**Salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas de la vida**

**Tema I: Marco conceptual de la Ginecología Infanto Juvenil y la Salud reproductiva de los niños(a) y adolescentes. Marco legal y ético de la atención ginecológica a niñas y adolescentes.**

**Marco legal y ético de la atención ginecológica a niñas y adolescentes.**

**La ética** como ciencia filosófica atañe directa o indirectamente a la práctica vital del hombre. La ética médica como manifestación particular de la ética atiende a los principios y normas que rigen entre los profesionales, técnicos y demás trabajadores del sector de la salud y muy especialmente la relación del médico con sus pacientes, con otros profesionales, con todos los trabajadores de los servicios de salud entre sí, con sus familiares, además de abarcar otros aspectos como el secreto profesional y el error médico.

Por otra parte, la bioética (según la definición de Van Rensselaer Potter) es la disciplina en que el saber científico y filosófico confluye a fin de darle concreción a la cultura de la supervivencia.

Como disciplina se ocupa del estudio y las reflexiones en torno a la dimensión e implicaciones humanísticas y éticas de los avances de las ciencias, las profesiones de la salud y de las políticas relativas a la atención de salud y la ecología.

Es además una metodología de solución racional de los problemas que surgen de acciones y toma de decisiones que comportan problemas y dilemas éticos en los escenarios científicos y clínicos, tanto a nivel personal como colectivo.

Ética y moral son 2 palabras que no llegan con suficiente claridad al ámbito clínico-pediátrico; sin embargo, es posible que cada vez haya más y nuevos problemas éticos relacionados con el progreso en la atención al recién nacido y de otros niños gravemente enfermos, acerca de lo cual se deberán tomar decisiones que modifiquen su pronóstico inmediato de vida o muerte o la calidad de su vida futura.

***La ética pediátrica puede definirse como el conjunto de comportamientos implicados en el ejercicio de las profesiones que se ocupan de la salud de los niños en los aspectos preventivos y de cuidados.***

Los criterios de bioética deben aplicarse al niño de cualquier condición y edad, pero ha de hacerse con ciertas particularidades por las características de su ser en desarrollo y maduración.

En primerísimo lugar, debe recordarse que la vida y la salud humana tienen un valor intrínseco derivado de la misma dignidad de la persona humana. Por este carácter sagrado de la vida, cada persona, con prescindencia de su edad y características psicofísicas, tiene sin exclusión el mismo derecho básico a la vida y merece el respeto y la protección de la sociedad y de todos los profesionales dedicados a su cuidado.

**RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN PEDIATRÍA**

La relación médico-paciente continúa siendo la base de una buena práctica médica. Los médicos que logran establecer una adecuada relación con sus pacientes obtienen mejores resultados diagnósticos, tratamiento y satisfacción de las necesidades de sus pacientes.

En la relación médico-paciente existen 3 actores en el contexto bioético: médico, enfermo y sociedad. Cada uno es dueño de un principio bioético:

* **Médico:** dueño de la beneficencia.
* **Enfermo:** defiende la autonomía.
* **Sociedad:** dueña de la justicia.

***En pediatría*** se considera paciente al niño y a su familia, por lo que conlleva la responsabilidad por parte del pediatra de ofrecer a los padres la información adecuada y participación en las decisiones terapéuticas.

En el caso de ***los adolescentes***, este debe asumir junto a los padres la responsabilidad del cuidado de la salud propia, de su familia y de su grupo social. El profesional de la salud que va a atender adolescentes no puede olvidar que, más que nunca, en esta etapa de la vida van íntimamente ligados los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

**Base legal en Cuba:**

Cuba es Estado Parte de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989 y en vigor desde el 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49. Declara en algunos de sus artículos elementos claves dirigidos a proteger la niñez por los Estados Partes.

