

Atención primaria de la patología ginecológica en la etapa adolescente

Primary care in the adolescent gynecological pathology

Dr. José M. Méndez Ribas^{a,b}

RESUMEN

La medicina para adolescentes ya es una verdadera especialidad y la ejercen, sobre todo, médicos capacitados en Pediatría, clínicos de familia y ginecólogos que se hayan formado debidamente en su adecuada atención y con vocación por hacerlo.

Basado en la experiencia como miembro fundador y director por más de 20 años del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas (Universidad de Buenos Aires), presento una metodología de atención con el objetivo de mostrar un abordaje integral de las adolescentes haciendo énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades en general y en salud reproductiva en particular.

Palabras clave: medicina, adolescente, atención primaria, prevención y promoción, salud reproductiva.

ABSTRACT

The Medicine for adolescents is a true specialty mostly exercised by doctors trained in pediatrics, family clinicians and gynecologists properly trained in their care and with the vocation for that. Based on my experience as a Founding Member and Director for more than 20 years of the Adolescence Program of the Hospital de Clínicas (University of Buenos Aires), I presented a methodology of attention with the objective of showing a comprehensive approach of the adolescents with an emphasis on general health promotion and prevention of diseases, and on reproductive health in particular.

Key words: medicine, adolescent, primary care, prevention and promotion, reproductive health.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.156>

- a. Universidad de Buenos Aires
- b. Universidad Nacional de La Plata.

Cómo citar: Méndez Ribas JM. Atención primaria de la patología ginecológica en la etapa adolescente. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(2):156-159.

Correspondencia:
Dr. José M. Méndez Ribas:
mr@consultoriointegral.com.ar

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 22-3-2017
Aceptado: 9-10-2017

INTRODUCCIÓN

Los que contribuimos en nuestra época (década del setenta) a la promoción del desarrollo de la medicina para adolescentes siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS) vemos hoy, con alegría y un poco de orgullo, que la práctica ya está consolidada, sobre todo, entre los pediatras, los

médicos de familia y los especialistas en Ginecología especialmente capacitados.

Además, tanto a nivel nacional como internacional, ya existen sociedades científicas que se ocupan de la capacitación de los profesionales comprometidos con el tema a través de cursos, congresos o pasantías: Comité de Estudio Permanente del Adolescente (CEPA), Sociedad Argentina de Ginecología Infantojuvenil (SAGIJ), Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe (CODAJIC), Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología para la Infancia y la Adolescencia (ALOGIA), Federación Internacional de Ginecología Infantojuvenil (FIGIJ). También ya contamos, en la actualidad, en nuestro país, con carreras universitarias (Universidad de Buenos Aires), como la que se dicta en el Hospital de Clínicas desde 2012 en el señero Programa de Adolescencia que allí funciona en forma interdisciplinaria desde 1986.

En nuestro concepto, no creemos que deba crearse una nueva especialidad, sino que, simplemente, tanto el pediatra como el médico de familia y el ginecólogo deben capacitarse en la atención de este grupo etario tan específico y agregar estos conocimientos a los de su formación de base, siempre y cuando tengan vocación y empatía para ello.

En nuestro sistema de salud, y a diferencia de Europa y Estados Unidos, el ginecólogo y el pediatra son médicos de atención primaria, pero, en la práctica, muchas veces, ejercen solo la asistencia secundaria y terciaria, y, así, se pierden muchas oportunidades por no ejercer su rol más importante, que es la promoción de la salud y la prevención de las patologías más prevalentes en una edad tan sensible.

Por ser nuestra especialidad la Ginecología, en este artículo, nos referiremos en general a los aspectos más relacionados con la salud reproductiva, pero con un enfoque interdisciplinario que enfatice el rol del ginecólogo en su vínculo con la adolescente mujer y con los pediatras.

Por definición de la OMS, la "atención primaria" es "el cuidado esencial de la salud basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, y con tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias de la comunidad a través de su participación total y a un costo al que la comunidad y el país puedan acceder".

En nuestro concepto, el ginecólogo que por vocación "sienta" la atención primaria debe ser el médico generalista de la mujer y, para ello, debe capacitarse priorizando la salud sobre la enfermedad e irá incorporando a la consulta los factores psicológicos y sociales que inciden en ella en todas las etapas de su vida.

¿Cómo ejercer la atención primaria en la adolescente?

No es necesario enfatizar la importancia que tienen la prevención y la enseñanza del cuidado de la salud en esta edad, ya que es obvio que una adolescencia sana (en el aspecto biopsicosocial) sienta las bases para una adultez sana. De ahí, la jerarquía de la primera consulta al ginecólogo, ya que de ella dependerá que la consulta periódica en salud se haga una rutina. No se debe perder esta oportunidad. Y de aquí se desprende lo necesario que es el buen vínculo entre el pediatra y el ginecólogo.

