

### Respuestas correctas a las preguntas test

**Exploración ginecológica de la adolescente. Trastornos del ciclo menstrual (sangrado infrecuente o ausente, sangrado excesivo, dismenorrea) 1e)** Es recomendable realizar siempre la exploración mínima que nos permita obtener la mayor información posible. La técnica de exploración genital dependerá de si la joven ha tenido o no relaciones sexuales coitales. En caso negativo nos basaremos principalmente en la inspección, y si es necesaria la exploración intravaginal se utilizarán espéculos pediátricos o virginales. La ecografía se realizará por vía transabdominal con repleción vesical en la joven no sexualmente activa, o intravaginal en la adolescente que mantiene relaciones sexuales coitales. **2e)** La menstruación es un signo de salud en la etapa reproductiva de la mujer, excepto en el caso de que esté sometida a tratamientos hormonales, que esté embarazada, o esté lactando. No es tan importante como el pulso, la respiración o la presión arterial, que son signos vitales, pero es casi tan importante como ellos al demostrarnos que la mujer está en un estado hormonal adecuado. No es una característica más de la mujer en su etapa reproductiva, sino que es una característica esencial. **3a)** La principal característica de los ciclos menstruales en la adolescencia es su gran variabilidad. Raramente se observa dismenorrea severa en las mujeres adolescentes, es un problema más frecuente en las adultas. A pesar de la recomendación de anotar las fechas de las reglas en un calendario, pocas adolescentes (y también pocas mujeres adultas) lo hacen. **4c)** El sangrado menstrual infrecuente en las adolescentes, mayoritariamente es de causa funcional, pero también puede ser debido a: bajo peso, práctica intensiva de deporte, estrés y embarazo. **5d)** En la mayoría de los casos, el sangrado menstrual excesivo en la adolescencia es de causa funcional, y puede causar absentismo escolar y anemia. Siempre hay que valorar en estos casos la repercusión hemodinámica en la joven, y si hay antecedentes familiares de trastornos hemorrágicos hay que estudiar si se trata de un trastorno hereditario de la coagulación.

**Dolor pélvico en la adolescencia: patología uterina y anexial 1c)** La prueba radiológica de elección en el estudio por dolor pélvico va a ser el ultrasonido por tratarse de un método rápido, no invasivo, que no radia y que permite un acceso adecuado a las estructuras pélvicas. La radiografía no está indicada si se sospecha patología ginecológica y la TC solo si existen tumoraciones anexiales complejas. La analítica va a ser normal en la mayoría de los cuadros de dolor pélvico. **2a)** La interrupción de un embarazo implantado del útero (aborto) puede causar dolor similar a una dismenorrea intensa pero el síntoma principal es el sangrado, por lo que su diagnóstico es sencillo. En el resto de las opciones, el dolor es el síntoma principal. **3b)** En la actualidad, se recomienda la preservación del anejo y practicar solo la detorsión de éste por vía laparoscópica. El tratamiento es quirúrgico y no debe demorarse. La laparotomía está prácticamente abandonada en el tratamiento de la patología anexial benigna. La recuperación del anejo tras la detorsión es lo normal por lo que no se aconseja su extirpación ni tampoco la exéresis de un quiste si lo hubiera. **4a)** El microorganismo que se aísla con más frecuencia es chlamydia seguido de gonococo. Ambos son responsables del 50% de las EIP. En menor porcentaje la infección es debida a gérmenes habituales de la flora vaginal, asociados o no a los anteriores, o a gérmenes como mycoplasma y ureaplasma. **5e)** El diagnóstico de la EIP se basa en criterios clínicos: la existencia de dolor pélvico y el hallazgo en la exploración de dolor en la palpación de los anejos o útero y dolor a la movilización del cérvix uterino. Son criterios poco específicos, pero ante la importancia de las posibles secuelas de una EIP si no es tratada (dolor pélvico crónico por las secuelas inflamatorias y adherenciales, esterilidad y aumento del riesgo de gestación ectópica) se prefiere aumentar la sensibilidad diagnóstica aunque suponga tratar casos que no son verdaderas inflamaciones pélvicas. La adolescente tiene 30% de posibilidades de desarrollar una EIP en comparación con 10% de la mujer adulta. Hay autores que recomiendan siempre el ingreso hospitalario de las pacientes adolescentes para garantizar la cumplimiento del tratamiento.