**Artículo 1**

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

**Definiciones.**

**Adolescencia.-** Etapa bien definida del ciclo vital humano entre la niñez y la adultez que se caracteriza por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales. De acuerdo al sexo y la edad, la OPS/OMS, clasifica a la

Adolescencia en las siguientes etapas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Etapa  | Femenino  | Masculino  |
| Pre-adolescencia  | 9 – 12 años  | 10 – 13 años  |
| Adolescencia temprana  | 12 – 14 años  | 13 – 15 años  |
| Adolescencia media  | 14 – 16 años  | 15 – 17 años  |
| Adolescencia tardía  | 16 – 18 años  | 17 – 18 años  |
| Juventud  | 18 – 21 años  |

**La Pubertad** constituye el componente biológico de la adolescencia. Se refiere a los cambios morfológicos y fisiológicos que ocurren en el niño/a hasta lograr la maduración de los órganos sexuales y alcanzar la capacidad reproductiva.

Se diferencian 2 eventos durante la pubertad: **la Adrenarquia** (maduración de la glándula suprarrenal caracterizada por un aumento de la producción de andrógenos, aparece 2 años antes que la gonadarquia y se caracteriza por un cambio en el olor del sudor, la aparición del vello axilar y púbico) y la **Gonadarquia** (reactivación del eje hipotálamo– hipófiso–gonadal con cambios hormonales e inicio de la función gonadal) , ambas aunque se relacionan entre sí, son independientes y reguladas por diferentes mecanismos.

**Juventud** es un término social que se utiliza por lo general en algunos países hasta 24 años y más. **La Hebiatría**, del griego hebe (juventude) e iatrós (medicina), es una especialidad médica que designa a los que atienden adolescentes. Hoy se reconoce como parte de la Pediatría, al extenderse el campo de actuación profesional del pediatra hasta los 18 años de edad.

El **mundo** enfrenta hoy la generación más numerosa de adolescentes re­gistrada en la historia, más de 1.200 millones, cuyas necesidades de atención no pueden ser postergadas.

La **población adolescente** en **Cuba** representa el 13% del total poblacional con una reducción del 12% entre los años 2000 y 2010, dada la dinámica demográfica del país en que desciende la natalidad y aumenta el envejecimiento poblacional. Predominan muy discretamente los adolescentes masculinos (51.4%) sobre los femeninos (48.6%).

La baja mortalidad de este grupo etáreo, motivó su postergación en las políticas públicas y en la agenda del sector salud. Los hábitos nocivos adqui­ridos durante estos años, y las conductas de riesgo, determinarán manifes­taciones de morbi-mortalidad futura. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia 2, durante la cual las acciones en salud tienen posibilidad de generar cambios sostenidos en el tiempo.

***Marco de atención de la salud***

Un Espacio de Salud para adolescentes debe tener un **enfoque integral**, para la vigilancia de su crecimiento y desarrollo. Esto se refiere a la amplitud con que debe abordarse su atención en los factores biológicos y psicosociales: el estilo de vida, el ambiente físico y cultural, la familia, la interacción con sus pares, entre otros. El **propósito de este enfoque** es la **preservación de la sa­lud**, estimulando la **detección de riesgos y la visualización de factores pro­tectores**, poniendo en marcha, actividades anticipatorias.

**Factores protectores:** características de un individuo, familia, o co­munidad que favorecen el desarrollo humano, mantener la salud o recuperarla contrarrestando sus posibles efectos

**Comportamientos de riesgo:** alteraciones de la conducta o actua­ciones repetidas que pueden comprometer el desarrollo bio-psico-social de los individuos.

**Oportunidad perdida:** “Toda circunstancia en que una persona tie­ne contacto o acude a un establecimiento de salud y no recibe las acciones integrales de salud que le corresponden de acuerdo a las normas vigentes, según grupo etáreo, género y/o condiciones de riesgo”. (OMS).

**Accesible:** Está pensado y organizado para que los/las adolescentes puedan obtener los servicios ofrecidos.

**Aceptable:** Están dotados de manera que satisfagan las expectativas de los usuarios.

**Apropiado:** Los servicios ofrecidos son aquellos que los/ las adolescentes de­mandan y necesitan.

**Efectivo:** La atención es provista adecuadamente para contribuir al estado de salud de los/ las adolescentes.

***Algunos criterios bioéticos a tener en cuenta en la atención Integral a Adolescentes:***

- Realizar el examen físico con privacidad, confidencialidad y la presencia de un adulto o representante legal en lo menores de 16 años.

