

Taller sobre ginecología de la adolescencia

M.J. Rodríguez Jiménez. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Ginecología y Obstetricia. H.U. Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Adolescere 2024; XII (2): 102-110

Resumen

Los problemas ginecológicos son frecuentes en la consulta del pediatra, en especial los relacionados con las alteraciones del ciclo menstrual. La edad media de la menarquia en España está establecida en los 12 años y medio, por lo que será al pediatra a quien primero se consulte si existe irregularidad en el ciclo o sangrados abundantes. En la mayoría de los casos, el problema se puede resolver en la consulta y la derivación para valoración por el ginecólogo solo será precisa de forma puntual. El pediatra puede asistir también al inicio de la actividad sexual de la adolescente y ser consultado por aspectos relacionados con la misma, como las infecciones de transmisión sexual o la anticoncepción. Por ello, en el taller se hace un repaso teórico práctico de varios de los problemas ginecológicos que suelen verse en Pediatría. Posiblemente no descubra nada nuevo al pediatra, pero sí puede servir para ordenar sus conocimientos y proporcionarle seguridad a la hora de enfrentarse a las consultas ginecológicas de sus pacientes adolescentes.

Palabras clave: *Menstruación; Dismenorrea; Anticoncepción.*

Abstract

Gynecological problems are frequent in the pediatrician's office, especially those related to menstrual cycle abnormalities. The average age of menarche in Spain is established at 12 years and a half, so the pediatrician will be the first one to be consulted if there are irregularities in the cycle or heavy bleeding. In most cases, the problem can be solved in the office and referral for evaluation by the gynecologist will only be necessary on an ad hoc basis. The pediatrician can also be present at the beginning of the adolescent's sexual experience and be consulted on issues related to sexual activity, such as sexually transmitted infections or contraception. For this reason, the workshop provides a theoretical and practical review of several of the gynecological problems commonly seen in Pediatrics. It may not reveal anything new to the pediatrician, but it can be useful to structure the professional's knowledge and provide him with confidence when facing gynecological consultations of his adolescent patients.

Key words: *Menstruation; Dysmenorrhea; Contraception.*

Cuándo derivar al ginecólogo a una adolescente

El pediatra es el médico que acompaña a la niña desde que nace, controlando su desarrollo físico y neurológico y comprobando la adquisición de hitos conforme pasan los meses. Durante la infancia, cuida de sus múltiples episodios de enfermedad, afortunadamente leves. Durante la pubertad va a vigilar que la maduración se produzca en tiempo y forma adecuados. Y como culminación de ese desarrollo, va a ser testigo de la menarquia, de la irregularidad de los primeros ciclos e incluso, antes de que pase a ser atendida por el médico de familia, de cuestiones relacionadas con el inicio de la actividad sexual.

Es decir, el pediatra es el profesional que mejor conoce a la paciente y por lo tanto está plenamente capacitado para valorar sus problemas de salud y saber si estos son o no importantes.

Por la misma razón el pediatra es quien primero va a recibir consultas ginecológicas y en la mayoría de los casos va a poder resolverlas sin necesidad de recurrir al especialista.

Esta relación, mantenida durante años, tiene otra vertiente y es que, cuando se llega a la adolescencia, precisamente por ese conocimiento y la relación estrecha del pediatra con los padres, la paciente puede sentir vergüenza de contarle si ya mantiene relaciones o sus preocupaciones sobre sexualidad y también tener miedo de que puedan enterarse sus padres a través del médico. Lo mismo que el adolescente inicia el camino de emancipación de sus padres, desde el punto de vista sanitario lo hace con el pediatra, al que identifica con su infancia cuando ella ya se siente adulta para ser tratada como una niña. En este punto, llegan los 16 años y ya desaparecen de la consulta de Pediatría.

Otra variable de la cuestión que nos ocupa es el ginecólogo. Dependiendo de la organización de la red sanitaria, el pediatra va a poder o no solicitar una interconsulta con el especialista. La solicitud implica una demora en la cita, algo que, si por ejemplo se consulta para valorar un método anticonceptivo, puede dar lugar a que cuando llegue la cita sea demasiado tarde.

Por otra parte, existen muy pocos ginecólogos dedicados a la infancia. En España no está reconocido como subespecialidad, aunque sí lo está en otros países como Francia o todos los países latinoamericanos. El médico que va a atender a la niña o adolescente posiblemente tenga más dudas que certezas sobre cómo enfocar y tratar el problema por el que consulta y sobre todo cómo realizar la exploración ginecológica. En el caso de la adolescente que consulta por asesoramiento contraceptivo, la consulta es sencilla porque va a ser similar a la de la mujer adulta, pero en las niñas más pequeñas, dado que las pacientes de esa edad para el ginecólogo son excepcionales, supone un motivo de ansiedad.

