Prog Obstet Ginecol. 2014;57(8):375—379

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog

PROTOCOLOS SEGO

Entrevista y exploración en ginecología en la adolescencia (actualizado de enero de 2013)

Gynecological history-taking and physical examination in adolescents (updated January 2013)

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Indicaciones de la consulta ginecológica en la adolescencia

1. Información sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva: durante el desarrollo puberal para confirmar la normalidad del proceso y ayudar a los jóvenes en esta etapa de cambios[1]; en las adolescentes que ya están al final de la pubertad con el fin de confirmar su normalidad ginecológica; en las jóvenes que ya mantienen relaciones sexuales para la prevención y el diagnóstico precoz de los trastornos ginecológicos; en todas estas situaciones, así como en los procesos patológicos, se informará sobre sexualidad saludable, anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). La consulta con el ginecólogo también sirve a las adolescentes para tener a un profesional de referencia con quien consultar en caso de tener dudas o problemas[2,3].
2. Trastornos de la pubertad femenina (retraso puberal).
3. Trastornos menstruales: dismenorrea severa, amenorrea primaria y secundaria, irregularidades menstruales más de 2-3 años después de la menarquia, sangrado genital abundante.
4. Trastornos mamarios: nódulo, asimetría, exceso o defecto en el tamaño de las mamas, secreción, mastitis, traumatismo.
5. Signos de hiperandrogenismo: acné importante, hirsutismo.
6. Enfermedad vulvar: trastornos himeneales, vulvovaginitis, asimetría, nódulo, dolor, traumatismo.
7. Infecciones de transmisión sexual.
8. Dolor abdominal, para descartar enfermedad ginecológica.
9. Masas anexiales[4].
10. Embarazo.
11. Desórdenes del desarrollo sexual.
12. Abuso sexual.
13. Anticoncepción.

Entrevista ginecológica

La entrevista ginecológica con la adolescente puede realizarse con la joven a solas o con un acompañante. Cuando la entrevista se realiza con la adolescente acompañada siempre hay que reservar un tiempo para hablar con ella a solas. Hay que asegurarle la confidencialidad[5], y que algunos temas solo se tratarán con sus padres o acompañantes si ella así lo desea. Cuando exista algún problema grave para la salud hay que comentarle que el tema deberá ser tratado con los adultos responsables.

Anamnesis

Antecedentes familiares

- Enfermedades hereditarias, alteraciones de la coagulación, tromboembolias.
- Talla y tipo constitucional de los padres y hermanos.

Correo electrónico: sego@sego.es.

http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2014.05.003
0304-5013/© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

- Edad de menarquia de la madre y las hermanas.
- Edad de menopausia de la madre.
- Tipo menstrual de la madre y las hermanas.
- Problemas ginecológicos de la madre y las hermanas.

Datos generales

- Filiación.
- Motivo de la consulta.
- Alimentación.
- Cambios de peso.
- Medicaciones y drogas.
- Deporte.
- Situación escolar.
- Estado mental y psicológico.
- Problemas asociados: acné, hirsutismo, secreción mamaria, olfacción.

Antecedentes personales generales

- Enfermedades generales.
- Cirugía.
- Alergias.
- Medicaciones.
- Vacunaciones: rubéola, varicela, hepatitis B, VPH.
- Grupo sanguíneo y Rh.

Pubertad

- Crecimiento y desarrollo.
- Cronología del desarrollo puberal.

Características menstruales

Es recomendable aconsejar a las adolescentes que anoten en un calendario las fechas de sus menstruaciones[6].

- Edad de la menarquia.
- Cantidad de menstruación.
- Duración de la menstruación.
- Duración de los ciclos.
- Apósitos utilizados.
- Fecha de la última menstruación.
- Dismenorrea.

Antecedentes ginecológicos

- Relaciones sexuales.
- Edad de inicio.
- Número de parejas sexuales.
- Anticoncepción y frecuencia de utilización.
- Utilización de preservativo.
- Embarazos.
- Antecedentes de agresión o abuso sexual.

Exploración física general

En la exploración física general en la adolescencia utilizamos las curvas de crecimiento para valorar el peso, la talla y la relación entre ellos (índice de masa corporal) así como la correspondencia de estos datos dentro de la normalidad según cada edad cronológica.

