceptivo se mide de acuerdo con el Índice de Pearl (IP), el cual es el número de embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el método en un año. Presenta la eficacia en una utilización perfecta del método de planificación, siendo la eficacia "teórica" y su uso habitual o típico. Su inadecuada utilización del método lleva a fracasos en la anticoncepción, por lo que se buscó medir este riesgo de cada método anticonceptivo comparado con el riesgo teórico [13] (Tabla 1).

Tabla 1 Índice de Pearl[13]

Tipo de método anticonceptivo	Índice de Pearl	
	Teórico	Real
Oral combinado	0.3	9
Progestágeno oral	0.3	9
Parche (combinado)	0.3	9
Anillo vaginal (combinado)	0.3	9
Implante (progestágeno)	0.05	0.05
Inyectable (progestágeno)	0.2	6
DIU cobre	0.8	0.6
DIU levonorgestrel	0.2	0.2
Preservativo masculino	2	18
Natural	0-5	24

Se debe de explicar de manera directa y no forzada todas las opciones de métodos de anticoncepción, para que el adolescente tome una decisión, ya que se encuentran en una etapa muy vulnerable a las influencias de los demás. Se debe de guiar a los adolescentes debido a que se creen invencibles y que no les pasará a ellos.

Se debe de explicar con detalle los efectos secundarios que pueden surgir y cómo se manejará en caso de presentarse y de esta manera evitar descontinuar el método de planificación [17].

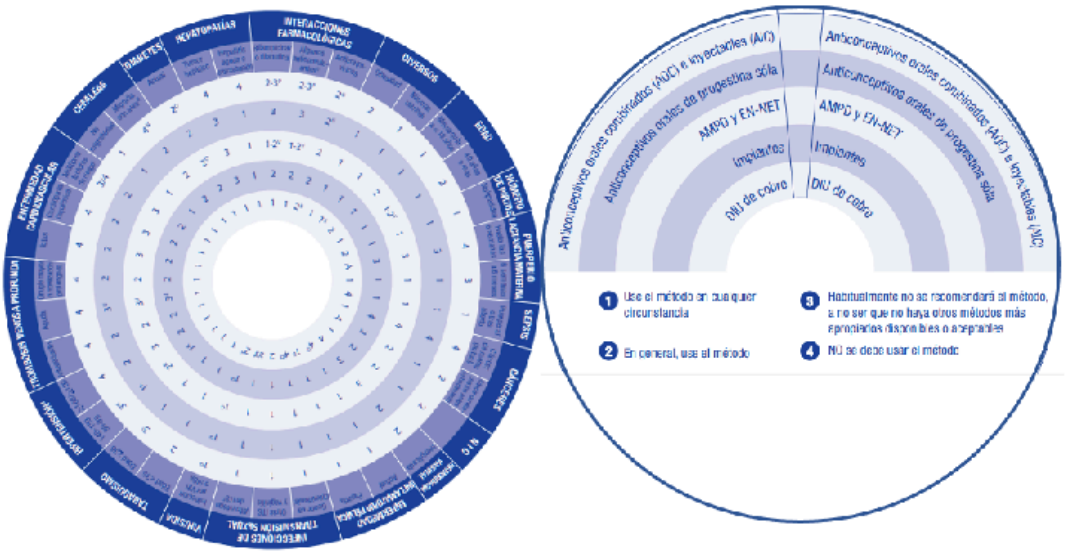


Figura 7 Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos OMS 2008[19]

Para la elección de un método se debe de considerar el riesgo vascular, debido a que el riesgo de una enfermedad tromboembólica venosa se aumenta con los anticonceptivos de estrógenos y progesterona, y este todavía es mayor en pacientes con trombofilia. El riesgo es mayor durante el primer año de utilización, por lo que se debe de buscar intencionadamente cualquier contraindicación del método elegido desde la primera consulta. Importante tomar en cuenta si la paciente presenta hipertensión arterial, obesidad, migrañas o tabaquismo. Por todo esto, es importante recordar que la elección de un método anticonceptivo es personalizado [13] (Figura 7).

Los adolescentes pueden utilizar de manera segura los anticonceptivos reversibles de larga duración, siendo los más efectivos. No es necesario realizar una exploración pélvica para iniciar con algún método de planificación; sin embargo, es de gran beneficio, pero puede ser una barrera para los adolescentes y por esto no acudir. Se ha visto que entre pacientes de 14-17 años es más popular que utilicen implante subdérmico, mientras que dentro de 17-18 años el DIU [17].