- Aplicar el Consentimiento informado para adolescentes y familiares y con representación en menores de 16 años y con información continua durante todo el proceso de atención.

- Los y las adolescentes menores de 16 años no deben asistir solos a las consultas, pero siempre deben ser atendidos y orientados para una nueva consulta con sus padres, familiar o representante legal.

- No se recomienda hacer recetas ni entregar medicamentos, ni procederes médicos a menores de 16 años sin la presencia de sus padres, familiar o representante legal.

**Servicios amigables para adolescentes (Ops):**

Servicios donde los/las adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables a los adolescentes y a sus familias por el vínculo que se establece entre los usuarios y el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones.

Es deseable que cada adolescente contacte al sistema de salud acompañado por un adulto de confianza, de preferencia sus padres. Sin embargo, cuando esto no es posible, es función de los integrantes del equipo de salud asegurarle las condiciones para acceder al ejercicio pleno de su derecho a la salud.

***RESUMEN PARCIAL***

***Marco legal y ético de la atención ginecológica a niñas y adolescentes.***

* **La ética pediátrica** puede definirse como el conjunto de comportamientos implicados en el ejercicio de las profesiones que se ocupan de la salud de los niños en los aspectos preventivos y de cuidados.
* Los criterios de bioética deben aplicarse al niño de cualquier condición y edad, pero ha de hacerse con ciertas particularidades por las características de su ser en desarrollo y maduración.
* En primerísimo lugar, debe recordarse que la vida y la salud humana tienen un valor intrínseco derivado de la misma dignidad de la persona humana.

**Relación médico-paciente en pediatría**

En la relación médico-paciente existen 3 actores en el contexto bioético: médico, enfermo y sociedad. Cada uno es dueño de un principio bioético:

* **Médico:** dueño de la beneficencia.
* **Enfermo:** defiende la autonomía.
* **Sociedad:** dueña de la justicia.

***En pediatría*** se considera paciente al niño y a su familia, por lo que conlleva la responsabilidad por parte del pediatra de ofrecer a los padres la información adecuada y participación en las decisiones terapéuticas.

En el caso de ***los adolescentes***, este debe asumir junto a los padres la responsabilidad del cuidado de la salud propia, de su familia y de su grupo social. El profesional de la salud que va a atender adolescentes no puede olvidar que, más que nunca, en esta etapa de la vida van íntimamente ligados los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

***Adolescencia. Etapas***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Etapa  | Femenino  | Masculino  |
| Pre-adolescencia  | 9 – 12 años  | 10 – 13 años  |
| Adolescencia temprana  | 12 – 14 años  | 13 – 15 años  |
| Adolescencia media  | 14 – 16 años  | 15 – 17 años  |
| Adolescencia tardía  | 16 – 18 años  | 17 – 18 años  |
| Juventud  | 18 – 21 años  |

***Marco de atención de la salud***

***Enfoque integral***

El propósito de este enfoque es la preservación de la sa­lud, estimulando la detección de riesgos y la visualización de factores pro­tectores, poniendo en marcha, actividades anticipatorias.

* ***La Historia Clínica: Modelos, el examen físico. Alteraciones anatómicas. Clasificación de Tanner.***

Los datos recogidos deben consignarse en la historia clínica que es pro­piedad del paciente. Se recomienda utilizar el instrumento Sistema Informá­tico del Adolescente (SIA) desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP OPS/OMS) para el abordaje inte­gral con enfoque de riesgo, que permite registrar los factores de riesgo y los factores de protección.

**Nivel socioeconómico de la familia**

* Tipo de vivienda (¿Cómo es la casa donde vive?, ¿De qué son los te­chos, los pisos?)
* Hacinamiento (¿Cuántos cuartos tiene?, ¿Cuántas personas viven en la casa?)
* Provisión de agua y eliminación de excretas.
* Tipo de empleo de los padres. Ingreso familiar.
* Nivel educativo de los padres.