Para enfatizar este concepto, debemos recordar que la mayoría de las patologías ginecológicas que afectan a la mujer adulta comienzan en la etapa adolescente. Como ejemplos:

- Esterilidad e infertilidad.
- Disfunciones endócrinas.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Síndrome metabólico. Obesidad.
- Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia/bulimia).
- Carcinoma de cuello uterino.
- Endometriosis.
- Disfunciones sexuales.
- Malformaciones genitales obstructivas.
- Adicciones en general.
- Etc.

Es decir que es necesario cambiar el abordaje y la actitud hacia nuestras jóvenes pacientes y no quedarnos a esperar la consulta de la adolescente enferma, sino que "iremos en busca de la sana" aprendiendo a hacer controles de salud.

Pero, antes, debemos concordar que son "muchos" los grupos de adolescentes que hoy

socialmente podemos distinguir, muy disímiles entre sí, y que condicionan la consulta:

- quien tiene posibilidad de concretar un proyecto de vida a través de estudios terciarios,
- quien solo pudo completar la escuela primaria con o sin inserción laboral,
- quien tuvo que emigrar con destino incierto,
- quien tiene problemas de desnutrición,
- quien ya es madre.

Lamentablemente, nuestro sistema de salud y de educación aún no está ofreciendo respuestas normalizadas a estos distintos grupos sociales.

Con fines didácticos, explicaremos cuál debe ser nuestro accionar como ginecólogos infantojuveniles desde la prevención, en dos etapas bien diferenciadas de la pubertad: premenarca y posmenarca.

PREMENARCA

Ante la cada vez más frecuente pregunta que las madres ahora nos hacen: "Doctor, ¿cuándo debo llevar a mi hija por primera vez al ginecólogo?", hasta no hace mucho, respondíamos: "Cuando tenga algún problema o bien cuando inicie su actividad sexual". Hoy, bajo el concepto de atención primaria y puesto el foco en la prevención, debemos decir: "A partir de los 11 años, dos veces por año" para evaluar su crecimiento antes de la menarca. Pero ¿qué podemos y debemos hacer frente a una niña de 11 años sana? Como veremos, mucho.

¿Qué evaluar y controlar?

Si bien esta primera parte hace al saber inherente al pediatra, no es tan así para el ginecólogo o médico generalista.

Debemos comenzar con los controles de crecimiento y desarrollo, y volcarlos a un gráfico percentilado de talla y peso. Hay que calcular el índice de masa corporal (IMC) y consignar en qué período de Tanner (vello pubiano y mama) está. Es importante mostrarle a la adolescente estos datos. Para ello, la sala de examen debe contar con una balanza de precisión y un altímetro por separado y los gráficos correspondientes de talla y peso bien visibles para la paciente.

Luego, debemos evaluar el desarrollo óseo y su adecuada osificación como preparación para el importante pico de crecimiento que ocurrirá poco después. Se aprovecha para observar hábitos posturales y cómo está alineada la columna para prevenir las frecuentes desviaciones posteriores (escoliosis, xifosis). La presencia de ellas puede producir dolores referidos a la mama y ser causa de "mastalgia" sin patología específica. Ante cuadros de desnutrición (causas sociales, anorexia), hoy podemos evaluar, con una densitometría que tenga el software adecuado para estas edades, cómo se está realizando la

osificación de la columna y realizar oportunas intervenciones ante desviaciones (véase el *Anexo 1*, en formato electrónico).

A continuación, mediremos la relación masa grasa / masa magra con la maniobra del pliegue tricípital o, más exactamente, con el plicómetro si se cuenta con uno. Debemos explicitar la importancia que esto tiene para una menarca en la edad adecuada y el rol fisiológico del tejido celular subcutáneo (TCS) en la mujer. Hoy sabemos que el TCS es una verdadera “glándula endócrina” capaz de sintetizar estrógenos a partir de los andrógenos ováricos y adrenales por la acción de la aromatasa. Además, segrega varias hormonas que contribuyen a regular el metabolismo. Unas de las más importantes (leptina, adiponectina) informan al cerebro (hipotálamo) el estado de los depósitos corporales de grasa y, por lo tanto, funciona como un gestor del balance energético. Su acción a nivel hipotalámico es medida por péptidos, entre los que se destaca el neuropéptido Y. Este es un potente estimulador del consumo alimenticio, inhibe la termogénesis y también tiene influencia sobre los pulsos de gonadotrofinas, lo que confirma la jerarquía de la nutrición sobre la función reproductiva. Durante la pubertad, para obtener ciclos menstruales regulares y ovulatorios, es necesario alcanzar el 21% de grasa corporal, por lo cual el médico debe evaluarlo. Para ello, lo hace clínicamente (maniobra del músculo tricípital) o, con más exactitud, con un plicómetro y observa las medidas en el cuadro específico percentilado (véase el *Anexo 2*, en formato electrónico).