Se ha observado que existe miedo de utilizar métodos hormonales debido a la creencia de este tener impacto en la vida reproductiva futura, por lo que el personal de salud debe de explicar al adolescente que el retorno de los ciclos es inmediato al suspender el método.

Otro temor es el aumento de riesgo de cáncer, se debe de informar que se ha observado protección del riesgo de cáncer de ovario y endometrio; en cuanto al cáncer de mama, se observa aumento moderado de riesgo en el uso de método estrógeno-progesterona, el cual desaparece a los 5 años de suspender el método [13].

Existe hoy en día, personas con información errónea acerca del DIU. Es importante comunicar que puede colocarse a adolescentes, a nulíparas, a pacientes no sexualmente activas, puede colocarse inmediatamente posterior a un aborto. La expulsión del DIU es similar entre adolescentes (6%) y adultos (2-10%). Puede ser colocado en cualquier día del ciclo menstrual, si el personal de salud está seguro de que la paciente no está embarazada.

Se puede utilizar misoprostol previamente para pacientes, puede ser difícil su colocación; sin embargo

causa dolor cólico. Se puede utilizar AINES, pero no reduce el dolor durante la colocación, puede disminuir las molestias de los cólicos posterior a la colocación. Algunos han utilizado bloqueo paracervical para disminuir las molestias sobre todo en adolescentes, nulíparas o pacientes muy ansiosas [17].

La información acerca las enfermedades de transmisión sexual debe de ir en conjunto a la consulta de anticoncepción en la adolescente. De esta manera se explica con detalle cómo prevenir estas enfermedades, se puede realizar detección oportuna, vacunación del virus de papiloma humano (VPH). Por lo general en las adolescentes el diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual suele ser tardío debido a ser poco sintomático, la desinformación de la paciente y la inmadurez (13). Es importante reforzar que, a pesar de contar con un método de planificación de larga duración, es indispensable contar con un método de barrera para prevenir enfermedades de transmisión sexual [17].

Vacunación de virus de papiloma humano (VPH)

El virus del papiloma humano (VPH) se asocia a cáncer anogenital (cervical, vaginal, vulvar, anal) y orofaríngeo, además de su asociación con las verrugas genitales. Existen más de 150 genotipos, 13 de ellos se ha demostrado que causan cáncer. Cada año en Estados Unidos se diagnostican de cáncer cervicouterino a más de 13,000 mujeres de las cuales 4,000 mueren por esta causa. La mayoría de ellas por no tener adecuado tamizaje [20].

El cáncer cervicouterino es raro antes de los 21 años. Debido a la progresión lenta de este cáncer y la alta probabilidad de regresión en esta etapa de la vida; se sugiere no realizar tamizaje antes de los 21 años, a pesar del inicio de vida sexual, ya que este tamizaje pudiera ser motivo de algún tratamiento, el cual puede tener efectos adversos más que beneficios [21].

Sin embargo, la vacuna de VPH reduce significativamente la incidencia de cáncer anogenital y verrugas genitales. Esta vacuna tiene gran efectividad, se ha demostrado que su eficacia es mayor al 99% cuando se aplica en mujeres que no han sido expuestas, por lo que el administrarla en la adolescencia es de gran importancia. Es necesario que los profesionales de la salud eduquen a los padres para que tomen la decisión de aplicarla a sus hijos a tiempo.

Se recomienda la vacunación para niños y niñas a partir de los 9 años como parte del esquema de vacunación (teniendo como objetivo a los niños y niñas de 11-12 años). A las adolescentes y mujeres jóvenes que no han sido vacunadas se les recomienda durante la consulta entre la edad de 13-26 años, aún si ya han iniciado su vida sexual o ya han sido expuestas a VPH.

Para los adolescentes menores de 15 años que se les vacuna, solamente necesitan 2 dosis, debido a que su respuesta inmune a esta edad desarrolla niveles de anticuerpos equivalentes a los pacientes mayores de 15 años que reciben 3 dosis. El tiempo entre cada dosis es de 6-12 meses, es importante ser estricto con este intervalo para lograr los anticuerpos necesarios, en caso de vacunar en menos de este tiempo se necesitarán 3 dosis[20].

Dismenorrea

La dismenorrea es la principal sintomatología menstrual en las adolescentes, teniendo una prevalencia dentro de 50-90% [22]; el cual se caracteriza por dolor abdominal y lumbar los primeros días de la menstruación y limita las actividades diarias de la mujer [23].