Realizar toma de tensión arterial y pulso, valorar el estado de la piel y las mucosas (especialmente relevante en las jóvenes con trastornos por sangrado excesivo) y realizar una palpación abdominal.

Valorar la presencia de signos de enfermedades generales y de endocrinopatías, incluido el hiperandrogenismo (acné, seborrea, hirsutismo).

La valoración del desarrollo puberal se realiza mediante los estadios de Tanner, descritos en 1962[7], para situar a cada paciente dentro de la normalidad según su edad cronológica. Se valora el vello axilar, el vello pubiano y el crecimiento mamario[8]. Los estadios puberales catalogan el desarrollo puberal, valorando los distintos pasos de esta evolución corporal (tabla 1).

Tabla 1 Valoración del desarrollo puberal (estadios de Tanner)

Estadio I	Mama preadolescente o infantil, pezón sin masa glandular mamaria subyacente Ausencia de pilosidad pubiana y pilosidad axilar Aspecto no estimulado de la vulva
Estadio II	Elevación de la mama y del pezón, aumento de tejido celular subcutáneo, agrandamiento del diámetro areolar con ligera pigmentación, botón glandular mamario Inicio de la pilosidad en los labios mayores, poco pigmentada Inicio de la pilosidad axilar Aspecto estimulado de la vulva
Estadio III	Agrandamiento de la mama y de la aréola Pilosidad más espesa, rizada y pigmentada, que alcanza el pubis Desarrollo de los labios vulvares
Estadio IV	Mama de mayor volumen, prominencia de la aréola y del pezón, aparición de las glándulas de Montgomery Pilosidad más abundante
Estadio V	Mama adulta, globulosa y esférica, pezón prominente eréctil, glándulas accesorias mamarias (sebáceas, sudoríparas, pilosas) Pilosidad pubiana completa, distribución femenina (triángulo invertido), extensión a cara interna de los muslos Pilosidad axilar completa. Menarquia

Exploración ginecológica

Cuando una adolescente ha de ser sometida a una exploración ginecológica suele presentar cierto temor. Ello generalmente es debido a la información que ha recibido a través de su familia (madres, hermanas), su círculo de amistades o también a través de los medios de comunicación[9]. Suele ser

una mezcla de miedo, desinformación en muchas ocasiones y temor a lo desconocido. En la mayoría de los casos esta será la primera exploración ginecológica de una joven, y por tanto puede condicionar determinadas actitudes frente al colectivo sanitario en el futuro. Por tanto es de especial interés que el médico adquiera la habilidad de explicar qué es lo que se va a realizar, con el fin de obtener la cooperación de la paciente[10]. El/la médico ha de ganarse la confianza de la joven y la ha de tranquilizar. De esta manera es más fácil que la adolescente pueda volver: es un principio para la continuidad de las revisiones ginecológicas que deberá realizar en el futuro[11].

En determinados casos, siempre que no haya una urgencia inmediata, se puede posponer la exploración.

La explicación que hay que dar a la adolescente (y en ocasiones también a sus padres o acompañantes) ha de incluir que no se trata (en la inmensa mayoría de las ocasiones) de una exploración dolorosa, si acaso algo molesta o desagradable, principalmente por el hecho de la vergüenza a enseñar algunas partes del cuerpo a una persona extraña.

Es recomendable la presencia de una enfermera o auxiliar que explique a la paciente qué es lo que debe hacer y la ayude a desvestirse, así como que le ofrezca una bata o toalla para respetar su pudor.

Al finalizar la exploración hay que comentar con la joven (si es el caso) que todo es normal, con el fin de tranquilizarla (muchas jóvenes tienen miedo a no ser normales por el aspecto de sus genitales externos o sus mamas)[12].

En general se recomienda explorar a la adolescente sin acompañante por encima de los 13 años, a no ser que ella lo pida específicamente. Antes de esta edad se debe respetar las preferencias de la joven. Siempre se reservará un momento en el cual se hable con la adolescente a solas (el médico o la enfermera), con el fin de comentar la confidencialidad de la exploración y para aprovechar si quiere expresar alguna preocupación que no quiere comentar delante de la persona acompañante. Ese es el momento de preguntar si mantiene relaciones sexuales coitales, si usa preservativo y ofrecerle la posibilidad de consultar a solas si así lo desea. También servirá para que ella sepa dónde ha de acudir si presenta algún problema relacionado con su salud sexual y reproductiva.