**Percepción del adolescente de su relación familiar**

* ¿Se siente escuchado, protegido, acompañado, aceptado?
* ¿Se siente rechazado, ignorado?
* ¿Cómo es la relación con su familia la mayor parte del tiempo?, ¿Cómo lo tratan?
* ¿Cómo trata a los demás?

**Antecedentes de salud de la familia**

**Antecedentes Personales**

**Capacidad de influir sobre el resultado de alguna situación**

Identificación de la capacidad de percibir si son parte del problema o por el contrario, todo se debe a factores externos. Cómo actúa frente a un problema.

**Autoconocimiento, autoestima y autopercepción**

**Identificación de autoconcepto y autovalorización**

* ¿Cómo se siente frente a los demás?
* ¿Cómo se define a sí mismo, teniendo en cuenta sus habilidades en el estudio, sociales, deportivas, artísticas?

**EDUCACIÓN**

**TRABAJO**

**USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (cuáles, uso correcto, uso en todas las relaciones.)Necesidad de consejería.**

**ANAMNESIS ALIMENTARIA**

**Recomendaciones generales**Favorecer las comidas en familia.Confeccionar un esquema ordenado de comidas adaptado a los horarios del adolescente.Promover el consumo de agua como bebida principal.Priorizar el consumo de frutas y verduras diariamente, lo ideal es entre 3 y 5 porciones al día.Indicar al menos 3 porciones de lácteos por día.Al menos 1 vez al día deberían consumir un alimento proteico de alto valor biológico y de hierro (ej: carnes magras o legumbres).Favorecer el consumo de panes y cereales integrales.Promover la actividad física aeróbica.

**Imagen corporal**

La imagen corporal es un aspecto complejo y central del desarrollo de la identidad. Es definida como la imagen que se tiene de uno mismo y el sen­timiento que despierta el cuerpo en un sujeto en particular. En esta imagen influye, toda la historia previa y, también, las actitudes familiares y culturales.

Introducir el tema en la consulta preguntando

¿Qué opinas de tu apariencia física y de tu cuerpo?

¿Tienes alguna pregunta acerca de tu apariencia o tu cuerpo?

¿Estás conforme con tu apariencia?

¿Tienes algún plan de ejercicios? ¿Para qué?

¿Estás realizando algún tipo de dietas? ¿Usas algún suplemento dietario?

**Hábitos de Consumo**

La entrevista debe ser dirigida, con escucha activa y no recriminatoria, ofreciendo un espacio de confianza, y evitando términos científicos.

 Evaluar si consume alguna sustancia.

Características del consumo:

Sustancia/s.

 Momento de inicio.

Motivación para el consumo.

Frecuencia de consumo, cantidad y vía de administración. Frecuen­cia de consumo en exceso.

Necesidad de aumentar dosis, necesidad de pagar parar adquirir sustancia, intentos de dejar.

Conductas de riesgo relacionadas al consumo de la sustancia (lesio­nes, conducción de vehículos bajo efectos del consumo, relaciones sexuales sin protección, etc.).

**Desarrollo puberal**

Existe una gran variabilidad en el inicio, duración y culminación de los eventos, sin embargo, la secuencia de los mismos sigue un patrón común.

Para que la menarca tenga lugar, las mujeres necesitan que un 17% de su peso corporal este constituido por masa grasa y, para una ovulación ade­cuada, necesitan un 22% de grasa corporal. Es importante conocer este dato para no fomentar dietas a adolescentes que no las necesitan.

**La pubertad es el proceso en que los niños se transforman en personas sexualmente maduras, capaces de reproducirse. Comienza con los primeros cambios puberales y finaliza con la adquisición de la capacidad de reproducirse y con el cese del crecimiento somático.**

***PUBERTAD EN LAS MUJERES***Ocurre entre los 8 y 16 años aproximadamente.Primer hito: aparición del botón mamario (M 2 de Tanner) Luego y/o al mismo tiempo, el vello pubiano (VP 2 de Tanner.)Aceleración del crecimiento (Tanner M 2). Pico máximo de crecimiento alrededor de los 12 años (intervalo: 10-14 años) precediendo a la menarca en 6 meses. Menarca Tanner M 3- 4 (Promedio: 12,5) o a los 2 después de la telarca.Desaceleración del crecimiento (Tanner M 4). Luego de la menarca pueden crecer entre 3 y 7 cm más en los tres años subsiguientes.