En su mayoría presentan dismenorrea primaria la cual es definida como dolor durante la menstruación en ausencia de patología pélvica, por lo general inicia cuando presentan ciclos ovulatorios, los cuales se alcanzan normalmente entre los 6 -12 meses posterior de su menarca. Su causa se cree que se encuentra relacionada con el aumento de prostaglandinas y leucotrienos.

A diferencia, la dismenorrea secundaria se refiere al dolor menstrual secundario a patología pélvica o enfermedad reconocida, siendo la endometriosis la causa más frecuente. Otras causas de dismenorrea secundaria

se encuentran adenomiosis, infecciones, miomas, anomalías müllerianas, alteraciones obstructivas del tracto reproductivo, quiste de ovario o adherencias.

Los síntomas asociados con dismenorrea son náusea, vómito, diarrea, cefalea, dolor muscular y alteraciones en el sueño, teniendo como consecuencia ser la primera causa de que los adolescentes se ausenten de la escuela de manera recurrente. En un estudio se encontró que el 12% de las adolescentes se ausentaban días de clases cada mes por esta causa, una de cada cuatro se automedicaba y no acudía a valoración para identificar la etiología [22].

La dismenorrea puede afectar la salud mental y vida social. Existe gran relación entre el dolor y la depresión, se ha observado mayor prevalencia de depresión en pacientes con síndromes crónicos dolorosos [23]. Así mismo, se ha observado que existe mayor riesgo de depresión y ansiedad en adolescentes con dismenorrea, cuestionarios de calidad de vida aplicados en adolescentes demuestran efecto negativo en la función física y psicosocial secundario a dismenorrea [24].

Se realizó un estudio en el cual se incluyeron 60 adolescentes con dismenorrea entre 12-18 años y 41 adolescentes de la misma edad sin enfermedad psiquiátrica ni enfermedad crónica. Se les realizaron tres encuestas: una para ver la calidad de vida, otra para medir los niveles de ansiedad y otra para medir niveles de depresión. La severidad de la dismenorrea se clasificó de acuerdo con lo que ellos realizaban para disminuir el dolor durante los episodios de dismenorrea.

Se observó dentro de los resultados que los niveles de depresión y ansiedad son mayores y la calidad de vida es menor en adolescentes con dismenorrea. Se reportó que el 41.7% del grupo de adolescentes con dismenorrea presentaban ausencia escolar dentro de los días de su menstruación[23].

Otro estudio demostró que la depresión, agresión, insomnio, apnea del sueño eran significativamente mayor en grupo de adolescentes con dismenorrea que en el grupo control [25].

Por lo general, las pacientes adolescentes retrasan su atención médica. Además de no tener adecuado apego al tratamiento, al no tomar su medicamento a tiempo, por vergüenza de que sus compañeros las observen y descubran su condición [26].

Al presentar síntomas de dismenorrea primaria, no es necesario una exploración pélvica y se inicia con tratamiento empírico con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) siendo la primera línea de tratamiento, se brinda 1-2 días antes del inicio de la menstruación y se continua durante 2-3 días del inicio de la menstruación. Es esencial incluir la educación de la paciente para su apego al tratamiento.

En caso de continuar con molestias, se puede incluir tratamiento hormonal, sin descontinuar los AINES. Se pueden utilizar anticonceptivos hormonales como el parche, anillo vaginal, anticonceptivos hormonales orales combinados, implante de progestina, inyección de progesterona o DIU de levonorgestrel. Su mecanismo de acción se ve relacionado con la disminución de proliferación endometrial o la ovulación disminuyendo de esta manera la producción de prostaglandinas y leucotrienos.

Al no presentar mejoría posterior a 3-6 meses, se debe de valorar la posibilidad de presentar dismenorrea secundaria; inicialmente debemos de identificar el adecuado apego al tratamiento, realizar exploración pélvica y nos podemos apoyar con el ultrasonido pélvico [22].

Endometriosis es la primera causa de dismenorrea secundaria, se puede sospechar cuando existe historia familiar, se ha visto el incremento de riesgo 7-10 veces mayor si la presenta un familiar de primer grado. Dos tercios de las adolescentes que se les realiza laparoscopia, al no responder al tratamiento médico, son diagnosticadas con endometriosis [27].