En conclusión, el pediatra está perfectamente capacitado para resolver los problemas en relación con la ginecología que presenten las niñas y adolescentes y sólo debe derivar al especialista cuando esos problemas persistan, se agraven o si no se considera cualificado para tratarlos. También, por supuesto, si los padres insisten en una valoración por el especialista.

Motivos frecuentes de consulta ginecológica de las adolescentes

Revisión ginecológica en la adolescencia

Una pregunta muy frecuente es a qué edad es necesario que una niña o adolescente haga una visita al ginecólogo por primera vez y comience sus revisiones como están protocolizadas en las mujeres adultas. Y la respuesta es que no hay una edad determinada y que debe acudir cuando lo necesite.

En la mujer adulta las revisiones se hacen para el cribado de dos patologías neoplásicas: el cáncer de cérvix y el de mama. El primero está relacionado con la actividad coital y su cribado se hace mediante citología. Los protocolos actuales demoran la realización de la primera citología a los 25 años. La patología neoplásica mamaria es excepcional incluso en los casos de síndromes de cáncer heredo-familiar por lo que no necesita cribado en la adolescencia.

Alteraciones del ciclo menstrual

Los trastornos del ciclo menstrual constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta médica entre las adolescentes. La edad media a la que aparece la primera menstruación en nuestro país es aproximadamente de 12,6 años y puesto que las alteraciones son debidas en su mayoría a la inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal (H-H-G) en los años posteriores a la menarquia, esa consulta va a ser recibida casi siempre por el pediatra y al ginecólogo sólo se va a consultar en los casos en los que la intensidad de la alteración sea mayor.

El pediatra está perfectamente capacitado para resolver los problemas en relación con la ginecología que presenten las niñas y adolescentes y sólo debe derivar al especialista cuando esos problemas persistan, se agraven o si no se considera cualificado para tratarlos

La actuación médica puede variar desde la conducta expectante y vigilancia de la evolución del cuadro, puesto que clásicamente conocemos que los primeros años tras la menarquia dichas alteraciones van a ser la norma, o la conducta activa instaurando tratamientos para evitar la repercusión de éstas en la vida diaria de la joven.

Antes de ver las alteraciones es necesario hacer un breve repaso de la fisiología del ciclo menstrual.

El ciclo menstrual maduro comprende una serie de reacciones de retroalimentación positivas y negativas, cíclicas, con interrelación endocrina y neurológica en el que están implicados ovario, hipófisis e hipotálamo.

El ovario produce estrógenos (E), una pequeña cantidad de andrógenos (A) y progesterona (PG) tras la ovulación y formación de cuerpo lúteo. La hipófisis controla la producción hormonal ovárica a través de la FSH (hormona estimulante de los folículos) y la LH (hormona luteinizante, cuyo pico desencadena la ovulación). El hipotálamo controla la producción y liberación de las hormonas de la hipófisis a través de los pulsos de GnRH (factor liberador de gonadotropinas) y a su vez está controlado por el Sistema Nervioso Central.

Los bajos niveles de E en el día 0 del ciclo actúan en la hipófisis mediante un mecanismo de retroalimentación positivo estimulando la liberación de FSH. Sobre el día 14, los E y la FSH actúan sobre el hipotálamo e hipófisis provocando el pico de LH que dará lugar a la ovulación y al inicio de la producción de PG. Si no existe embarazo, a los 14 días de la ovulación, el cuerpo lúteo se atrofia, disminuyen al mínimo los niveles de E y PG y se inicia de nuevo el ciclo.

Esto es lo que acontece en el ciclo maduro. Pues bien: en la pubertad todavía “no está tan maduro”. Necesita un tiempo para ponerse en marcha y fundamentalmente esa falta de madurez se debe a que el hipotálamo no es lo suficientemente sensible a la estimulación positiva de los altos niveles de E por lo que no se produce un aumento de LH a mitad del ciclo y por ello no habrá ovulación. Del 55-82 % de los ciclos en los dos primeros años post menarquia son anovulatorios y aproximadamente un 10-20 % de los ciclos lo siguen siendo hasta 5 años después.

El ciclo menstrual normal se manifiesta clínicamente por una hemorragia que se produce cada 21-35 días (28 días de media), durante 3 a 7 días y con una pérdida de alrededor de 30 a 80 ml de sangre (Figura 1).