**PUBERTAD EN LOS VARONES** Ocurre entre los 9 y los 17 años aproximadamente. Primer hito: Aumento del volumen testicular (\_4cc) (Tanner G 2) (entre los 9,5 y 13,5 años. Promedio: 11,5).Luego crece el pene y aparece el vello pubiano (VP 2 de Tanner).Sigue la primera eyaculación (espermarca) (Tanner G 3-4) (entre los 12 y 16 años aproximadamente).La aceleración del crecimiento coincide Tanner G 4.

**EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA DE LA NIÑA Y LA ADOLESCENTE**

Esta exploración puede ser motivo de ansiedad paralos padres, la paciente y en ocasiones para el médico, pues habitualmente, se recibe poco entrenamiento en ginecología pediátrica. No obstante, el dominio de algunas técnicas y procedimientos pueden ser útiles para este tipo de examen.

 Por supuesto, el médico que se dedica a esta especialidad debe reunir una serie de conocimientos que abarcan otras especialidades clínicas, como endocrinología, pediatría y manejar la psicología particular inherente a esta consulta.

Es muy importante tener en cuenta los elementos psicológicos que rodean este examen, ya que no sólo se enfrenta a la complejidad y lo imprevisible de la psiquis infantil, sino también al manejo, que en ocasiones es muy difícil, de los padres, muchas veces excesivamente ansiosos ante el lógico temor que inspira una enfermedad ginecológica en la niña y la perspectiva de una exploración por demás mitificada y llena de tabúes.

No se debe olvidar que esta exploración puede ser decisiva en la futura actitud de esta niña o adolescente hacia estos procederes, e incluso, hacia sus genitales y salud reproductiva, de manera que si esta primera experiencia le resulta agresiva y traumática, puede ser crucial en el posterior desenvolvimiento de la atención y cooperación de la paciente y marcaría la psiquis de la niña de forma indeleble. Por todo esto, no es ocioso repetir lo fundamental de lograr la comunicación con la paciente, como paso previo a cualquier exploración ginecológica.

**POSICIONES MÁS FRECUENTESPARA LA EXPLORACIÓN**

Por lo general, las niñas más pequeñas pueden ser examinadas en varias posiciones. La más comúnmenteusada, por su utilidad, es cuando la niña yace en posición de "rana". También puede examinarse sobre el regazo de la madre, si se halla asustada y poco cooperativa. Algunos médicos prefieren la posición genupectoral, porque facilita la visualización del tercio inferior de la vagina al mantenerse abierto el orificio. Por último, las adolescentes y niñas mayores, pueden adoptar la clásica posición de litotomía.

Existen 4 etapas biendiferenciadas y signadas por cambios propios del crecimientoy desarrollo, a saber:

1. La recién nacida hasta 8 semanas.

2. A partir de las 8 semanas hasta los 6 años y 11 meses.

3. De 7 años hasta los 9 años y 11 meses.

4. Desde los 10 años hasta los 14 años.

La aplicación de los estadios de Tanner debe sernorma en el examen, como evaluación del desarrollonormal de la niña, porque traduce trastornos de la pubertadu otra enfermedad con incidencia en los caracteressexuales secundarios.

Habitualmente la presión suave con lospulgares sobre la región glútea, es suficiente para entreabrirlos labios y el himen, con lo que se logra laobservación del tercio o mitad inferior de la parte posteriorde la vagina. La niña puede cooperar, utilizandola sencilla estratagema de pedirle que se mantenga soplando un globo o un guante de látex.

En sentido general, cada grupo tiene sus característicaspropias, que debemos tomar en cuenta y tenerpresentes, para no incurrir en el error de tomar comopatológico algo normal.