La apariencia de la endometriosis es diferente en las adolescentes que, en las mujeres adultas, se observa como

lesiones claras o rojas, las cuales tienen mayor actividad metabólica con mayor producción de prostaglandinas, provocando mayor dolor e inflamación. El objetivo del tratamiento es disminuir la sintomatología, evitar la progresión de la enfermedad y cuidar su fertilidad [22].

Conclusiones

La ginecología en el adolescente requiere personal capacitado que entienda y sea experto en las dinámicas sociales, psicológicas y médicas del adolescente. La primera consulta es fundamental para brindarle la confianza al paciente, por lo que es importante realizar técnicas adecuadas para su valoración y exploración, además de dialogar con ella y los padres acerca de la confidencialidad: qué se puede, qué no se puede y dónde nos vemos en un reto respecto a la información privada.

En este grupo de pacientes, la medicina preventiva representa el tema prioritario, ya que es el inicio de la exposición a nuevas circunstancias en las cuales deberán de tomar responsabilidad por su salud. Es por eso, que el adolescente debe de estar bien informado y contar con personal capacitado en el caso de que existan cuestionamientos.

. Es importante conocer las principales patologías por las que el adolescente puede acudir a la consulta, como es la dismenorrea, el personal de salud debe de ser capaz de valorarlo y dar tratamiento oportuno para evitar de esta manera repercusiones en la fertilidad, psicológicas y/o sociales.

REFERENCIAS

1. Sawyer, S. et al. (2018). The age of adolescence. The Lancet. Child & adolescent health, 2(3), 223–228. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1
2. Bouvattier, C. (2017). Pubertad normal. Pubertad precoz y retraso puberal. EMC - Ginecología-Obstetricia, 53(2), 1–11. doi:10.1016/s1283-081x(17)84282-x
3. Farello, G. et al. (2019). Review of the Literature on Current Changes in the Timing of Pubertal Development and the Incomplete Forms of Early Puberty. Frontiers in pediatrics, 7, 147. https://doi.org/10.3389/fped.2019.00147
4. De Silva N. K. (2018). Breast development and disorders in the adolescent female. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology, 48, 40–50. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.08.009
5. Pienkowski, C. et al. (2017). Exploración ginecológica y ecografía pélvica en niñas. Orientaciones diagnósticas principales. EMC - Ginecología-Obstetricia, 53(3), 1–17. doi:10.1016/s1283-081x(17)85964-6
6. Carlson, L. J., & Shaw, N. D. (2019). Development of Ovulatory Menstrual Cycles in Adolescent Girls. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 32(3), 249–253. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.02.119
7. Chulani, V. L., & Gordon, L. P. (2014). Adolescent growth and development. Primary care, 41(3), 465–487. https://doi.org/10.1016/j.pop.2014.05.002
8. Boudaoud, N. et al. (2019). Patología mamaria de la adolescente. EMC- Ginecología- Obstetricia, 55(4), 1-20.
9. Grilo, S. A., et al. (2019). Confidentiality Discussions and Private Time With a Health-Care Provider for Youth, United States, 2016. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 64(3), 311–318. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.301
10. Alderman E. M. (2017). Confidentiality in Pediatric and Adolescent Gynecology: When We Can, When We Can't, and When We're Challenged. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 30(2), 176–183. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.10.003
11. Thompson, L. et al. (2016). Meaningful Use of a Confidential Adolescent Patient Portal. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 58(2), 134–140.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Confidentiality in Adolescent Health Care: ACOG Committee Opinion, Number 803. Obstetrics and gynecology, 135(4), e171–e177. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003770
13. Duranteau, L. et al. (2018). Anticoncepción en las adolescentes. EMC- Ginecología- Obstetricia, 54 (4), 1-13.
14. Fisher, M., & Lara-Torre, E. (2013). Update on key topics in adolescent gynecology. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 26(1), 51–57. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2012.09.008
15. Simón, L. (2016). Embarazo en adolescentes. En Tratado de medicina perinatal. México: Edición y Farmacia, SA de CV, 149-156.
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019) Características de los nacimientos registrados en México en el 2019.
17. Ganti, A. & Hillard, P. (2019). Family planning in adolescents. Wolters Kluwer Health, 1-5.
18. Trussell J. (2011). Contraceptive failure in the United States. Contraception, 83(5), 397–404. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.021
19. Organización Mundial de la Salud. (2009). Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos 2008, 1-5.