**Alteraciones vulvovaginales (bartolinitis, leucorreas, traumatismos, vaginosis e infecciones de transmisión sexual)**

**1c)** El flujo tiene un PH ácido menor o igual de 4,8. No precisa tratamiento porque por definición no es de causa infecciosa y por lo tanto no se asocia tampoco con cuerpo extraño. En la infancia no se produce leucorrea fisiológica porque el flujo aumenta con la producción de hormonas sexuales que en condiciones normales están disminuidas hasta la adolescencia. **2e)** Puede producir la cualquier germen, los más habituales son los comensales de vagina y periné como estafilococos y estreptococos, no obstante es aconsejable descartar la presencia de gérmenes considerados de transmisión sexual pues puede asociarse a otras ITSs. El tratamiento médico debe ser precoz con antibióticos de amplio espectro como amoxicilina/clavulánico. En la mayoría de las ocasiones se resuelve con antibióticos de amplio espectro si el tratamiento se instaura precozmente y no es necesaria la marsupialización. Esta es la primera medida en las bartolinitis de repetición para evitar la extirpación quirúrgica que provocaría una disminución de lubricación vaginal. **3e)** La vaginosis bacteriana es asintomática en la mayoría de los casos porque no produce prurito ni molestias locales. Se trata de una alteración en la proporción de la microbiota vaginal con predominio de gardenerella y bacterias anaerobias que proporcionan el olor a pescado y el aumento de pH. **4c)** El consenso para abordar el tratamiento de candidiasis recidivante es de al menos 4 episodios en un año. La sensibilidad del diagnóstico mediante frotis en fresco es del 60% y la especificidad del 90%. Generalmente se inicia tratamiento con la clínica y la visualización de la leucorrea a la espera de otras pruebas diagnósticas. El porcentaje de mujeres en las que la candidiasis se cronifica está alrededor del 5%. **5c)** A nivel mundial se estima que hay 270 millones de mujeres portadoras del VPH y en España se calcula que entre el 3 y el 6% son portadoras. El VPH es el responsable del 90% de los cánceres anales y se halla en algunos de los cánceres de orofaringe, probablemente debido a las relaciones orogenitales. Los subtipos 16 y 18 se han encontrado positivos en más del 50% de los casos. Sin embargo son los subtipos 11 y 6 los considerados de bajo riesgo oncogénico los que se hallan en los condilomas acuminados. En España la vacuna que aporta protección contra más serotipos contiene 9 aunque se piensa que puede proporcionar protección cruzada frente a algunos más.

**Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales: 1d), 2e), 3e), 4b), 5a.**

**Avances en fertilidad en la infancia y adolescencia: 1e)** La criopreservación ovárica es la técnica de elección en pacientes prepuberales por tanto la opción E es falsa, siendo correctas todas las demás opciones. En pacientes postpuberales la técnica de elec-

ción sería la criopreservación de ovocitos. **2b)** Todas las opciones presentadas pueden suponer un alto riesgo de infertilidad, sin embargo la opción b dado el pronóstico bajo de supervivencia podría ser un criterio de exclusión de preservar la fertilidad. **3e)** La criopreservación de la biopsia testicular está indicada para pacientes prepúberes con Leucemia Linfoblástica Aguda, Síndrome de Klinefelter, Neuroblastoma y Trasplante de progenitores hematopoyéticos siendo correctas las respuestas a, b, c y d. Por tanto la respuesta e es falsa y no está indicada. **4c)** En la actualidad, la única técnica establecida y que se usa de forma rutinaria en clínica para preservar la fertilidad masculina es la criopreservación de esperma. Las técnicas descritas en las opciones a, b y d se consideran experimentales pero son muy prometedoras ya que en modelos animales e in vitro se ha demostrado su eficiencia y seguridad para restablecer la fertilidad. **5b)** El auto-trasplante de la biopsia testicular no está indicado para pacientes con diagnóstico de cáncer hematológico por el posible riesgo de que alguna células tumoral está infiltrada en la biopsia criopreservada.

**Los afectos sexuales: (2) la atracción 1c)** Falsas creencias o prejuicios que son interiorizados por una parte de la población, aceptándolas como ciertas, sin necesidad de justificación alguna. **2c)** La atracción sexual es un afecto que no se construye a si mismo sino sobre bases genéticas, familiares y sociales. **3c)** La sociedad nos modula con una infinidad de medios desde el nacimiento. **4e)** En efecto, todas estas afirmaciones pueden actuar sobre la atracción sexual. **5b)** Hay que valorar la figura corporal positivamente en función de los valores personales y sociales que ayuden a descubrir que cualquier cuerpo es capaz de amar y ser amado, sentir placer y dar placer, etc.

**Caso clínico: relaciones sexuales de riesgo en adolescente. Infección de transmisión sexual. Asesoramiento anticonceptivo:**

**1c)** Los adolescentes son muy vulnerables frente a las ITS debido a características fisiológicas y de comportamiento propias de esta edad. Los preservativos, si se usan regular y correctamente, son altamente eficaces en la prevención, si bien no al 100%. Se debe insistir en mantener el uso de preservativo aunque se empleen anticonceptivos para evitar no solo el embarazo no deseado sino también las ITS. **2e)** La Sociedad Española de Contracepción recomienda descartar mediante la anamnesis trombofilia conocida o antecedentes familiares de enfermedad tromboembólica en menores de 50 años, tomar tensión arterial y pesar a la paciente. Se aplicarán los criterios de elegibilidad de la OMS para discernir si el anticonceptivo a elegir ofrece más ventajas que inconvenientes en su situación concreta. En general, los adolescentes son sanos y no presentan contraindicaciones para la toma de anticonceptivos. Se aconseja realizar visitas programadas para resolver dudas, certificar adecuado cumplimiento y practicar en algún momento la exploración ginecológica. **3d)** La anticoncepción reversible de larga duración (DIU, implante, inyección) tiene un mejor cumplimiento y mayor efectividad porque no requieren control por parte de la adolescente. Su uso está cada vez más extendido e incluso existen DIUs de pequeño tamaño para minimizar el dolor al insertarlos.