Insistimos tanto en este punto porque el factor que más altera una pubertad normal es el nutricional.

Por lo tanto, debemos repasar el patrón alimentario de la niña considerando que, en esta etapa de crecimiento, hay que consumir alrededor de 2200 calorías diarias y 1500 mg de calcio (OMS). Además de la cantidad y la calidad de los alimentos, necesitamos investigar los hábitos alimentarios de la paciente y de su familia para detectar precozmente trastornos en la conducta alimentaria. Para ello, incluimos en el interrogatorio preguntas específicas:

- ¿Cómo ves tu cuerpo?
- ¿Estás haciendo dieta?
- ¿Qué comiste ayer?
- ¿Qué actividad física practicás?
- ¿Con qué periodicidad e intensidad?

Las respuestas nos pondrán en la “pista” de cuadros incipientes de trastornos alimentarios no especificados (TANE), anorexia o bulimia sumadas al examen físico detallado.

Además, investigaremos con un abordaje interdisciplinario lo siguiente:

Estructura familiar: focalizando en la compleja relación madre-hija y la presencia

de violencia en la familia, tan traumática en la adolescencia.

Escolaridad: debemos investigar el rendimiento escolar, problemas en la escuela y el vínculo con sus compañeros (*bullying*).

Tiempo libre: si lo tiene o no. Sedentarismo o exigencia física/deportiva exagerada para la edad.

Higiene menstrual: debemos preparar su cuidado e higiene para la menarca y acompañar con folletos ilustrativos. Fisiología de la autodepuración vaginal.

Por último, respetando el pudor de la niña, examinaremos cuidadosamente las características anatómicas de la vulva (conformación del himen, permeabilidad vaginal) para asegurarnos la correcta salida posterior de la sangre menstrual (descartamos así la posible presencia de malformaciones genitales obstructivas).

Es de buena práctica realizar una primera ecografía ginecológica transabdominal para corroborar el correcto desarrollo del aparato genital interno y que también lo pueda observar la adolescente, ya que le será muy útil para terminar de conformar su esquema corporal y ver objetivamente el tamaño real y la estructura tanto del útero como los ovarios explicitado por un ecografista competente.

Al repasar este resumen, queda claro cuántos desvíos del desarrollo puberal normal podemos detectar y/o prevenir antes del pico de crecimiento, además de poder neutralizar a tiempo disfunciones familiares o hábitos perjudiciales para la consolidación de la estructura de personalidad posterior.

POSMENARCA

Ocurrida la menarca y ya en plena adolescencia, realizamos los siguientes controles de salud:

A. *Prevención de patologías clínicas específicas del proceso adolescente:*

- Investigamos antecedentes de enfermedades crónicas iniciadas en la etapa infantil (insuficiencia renal, diabetes, asma, etc.).
- Detectamos estados depresivos preocupantes (suicidio).
- Descartamos hipertensión e hipercolesterolemia familiar.
- Repasamos el calendario de vacunas y completamos las que faltan según el Calendario Nacional de Vacunación vigente del Ministerio de Salud.
- Promovemos el no uso de tabaco, alcohol, drogas y anabólicos esteroideos.
- Prevenimos accidentes de tránsito.
- Detectamos tecnodependencia.

B. *Prevención de patologías ginecoendócrinas:* como ginecólogos, estos son los temas que más conocemos, pero conviene repasarlos en orden.

- Control de los primeros ciclos. Reconocimiento y enseñanza del proceso ovulatorio. Conexión de cerebro-hipófisis-ovario.
- Evaluación del dolor menstrual. Pesquisa de endometriosis.
- Adecuada evaluación de los trastornos del ciclo. Debemos descartar hiperandrogenismo, acné, hirsutismo.
- Detección del perfil de poliquistosis ovárica (oligoamenorrea, síndrome metabólico).
- Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia, obesidad.
- Asesoramiento sobre la responsabilidad coital. Consejería en anticoncepción. Rol del preservativo y anticoncepción de emergencia.
- Prevención de infecciones de transmisión sexual: síndrome de inmunodeficiencia adquirido.
- Detección de malformaciones genitales altas (ecografía).
- Cuidado oncológico. Pesquisa de virus del papiloma humano –*human papilloma virus*; HPV, por sus siglas en inglés– de alto riesgo (papanicolaou y colposcopia). Ecografía ginecológica (tumores de ovario de origen embrionario). Examen mamario (nódulos fibroadenomatosis, malformaciones).

En relación con este punto, cabe aclarar que el Ministerio de Salud, para un tamizaje nacional, recomienda iniciar la toma de papanicolaou 3 años después de iniciadas las relaciones sexuales, pero, a nivel individual, es práctico hacer el estudio al año de haber comenzado para detectar la primoinfección viral y enseñar a la adolescente la importancia de los chequeos anuales.