20. Human Papillomavirus Vaccination: ACOG Committee Opinion, Number 809. (2020). Obstetrics and gynecology, 136(2), e15–e21. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004000
21. Curry, S. et al. (2018). Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA, 320(7), 674–686. https://doi.org/10.1001/jama.2018.10897
22. American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. Obstetrics and gynecology, 132(6), e249–e258. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002978
23. Sahin, N. et al. (2018). Assessment of anxiety-depression levels and perceptions of quality of life in adolescents with dysmenorrhea. Reproductive health, 15(1), 13. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0453-3
24. Nur Azurah, A. et al. (2013). The quality of life of adolescents with menstrual problems. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 26(2), 102–108. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2012.11.004
25. Gagua, T. et al. (2013). Assessment of anxiety and depression in adolescents with primary dysmenorrhea: a case-control study. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 26(6), 350–354. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.06.018
26. Hanghøj, S. & Boisen, K. (2014). Self-reported barriers to medication adherence among chronically ill adolescents: a systematic review. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 54(2), 121–138. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.08.009
27. Janssen, E. et al (2013). Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. Human reproduction update, 19(5), 570–582. https://doi.org/10.1093/humupd/dmt016

REVISTA DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Órgano de difusión científica
Septiembre 2021

FLASOG
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

FIGO XXIII
WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
October 2021

The Leading Global Event in Gynaecology and Obstetrics

Virtual Congress 21–28 October
Congress Workshops 2–24 October

¡INSCRÍBETE!

www.flasog.org
/@FLASOG

FLASOG

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

SUSCRÍBETE

A NUESTRO CANAL DE

YouTube

FLASOG

VISITA NUESTRO
SITIO WEB

Actualizado diariamente con artículos y protocolos de las instituciones más prestigiosas de Latinoamérica y el mundo.

www.flasog.org

/@FLASOG

BOLETÍN FLASOG

¡MANTENTE ACTUALIZADO!

SIGUE NUESTRAS ACTIVIDADES Y NOTICIAS EN NUESTRO BOLETÍN

Encuéntralo cada día 1ro. de mes
en nuestras redes sociales y sitio web.

www.flasog.org

/@FLASOG

BOLETÍN FLASOG

AÑO 4 | NO. 35 | ENERO 2021

EDITORIAL

LA IMPORTANCIA DE LA CERTIFICACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz.
Director Científico FLASOG (2017-2029).
Vicepresidente Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia (2019-2021)

Las competencias de los especialistas en Ginecología y Obstetricia, así como de las subespecialidades que derivan de esta: Uroginecología, Medicina Materno Fetal y Biología de la Reproducción, son el resultado en general de los centros de enseñanza reconocido por las autoridades de los gobiernos federales.

En México, la *Secretaría de Educación Pública* (equivalente en Latinoamérica de Ministerio), es el órgano máximo que regula todo el proceso educativo de cualquier profesionista.

En el caso de los médicos de todas las especialidades, la mencionada Secretaría se auxilia de *CONACEM (Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas)* que otorga la idoneidad a todos los Consejos de Especialidades Médicas para que estos ofrezcan mecanismos y condiciones para que presenten el examen de certificación y el mantenimiento de vigencia (cada 5 años este último).

En México es obligatorio por ley estar certificado. Para llevar a cabo esta labor, el *Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia* mantiene una actualización permanente de un banco de reactivos, a través de los comités compuesto por pares que son rigurosamente seleccionados.

Aparte de cumplir con el principal requisito del que ya hablamos, el *Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia* analiza los resultados obtenidos en el examen de certificación por los egresados de cada uno de los centros formadores de especialistas y los comunica a los encargados de estos, para señalar las áreas de oportunidad y puedan trabajar en los campos de aprendizaje con la intención de mejora, en temas de importancia capital, por ejemplo: hemorragia obstétrica.

Lo mismo hacemos a nivel de todo el territorio nacional, a través de comunicar a cada una de las 7 regiones en las que está dividida la *Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología* (FEMECOG); la

1

COMITÉ EJECUTIVO FLASOG

Dr. Samuel Karchmer K.
Presidente

Dr. Jorge Méndez Trujeque
Vicepresidente

Dr. Luis R. Hernández G.
Secretario

Dr. Alfonso Arias
Tesorero

Dr. Néstor C. Garello
Presidente Electo

Dr. Edgar Iván Ortíz L.
Past President

Dr. Miguel A. Mancera R.
Director Científico

Dr. José F. De Gracia
Director Administrativo

Dr. Ricardo Fescina
Director Ejecutivo