Se define al sangrado menstrual abundante (SMA) en la adolescencia como la menstruación:

- Frecuente (periodos con intervalo menor de 20 días).
- Prolongada (más de 8 días de duración del sangrado).
- Intensa (pérdida menstrual superior a 80 ml o bien más de 6 apósitos saturados al día).
- O asociaciones de las anteriores.

Si las reglas son excesivamente prolongadas o frecuentes o si mancha mucho (preguntad sobre los apósitos que usan y si manchan o no la ropa y la cama), pero sobre todo si se encuentra cansada o se detecta una ferropenia o anemia, no hay que dudar en remitir al ginecólogo. Las alteraciones por exceso pueden afectar a la salud de la joven y dar lugar a una anemia, y por ello es importante remitirlas antes de que eso ocurra.

En cuanto a las alteraciones por defecto, no suponen en sí mismas un problema de salud sino la traducción de un funcionamiento anómalo a otro nivel (ovárico o central).

Amenorrea es la ausencia de menstruación. Se denomina amenorrea primaria a la ausencia de menarquia a los 15 años o si han transcurrido más de 2-3 años desde la telarquia.

La amenorrea secundaria es la ausencia de menstruación durante más de 90 días o ausencia de 3 o más periodos en una joven que ya tenía reglas, habiendo descartado embarazo.

La existencia de menstruaciones de pocos días de duración, escasa cantidad o con intervalos prolongados no suponen un problema de salud en la adolescencia y por ello no se consideran patológicas.

Los baches amenorreicos de 1-2 meses no suponen ningún problema de salud y como son frecuentes no requieren una evaluación inmediata. Pero si son superiores a tres ciclos, debe ser

El ciclo menstrual normal se manifiesta clínicamente por una hemorragia que se produce cada 21-35 días (28 días de media), durante 3 a 7 días y con una pérdida de alrededor de 30 a 80 ml de sangre

valorado por el ginecólogo. Habitualmente encontraremos otros signos y síntomas que nos van a orientar a la causa de la amenorrea: exceso de peso, problemas de alimentación, aumento de vello, acné...

Hay que instruir a la adolescente en la elaboración de un calendario menstrual en el que apunte sus días de inicio y fin de regla, e incluso que señale de distinta forma según la cantidad del sangrado. Hoy en día, existen Apps que permiten tener un seguimiento del ciclo.

Esto es muy importante para hacer una valoración adecuada antes de remitirlas al especialista. Una adolescente puede decir que sus periodos son irregulares porque no le vienen el mismo día del mes o decir que tiene amenorrea porque tiene ciclos de 35 días y obviamente algún mes se lo salta. Por el contrario, también puede ocurrir que no manifieste alteración y veamos que tiene reglas cada 15 días o sangra más de 8 días.

Dismenorrea

La dismenorrea se define como el dolor pélvico o abdominal que aparece durante la menstruación. Es el motivo de consulta ginecológica más frecuente durante la adolescencia. La prevalencia de la dismenorrea en la adolescencia es de 43 a 93 %. Es considerada la principal causa de absentismo escolar.

La dismenorrea se denomina primaria cuando no existe ninguna patología que pueda explicar el dolor y secundaria cuando aparece en relación con otra patología como la endometriosis. La dismenorrea secundaria es más frecuente en mujeres adultas, pero puede verse en adolescentes de forma ocasional.

La dismenorrea no aparece hasta que no se instauran los ciclos ovulatorios, lo que suele ocurrir entre 6 y 12 meses después de la menarquia. Suele estar también presente si el sangrado es abundante y con coágulos, aunque no haya ovulación.

Hoy en día, se considera que la dismenorrea primaria es debida a un aumento de la síntesis de prostaglandinas F2 o un cociente PGF2 alfa/PGE2 elevado que se produce en el endometrio en fase secretora. Otros factores que pueden tener algún papel son los leucotrienos, elevados en adolescentes que no responden al tratamiento con inhibidores de prostaglandinas, y la disminución en la síntesis de óxido nítrico endógeno.

La liberación excesiva de prostaglandinas produce un incremento incoordinado de la contractilidad del miometrio, generando un dolor similar a las contracciones del parto, y elevación del tono muscular, con isquemia secundaria del miometrio que da lugar a un dolor sordo, mantenido. Al alcanzar las prostaglandinas el torrente sanguíneo puede producir sintomatología digestiva, urinaria y cefalea, entre otros.

El papel de las prostaglandinas se confirma con la mejoría del dolor tras la administración de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), que inhiben su producción.