- Pesquisa prudente de abuso sexual: bajo rendimiento escolar, introversión, depresión, tristeza, dolores abdominales crónicos e imprecisos, trastornos de la conducta alimentaria, fobias, masturbación compulsiva.

Para llevar a la práctica esta metodología de atención, debemos preparar y equipar el consultorio para una correcta instrumentación: instalar una balanza de precisión, un altímetro y tablas percentiladas visibles en la pared. Además, debemos tener a disposición para entregar numerosa y variada folletería con distintos temas relacionados con la salud adolescente, útiles para las pacientes y su familia, y que enfatizen, fundamentalmente, la prevención y los cambios de hábitos con la promoción de la salud.

Finalmente, es muy útil optimizar la comunicación con las pacientes utilizando las ventajas que ofrece internet, el correo electrónico y una moderna página web para el fácil acceso de los jóvenes al médico, que incluya las urgencias.

El llevar a la práctica desde hace muchos años esta metodología de trabajo nos convenció de que este enfoque era la mejor manera de evitar las oportunidades perdidas en la salud de los jóvenes para anticiparnos a los procesos patológicos, muchas veces, irreversibles, que pueden afectar a la mujer adulta.

Finalmente, no debemos olvidar que está vigente la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños y Adolescentes promulgada hace ya 11 años para que contribuyamos desde el área de la salud a su adecuado cumplimiento y para empoderar a los adolescentes para que estos se respeten.

- Derecho a la vida.
- Derecho a ser protegido contra la explotación económica y el trabajo infantil.
- Derecho a crecer bien física, mental, espiritual y socialmente.
- Derecho a crecer en un ambiente saludable.
- Derecho a la identidad.
- Derecho a vivir de acuerdo con su cultura y su religión.
- Derecho a ser protegido del uso ilícito de drogas.
- Derecho a recibir protección y atenciones para su bienestar.
- Derecho a la educación.
- Derecho al juego, al reposo y a la diversión.

COMENTARIO

Siguiendo las recomendaciones de la OMS/OPS, el ocuparse de la salud integral de los adolescentes debe ser una de las tareas prioritarias de las políticas de salud pública por el impacto que tendrán.

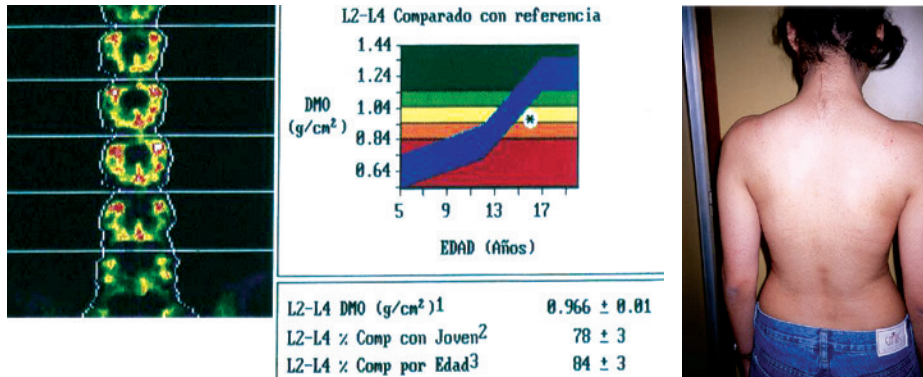
Para ello, es necesario capacitar de manera adecuada a clínicos generalistas, pediatras y ginecólogos prioritariamente para tal función y enfatizar el abordaje interdisciplinario de la problemática adolescente y la prevención de las patologías específicas biopsicosociales que la pueden afectar.

Este artículo apunta a ello y explica una normativa de trabajo integral a partir de la salud reproductiva. ■

LECTURAS RECOMENDADAS

- Sociedad Argentina de Ginecología Infantojuvenil. Ginecología Infantojuvenil: un abordaje interdisciplinario. Buenos Aires: Journal; 2015.
- Emans J, Laufer M, Goldstein D. Ginecología en la infancia y la adolescencia. 6.a ed. Madrid: Lippincott; 2012.
- Sánchez de la Cruz B. Ginecología Infantojuvenil. Buenos Aires: Panamericana; 2011.
- Bruni V, Dei M. Pediatric and Adolescent Gynecology. Roma: CIC Internazionali; 2003.
- Méndez Ribas JM. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. 3ª ed. Buenos Aires: Ascune; 2015.

Anexo 1. Densitometría de la columna con el software adaptado para adolescentes. Leve escoliosis productora de pseudomastalgia



Anexo 2. Maniobra del pliegue tricipital y uso del plicómetro