Se realizará la inspección y palpación mamarias para valorar la consistencia de las mamas (muy a menudo en la pubertad y la juventud estas son muy fibrosas) y la presencia de masas. Al principio de su desarrollo la mama es muy sensible a la palpación y hay que realizarla con mucho cuidado. Hay que recordar también que el desarrollo del botón mamario puberal puede ser asimétrico al principio. Se calcula que entre el inicio del desarrollo de una mama y de la otra pueden transcurrir hasta 12 meses. Se considera que el desarrollo mamario finaliza a la edad de 18 años[13].

La exploración genital variará según la existencia o no de relaciones sexuales coitales. Si no ha habido relaciones sexuales la exploración se basará principalmente en la inspección, y si es necesaria la exploración intravaginal se utilizan espéculos pediátricos o virginales (solamente si el himen permite su paso y escogiendo la medida del espéculo en función de la amplitud del orificio himeneal)[14].

Para la exploración intravaginal se utilizan espéculos pediátricos de distintos tamaños. El tamaño de la apertura vaginal nos indicará el tipo de espéculo que debemos utilizar. En determinados casos se puede utilizar un vaginoscopio o histeroscopio con fuente de luz fría para la inspección del cérvix y la vagina. Las indicaciones de la exploración intravaginal en una adolescente no activa sexualmente son: leucorrea persistente que no responde a tratamientos, sospecha de cuerpo extraño intravaginal, sangrado genital de origen desconocido, sospecha de infección de transmisión sexual y si se precisa obtener un cultivo vaginal no contaminado por la vulva[15–17].

El tacto rectal se puede realizar para la búsqueda de cuerpos extraños intravaginales (al palparlos a través de la pared vaginal posterior), para determinar el volumen uterino y la existencia de masas anexiales cuando existe dolor abdominal o pelviano o trastornos ginecológicos. Esta técnica es muy desagradable para las jóvenes, y como actualmente se dispone de métodos diagnósticos menos agresivos y que proporcionan mucha más información solo se usa en raras ocasiones.

En la adolescente que mantiene relaciones sexuales con penetración, la exploración ginecológica es igual a la de la mujer adulta: inspección del cuello del útero y tacto vaginoabdominal combinado para valorar los genitales internos.

Hay que recordar que probablemente esta será la primera o una de las primeras revisiones ginecológicas de la adolescente. Por lo tanto el/la médico deberá ser muy cuidadoso y lo menos agresivo posible.

Exploraciones complementarias en ginecología de la adolescencia

Ecografía ginecológica

La ecografía ginecológica es una técnica diagnóstica de gran ayuda en la adolescencia, ya que nos ofrece información relevante con una prueba no agresiva[18]. Se realizará por vía transabdominal con repleción vesical en la joven no sexualmente activa, o intravaginal en la adolescente que mantiene relaciones sexuales coitales. También se puede utilizar la ecografía transrectal. Según los hallazgos de la ecografía ginecológica se puede determinar si una joven ha iniciado o no su pubertad (tabla 2).

Indicaciones de la ecografía ginecológica en la adolescencia:

- Retraso puberal.
- Alteraciones menstruales (dismenorrea, amenorrea, sangrado infrecuente, sangrado excesivo).
- Masas pélvicas.
- Dolor abdominopelviano.
- Hirsutismo (para valorar el aspecto ovárico).
- Desórdenes del desarrollo sexual.
- Malformaciones genitales.

Tabla 2 Ecografía ginecológica

	Prepuberal	Pospuberal
Tamaño uterino	$\leq$ 3,5 cm	$>$ 3,5 cm
Relación cuerpo/cuello	$<$ 1	$>$ 1
Línea cavitaria	Ausente	Presente
Tamaño ovárico	$<$ 3 cm	$>$ 3 cm
Folículos ováricos	Ausentes	Presentes

Tabla 3 Citología vaginal

Etapa	Índice citológico de maduración. Porcentaje de células basales/intermedias/superficiales
Recién nacida	0/95/5
Prepuberal	100/0/0
Puberal	0/40/60-0/30/70
Pospuberal	5/85/15

Ecografía mamaria

Indicada para el estudio de nódulos mamarios, infecciones, secreciones. Para ampliar el estudio se puede utilizar la punción citológica mamaria ecoguiada, o el estudio citológico de las secreciones.