Existen vaginoscopios especialmente diseñados alefecto (*Müller, Huffman-Huber*, etc.). No obstante, esposible hacer uso de otros instrumentos que se caracterizanpor su poco grosor y posibilidades de iluminacióndirecta o indirecta. Son de utilidad el espéculoangosto de Pedelson, o el uso de un espéculo nasal, loscuales no tienen luz incorporada. El laringoscopio pediátrico,un citoscopio o histeroscopio y otoscopios adaptados,todos con iluminación propia, son algunos otrosinstrumentos con posibilidades para la exploración.

***Procederes diagnósticos de mayor utilidad en la atención a niñas y adolescentes.***

**PRUEBAS AUXILIARES**

El uso de la radiología, laparoscopia, ultrasonografía,los estudios hormonales y genéticos, tienen suindicación y especificidades, aunque no es objetivo nipropósito en esta exposición, el detallarlos (fig. 38.4).

Es muy importante el papel de la ultrasonografíaen estas pacientes, no sólo por su indudable aportacióndiagnóstica, sino también por ser un medio indoloro, noinvasor ni agresivo y susceptible de ser utilizado encualquier edad, lo cual lo torna insustituible. Por supuesto,a la ginecología pediátrica no le son ajenos losmás modernos estudios imagenológicos actuales, comola tomografía axial y la resonancia magnética nuclear.

* ***Afecciones Ginecoendocrinas en edades pediátricas y de la adolescente.***

***Alteraciones anatómicas de los genitales***

1. Genitales ambiguos.

2. Aglutinación de labios y vulva.

3. Quistes periuretrales de la recién nacida.

4. Variantes himeneales.

Por su relativamente elevada frecuencia y por seruna entidad de fácil diagnóstico y atención ambulatoria,sólo nos referiremos a la aglutinación de labiosy vulva, que es de todas las descritas la única que puedeser diagnosticada y tratada inicialmente en el consultoriodel médico de familia.Las niñas con aglutinación labial o vulvar suelenser llevadas al médico por la distorsión anatómicanotoria que la alteración produce. En ocasiones, la aglutinaciónes tan completa que parece que no hay aberturaa través de la cual pueda orinar la paciente.

A veces, los casos avanzados de aglutinación seconfunden con un himen imperforado o genitales ambiguos.

En el primer caso, siempre se debe encontrarun orificio uretral normal en el piso del vestíbulo, apenaspor delante del himen imperforado; este último seobservará en el mismo plano que el orificio uretral enel piso del vestíbulo.

* ***Afecciones ginecológicas en la niña y la adolescencia. Afecciones mamarias en niñas y adolescentes. Tumores Ginecológicos en niñas y adolescentes.***

**Vulvovaginitis en la infancia y premenarquía**

Nos referiremos en esta exposición únicamente alas vulvovaginitis de la niña y la adolescente premenárquica,debido a que las vulvovaginitis posmenstrualespresentan por lo general etiología, así como diagnósticoy manejo terapéutico, similares a los de la mujer adulta.

**Principales factores predisponentes a la vulvovaginitis en la niña**

1. Déficit de los mecanismos fisiológicos de defensa.

2. Uso frecuente de antibióticos.

3. Parasitosis (oxiuros).

4. Incontinencia urinaria y fecal, o ambas.

5. Enuresis.

6. Obesidad.

7. Deficiente higiene genitoanal.

8. Rascado con uñas sucias.

9. Hacinamiento y compartir artículos de higiene personalcon adultos.

10. Masturbación.

11. Baños en piscinas y tinas.

12. Alérgenos e irritantes locales.

13. Abuso y agresiones sexuales.

**Anamnesis**

**Síntomas y signos**

**Diagnóstico**Examen físico

 Exámenes complementarios

**Clasificación etiológica de las infecciones genitales en la niña yadolescente premenárquica**

1. *Leucorreas fisiológicas:*

a) Recién nacida.

b) Premenarquía.

2. *Infecciones bacterianas inespecíficas:*

a) Higiene y aseo deficiente.

b) Agentes irritantes locales.

c) Cuerpos extraños.