**La vacunación frente al virus del papiloma humano: 1c)** Los genotipos oncogénicos de VPH son causantes de lesiones pre-neoplásicas y cáncer a nivel de cuello uterino, vulva, y vagina en la mujer, de pene en el hombre y de ano y región orofaríngea en ambos sexos. Las verrugas anogenitales, que afectan por igual a ambos sexos, son producidos por genotipos mucosales de VPH de bajo riesgo (no oncogénicos). **2d)** La conducta sexual es un factor que determina el mayor o menor riesgo de infección a todas las edades, pero muy especialmente en adolescentes y jóvenes: la edad precoz en el inicio de las relaciones sexuales se asocia a mayor riesgo de prevalencia y el número de compañeros sexuales a lo largo de toda la vida sexual es el factor correlacionado con un mayor riesgo de infección. El consumo de tabaco, el uso de anticonceptivos orales y la precocidad sexual en el inicio de las relaciones sexuales son factores que incrementan el riesgo de infección persistente y el desarrollo de cáncer, y que deben tenerse muy en cuenta en las adolescentes y mujeres jóvenes. La utilización del preservativo reduce el riesgo de contagio del VPH, aunque solo lo evita en un 60-70% de los casos debido al contacto de zonas genitales no cubiertas por el mismo o a su uso inadecuado. **3a)** Todas las vacunas actualmente disponibles frente a VPH utilizan como antígeno la proteína estructural L1 de la cápside externa de los VPH obtenida por recombinación genética. Son vacunas inactivadas y al no contener genoma viral, no pueden causar infección ni tienen potencialidad para causar lesiones neoplásicas. La vacuna bivalente contiene como antígeno proteínas estructurales L1 de los genotipos de VPH 16 y 18 (oncogénicos), y la tetravalente de VPH 16 y 18 (oncogénicos) y de VPH 6 y 11 (no oncogénicos). La nonavalente amplía los que contiene la tetravalente con la adición de los genotipos VPH 31, 33, 45, 52, y 58. Las tres vacunas se administran por vía intramuscular y están autorizadas en Europa para hombres y mujeres. **4b)** • Con la vacuna bivalente y la nonavalente las niñas y niños de 9 a 14 años de edad (ambos inclusive), deben recibir solo dos dosis de 0,5 ml por vía intramuscular a los 0 y 6 meses. El intervalo mínimo entre dosis es de 5 meses. Si se administrara la segunda dosis antes de este intervalo, deberá administrarse necesariamente una tercera dosis, con un intervalo mínimo de 3 meses en relación a la segunda. A partir de los 15 años de edad la pauta de vacunación consiste en 3 dosis de 0,5 ml administradas a los 0, 1-2, 6 meses. • Con la vacuna tetravalente las niñas y niños de 9 a 13 años de edad (ambos inclusive), deben recibir dos dosis de 0,5 ml por vía intramuscular a los 0 y 6 meses. El intervalo mínimo entre dosis es de 6 meses. Si se administrara la segunda dosis antes de este intervalo, deberá administrarse necesariamente una tercera dosis, con un intervalo mínimo de 3 meses en relación a la segunda. A partir de los 14 años de edad la pauta de vacunación consiste en 3 dosis de 0,5 ml administradas a los 0, 2 y 6 meses. **5b)** Dado que la alta eficacia protectora de las vacunas disponibles está vinculada a que la persona que se vacune no esté infectada por alguno de los genotipos de VPH que estas contienen, la mayor efectividad se obtiene cuando se vacuna a la población antes de que se haya producido una infección por papilomavirus. Teniendo en cuenta que la infección por los VPH mucosales, oncogénicos o no, se produce precozmente con el inicio de la actividad sexual, es precisamente en la adolescencia y específicamente en las edades más tempranas de la misma (11-14 años) cuando deben instaurarse las campañas de vacunación a nivel poblacional. No obstante si la persona ha iniciado ya relaciones sexuales, puede vacunarse sin necesidad de cribado previo, ya que este no sería coste-efectivo. El calendario común de vacunaciones para 2018 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), establece la vacunación sistemática en todas las Comunidades Autónomas de España, de todas las niñas a la edad de 12 años, y no establece ninguna recomendación de vacunación en varones.