Citología vaginal

La citología vaginal nos sirve para el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino. Se realizará la primera citología cérvico-vaginal en los primeros 2-3 años después del inicio de las relaciones coitales. También se puede usar en caso de dudas sobre la impregnación estrogénica vaginal[19]. Según el aspecto morfológico de la citología, definiendo el índice de maduración, podremos determinar el estado hormonal de la adolescente (tabla 3).

Cultivos cérvico-vaginales y serología de las infecciones de transmisión sexual

En caso de vulvovaginitis, agresión sexual o enfermedad inflamatoria pélvica se podrán realizar:

- Cultivo general.
- Cultivo de Thayer-Martin.
- Cultivos de micoplasma, ureaplasma.
- PCR Chlamydias.
- Serologías de hepatitis, lúes, VIH.

Analítica hormonal

En la tabla 4 se reseñan las pruebas analíticas hormonales a solicitar en función del proceso clínico que presente la paciente.

Tabla 4 Analítica hormonal a solicitar según el proceso clínico

Analítica	Proceso clínico
Prueba de embarazo en orina; β-HCG	Retraso menstrual, amenorrea
FSH, LH, PRL, E_2, progesterona, TSH	Amenorrea, sangrado menstrual infrecuente
Testosterona total, SHBG, SDHEA, 17-OH-progesterona	Hiperandrogenismo

Tabla 5 Otras exploraciones complementarias

	Proceso patológico
Hemograma, pruebas de coagulación, Fe, grupo sanguíneo y Rh, ferritina, TSH	Sangrado excesivo
Radiografía de cráneo, RM o TAC craneal	Sospecha tumores intracraneales
Cariotipo	Amenorrea primaria, desórdenes del desarrollo sexual, malformaciones genitales
Resonancia magnética pélvica	Malformaciones genitales, endometriosis, estudio masas pélvicas
Edad ósea	Retraso puberal[20]
Exploración bajo anestesia	Desórdenes del desarrollo sexual, malformaciones genitales, abuso sexual con imposibilidad de colaboración por parte de la paciente[21]
Laparoscopia	Dolor pélvico, masas anexiales, desórdenes del desarrollo sexual, malformaciones genitales

Otras exploraciones complementarias

Estarán indicadas según los datos aportados por la anamnesis y los hallazgos de las anteriores exploraciones (tabla 5).

Puntos clave en la atención ginecológica a la adolescente

- La población adolescente es, en general, sana.
- La adolescencia es un periodo de transición a nivel somático, cognitivo y social, en el que cualquier experiencia positiva o negativa va a tener trascendencia para la vida adulta. La primera visita al ginecólogo puede ser una experiencia traumática o por el contrario educativa y gratificante, y va a condicionar la relación médico-paciente para siempre.
- En la adolescencia existe una disociación entre la información que reciben y su integración en el comportamiento. Es característica una falta de percepción del riesgo. Esto les hace población diana de accidentes, embarazos no deseados e ITS.
- La esfera sexual es la más íntima de la persona. Por ello la adolescente demanda confidencialidad y respeto por parte del médico. Se deben evitar las actitudes paternalistas tanto como las de excesiva familiaridad y los juicios de valor.

Líneas guía en la consulta ginecológica de la adolescente
Favorecer el acceso de la joven a la consulta, la cita personal y la privacidad de la misma
Establecer una buena relación médico-paciente: es preferible que sea una mujer y que se presente afablemente

(*continuación*)

Líneas guía en la consulta ginecológica de la adolescente
Reservar un tiempo para hablar con la adolescente a solas. Garantizar la confidencialidad de todo lo que se diga o haga en la consulta, a no ser que exista algún peligro grave para la salud
Establecer la presencia o no de acompañantes durante la entrevista y la exploración, atendiendo siempre al deseo de la joven
Escuchar mucho y escribir poco
Utilizar un lenguaje asequible y explicar previamente los distintos momentos de la exploración ginecológica. Tranquilizar a la joven
Facilitar la comodidad de la paciente a la hora de desvestirse. Ser cuidadoso en la exploración
Respetar el deseo de la paciente de no ser explorada en determinadas ocasiones. Realizar siempre la exploración mínima que nos permita obtener la mayor información. Comentar (si es el caso), que la exploración es normal
Inculcar responsabilidad a la adolescente en su esfera ginecológica: control del ciclo, métodos anticonceptivos, prevención de infecciones de transmisión sexual, etc. Animarla a volver y realizar revisiones periódicas, y a consultar con el ginecólogo siempre que le surjan problemas

Los Protocolos Asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.