3. *Infecciones bacterianas específicas:*

a) Secundarias a infecciones gastrointestinales.

b) Secundarias a infecciones respiratorias.

c) Secundarias a infecciones de la piel.

d) Secundarias a sepsis urinaria.

e) Secundarias a infecciones exantemáticas.

4. *Infecciones virales:* herpes simple, condiloma acuminado,

etc.

5. *Infecciones por protozoos: Trichomonas*.

6. *Infecciones micóticas: Candida albicans*.

7. *Infecciones de trasmisión sexual:* en niña o adolescentesin relaciones sexuales, se debe descartarabuso sexual.

8. *Otras causas.*

**TRATAMIENTO**

El tratamiento de las vulvovaginitis está en estrecharelación con la causa que la provoca. La gran mayoríade las pacientes responden a una etiologíabacteriana inespecífica, que se resuelve en un alto porcentajecon el cambio de hábitos higiénicos y educaciónsanitaria.

El tratamiento específico antibiótico se indicarácuando exista un diagnóstico microbiológico definido;la administración puede ser por vía sistémica o aplicaciónlocal. En nuestra experiencia un alto porcentajede estas pacientes responden favorablemente a la asociaciónde medidas higiénicas y cremas antibióticas deuso local. En casos muy específicos, cuando la pacientepresenta una amplia abertura himeneal y siempreprecedida de una adecuada explicación a los familiares,hemos utilizado con éxito óvulos antibióticos intravaginales.No debemos olvidar la alta asociación del parasitismo(oxiuro) con las vulvovaginitis. Ante esta afecciónsiempre deben ser tratados tanto la paciente comosus familiares más cercanos o cuidadores.

**Hemorragias genitales en la infancia y premenarquía**

A pesar de que el sangramiento genital en las niñasy adolescentes premenárquicas no ha presentadoen nuestra experiencia una incidencia importante, noes menos cierto de que cuando ocurre crea una granconmoción familiar, y en muchas ocasiones es un problemadifícil de resolver por parte del médico, motivopor el cual describiremos de forma resumida las principalescausas de sangramiento genital en estas edadesy su atención.

**Hemorragia genital de la recién nacida**

**Cuerpo extraño**

**Infecciones e infestaciones**

**Traumatismos y heridas**

**Otras causas**

Se describen también como causas de sangramientogenital en niñas y adolescentes premenárquicasel prolapso de la mucosa uretral, discrasias sanguíneas,pubertad precoz y neoplasias, entre otras.

***Sarcoma botrioide****,* que de los tumoresmalignos de vagina, cuello y útero, es el más frecuenteen las niñas.

***Hemorragia genital de causa no conocida.***

***Hemorragia genital posmenarquía***

1. *Anovulatorias:* inmadurez hipotalámica (SUD).

2. *Central:*

a) Neurógenas.

b) Tumorales.

c) Psicógenas.

d) Emocional, estrés y traumas.

3. *Intermedia:*

a) Nutricional.

b) Suprarrenal y tiroides.

c) Otras enfermedades endocrinas.

4. *Gonadal:*

a) Tumores productores de esteroides.

b) Insuficiencia luteal.

5. *Órgano blanco:*

a) Hiperplasia endometrial.

b) Enfermedad inflamatoria pélvica.

6. *Trastornos de la hemostasia:*

a) Complicaciones del embarazo.

b) Iatrogénicos o medicamentosos.

***Sangramiento uterino disfuncional (sud)***

La hemorragia uterina disfuncional es la urgenciaginecológica más frecuente de la adolescente; este trastornose define como hemorragia excesiva prolongadae irregular, que proviene del endometrio y no se relacionacon lesiones anatómicas del útero.

**Diagnóstico**

Es un diagnóstico de exclusión, por lo que ante lapaciente con sangramiento genital, debemos contestar

3 preguntas:

1. ¿Es de origen uterino la hemorragia?

2. ¿Es anovulatoria?

3. ¿Ocurre en ciclos ovulatorios (tal vez tienen causaorgánica)?

***Pruebas básicas de laboratorio****.* Estas son lassiguientes:

1. Hemograma completo.

2. Coagulación y sangramiento.

3. Cuantificación hormonal (TSH, FSH).

***Los principios generales del tratamiento son:***

1. Hacer el diagnóstico (diagnóstico diferencial).

2. Valoración de la paciente.

3. Individualización del tratamiento.

4. Observación continúa.

La hemorragia uterina disfuncional en no pocoscasos puede ser tratada de forma ambulatoria, porquetiene una buena respuesta al uso de los anticonceptivosorales en forma cíclica, ya que estos reducen el sangramientomenstrual en 60 % de las pacientes con úteronormal. En otras pacientes se hace necesario el usode productos hormonales de uso parenteral en dosisaltas, sobre todo en el tratamiento inicia.

**Afecciones mamarias en niñas y adolescentes**

***Las anomalías congénitas fundamentales son:***

1. *Atelia:* agenesia del pezón.

2. *Alteraciones del desarrollo del pezón:* plano, umbilicadoy fisurado.

3. *Politelia:* pezones supernumerarios.

4. *Amastia:* ausencia del botón mamario (se asocia asíndrome de Poland).

5. Polimastia: mamas supernumerarias.

**Trastornos mamarios en niña Prepúber**

Hipertrofia neonatal

*Telarquía prematura*

*Telarquía precoz*.

*Linfangiomas, hemangiomas o linfohemangiomas.*

**Trastornos mamarios en las adolescentes**

*Ingurgitación dolorosa*

*Asimetría.*

*Hipoplasia.*

*Hipertrofia virginal*.

*Galactorrea.*

*Atrofia*

*Mastitis.*

*Nódulos y tumores*

***Preguntas de control***

¿Diga algunos criterios bioéticos a tener en cuenta en la atención Integral a Adolescentes?

Mencione algunas afecciones ginecológicas en la niña y la adolescente

***CONCLUSIONES***

1. Marco legal y ético de la atención ginecológica a niñas y adolescentes.
2. *La Historia Clínica*
3. Exploración ginecológica de la niña y la adolescente
4. Procederes diagnósticos de mayor utilidad en la atención a niñas y adolescentes
5. Afecciones ginecológicas en la niña y la adolescencia

***Orientación de la próxima actividad***

Desarrollo puberal normal y sus variantes. Crecimiento y desarrollo normal de la mujer en las primeras dos décadas de la vida.

***Bibliografía básica:***

1. Rigol – Santisteban. Libro de texto. Obstetricia y Ginecología. La Habana. ECIMED. 2014.
2. Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y tratamiento. Colectivo de autores. La Habana. ECIMED. 2013.

***Bibliografía complementaria.***

* Águila Setién SI, Álvarez Toste M, Breto García A, Carbonell García I, Delgado Calzado J et al. La morbilidad materna extremadamente grave. Un reto actual para la disminución de la mortalidad materna. Editorial: Molinos Trade S.A. 2012. La Habana, Cuba. INHEM-UNICEF. ISBN: 978-959-212-823-1.
* Águila Setién S, Breto García A, Cabezas Cruz E, Delgado Calzado J, Santisteban Alba S. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2012. ISBN: 978-959-212-783-8.
* Vázquez Cabrera J. Embarazo, parto y puerperio. Principales complicaciones. Ed. Ciencias Médicas, La Habana, 2009. ISBN 978-959-212-562-9.
* Williams, Obstetricia. 24a. Ed. Editorial McGraw-Hill (Access Medicina). 2015. ISBN: 978-607-15-1277-2. Disponible en: http://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=1525.
* Ginecología de Williams. 2a Ed. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V. 2014. ISBN: 978-607-15-1003-7
* Disponible en: http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1511&sectionid=98620385.
* Oliva Rodríguez J.A. Obstetricia y Ginecologia. La Habana ECIMED, 2007.

***Bibliografía en Inglés disponible en:***<https://www.glowm.com/.../Gynecologic%20Proble>...

Traducir esta página

Gynecologic care of the adolescent presents challenges and opportunities for the physician who .... Vulvovaginitis is a common condition in the pediatric patient.

onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/.../summary

Traducir esta página

de DK Edmonds - &#8206;Citado por 8 - &#8206;Artículos relacionados