Bibliografía

1. Hewitt G. Examining pediatric and adolescent gynecology patients. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2003;16:257—8.
2. Méndez Ribas JM. Enfoque actual del adolescente por el ginecólogo. Buenos Aires, Argentina: Ascune Hnos; 1993.
3. Parera N, Surís JC, Martínez F. Exploració ginecològica de l'adolescent. Pediatria Catalana. 2002;62:138—41.
4. Braverman PK, Breech L. Gynecologic examination for adolescents in the pediatric office setting. Pediatrics. 2010;126:583—90.
5. Snook ML, Nayak S, Lara-Torre E, Sanfilippo JS. Adolescent gynecology: Special considerations for special patients. Clin Obstet Gynecol. 2012;55:651—61.
6. Parera N, Colomé C. Menstruación en adolescentes: ¿qué podemos esperar? An Pediatr Contin. 2010;8:271—8.
7. Tanner JM. Growth at adolescence. 2nd ed. Oxford: Blackwell; 1962.
8. Parera N, de Álvarez M, Calaf J, Ros R, Cornella J. Manifestaciones clínicas de la pubertad en el varón y la mujer. En: Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Zaragoza: Wyeth Lederle, Sociedad Española de Contracepción; 2001. p. 101-49.
9. Rey-Stocker I. Pricipes généraux d'examen gynécologique. En: Salomon Y, Thibaud E, Rappaport R, editors. Gynécologie médico-chirurgicale de l'enfant et de l'adolescente. Paris: Doin; 1992. p. 63—75.
10. Loveless MB, Finkenzeller D, Ibrahim S, Satin AJ. A simulation program for teaching obstetrics and gynecology residents the pediatric gynecology examination and procedures. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011;24:127—36.
11. Ros R. Aspectos ginecológicos en la adolescente. Exploración ginecológica. En: Castellano G, et al., editors. Medicina de la adolescencia. Madrid: Ergón; 2012. p. 135—9.
12. Breech L. The «well girl» exam. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2005;18:289—91.
13. Parera N. Anatomofisiología del desarrollo mamario (mamogénesis). Estudio clínico combinado. En: Fernández-Cid A, Mallafré J, editors. Patología mamaria en la gestación y el puerperio. Lactancia. Barcelona: Masson-Salvat Medicina; 1995. p. 7—16.
14. Pokorny S. Genital examination of prepubertal and peripubertal females. En: Sanfilippo JS, et al., editors. Pediatric and adolescent gynecology. Philadelphia: Saunders; 1994. p. 170—86.
15. Thibaud E, Duflos-Cohade C. Examen gynécologique (et échographie pelvienne): Spécificité chez l'enfant et l'adolescente. En: Sultan CH, editor. La puberté feminine et ses desordres. Montpellier, France: Proceedings of the 2 ème Colloque Européen de Gynécologie de l'Enfance et de l'Adolescence; 1998 Dec 17-18.
16. Thibaud E. Gynecologic clinical examination of the child and adolescent. En: Sultan C, editro. Pediatric and adolescent gynecology. Evidence-based clinical practice. Endocr Dev. 2004;7:1-8.
17. Shafii T, Burstein GR. The adolescent sexual health visit. Obstet Gynecol Clin N Am. 2009;36:99—117.
18. André C, Kalifa G. Ecografía pélvica en la niña. En: Ardaens Y, Guérin B, Coquel PH, editors. Ecografía en la práctica ginecológica. Barcelona: Masson, S.A.; 1996. p. 55—77.
19. Fernández-Cid A, López-Marín L. Estudio citológico cervicovaginal. En: Fernández-Cid A, editor. Citopatología ginecológica y mamaria. Tomo II. Barcelona: Salvat; 1985. p. 12—27.
20. Greulich WW, Pyle SI. Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist. 2nd ed. Stanford: Stanford University Press; 1959.
21. Nakhal RS, Wood D, Creighton SM. The role of examination under anesthesia (EUA) and vaginoscopy in pediatric and adolescent gynecology: A retrospective review. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2012;25:64—6.