Solo se debe remitir al ginecólogo en el caso en que no responda a un tratamiento con AINEs en dosis adecuada y tras haber cambiado de fármaco eligiendo los de mayor potencia.

Alteraciones de la vulva

Cada vez con más frecuencia las adolescentes consultan por asimetría o hipertrofia de los labios menores de la vulva.

Todas las sociedades científicas están de acuerdo en que no se debe realizar una cirugía cosmética a nivel vulvar antes de los 16 años y algunas elevan esa edad a los 18. Por lo tanto, no es necesaria una valoración ginecológica a menos que la deformidad sea tan importante que llame la atención al pediatra y piense que debe ser tratada antes de esa edad.

Hay que transmitir a la joven la idea de que todas las vulvas son normales y diferentes unas de otras y que esa diferencia no puede ser considerada una anomalía, así como que, hasta no completar el desarrollo corporal, la vulva puede sufrir modificaciones.

La dismenorrea es el motivo de consulta ginecológica más frecuente durante la adolescencia

Patología mamaria

Los tumores de la mama, aunque casi siempre van a ser benignos, deben ser valorados por el ginecólogo.

Más que por palpase un bulto, las adolescentes van a consultar por alteraciones en la morfología mamaria: asimetría, mamas tuberosas... Es una patología estética sobre la que no se debe actuar hasta que la joven no haya alcanzado su desarrollo definitivo, 18-20 años, por lo que el ginecólogo solo va a hacer un seguimiento y una documentación. Por otra parte, este tipo de cirugías difícilmente son cubiertas por el sistema público.

Inicio de la actividad sexual

Según las encuestas, la media de edad a la que tienen la primera relación sexual los jóvenes españoles es alrededor de los 16,3 años, por lo que muchos de ellos las iniciarán aún dentro de la edad pediátrica, dando lugar a diversos motivos de consulta (Figura 2).

El pediatra juega un papel fundamental en el apoyo a los jóvenes para que participen activamente en la toma de decisiones sobre conductas y prácticas sexuales seguras y positivas, incluida la abstinencia.

Los adolescentes deben conocer explícitamente las condiciones de confidencialidad y los límites de la privacidad de la consulta médica.

En 2023 hubo 5.366 recién nacidos de madres adolescentes. El porcentaje de embarazos adolescentes que termina en aborto es de un 30 %.

Anticoncepción

Aunque es un motivo frecuente de consulta, hasta un 30,7 % de los jóvenes reconocen que no utilizan métodos anticonceptivos de forma habitual.

No existen métodos anticonceptivos específicos para adolescentes. El preservativo es el método más utilizado (46 %) seguido de la píldora anticonceptiva (21 %). Los LARC (métodos anticonceptivos reversibles de larga duración) son especialmente adecuados para las adolescentes al no precisar la colaboración del usuario para ejercer su acción. Son el implante anticonceptivo (duración 3 años), el DIU (5 años) y la inyección trimestral de progesterona depot.

Lo más importante a la hora de iniciar un tratamiento anticonceptivo es el asesoramiento anticonceptivo que incluye la información amplia y detallada de los diferentes métodos, la valoración de las preferencias de la usuaria, la resolución de las dudas sobre efectos secundarios o forma de uso y el seguimiento frecuente en consulta a fin de garantizar la adherencia y la continuidad en el uso. Por todo eso, es conveniente derivar al ginecólogo.

Si se precisa instaurar un método de forma inmediata por el riesgo de embarazo, la prescripción de un anticonceptivo puede ser realizada por el pediatra, puesto que solo requiere una anamnesis dirigida a descartar riesgo tromboembólico, pesar a la paciente y hacer una toma de presión sanguínea para descartar hipertensión arterial.

Aspectos legales de las relaciones sexuales

Relacionado con el tema de la anticoncepción, al pediatra se le pueden plantear dudas de tipo legal cuando se trata de una adolescente muy joven que acude a consulta sola, sin sus padres, porque ellos no saben que ya mantiene relaciones. ¿Tiene que informarles? ¿Puede hacer una prescripción sin autorización de los padres?

La edad mínima para consentir relaciones sexuales son 16 años, según el Código Penal. El profesional sanitario no tiene que denunciar si conoce que la menor mantiene relaciones, pero sí se aconseja que tome medidas para que la existencia de estas sea conocida por los padres si es menor de 16 años.

La media de edad a la que tienen la primera relación sexual los jóvenes españoles es alrededor de los 16,3 años, por lo que muchos de ellos las iniciarán aún dentro de la edad pediátrica

No existen métodos anticonceptivos específicos para adolescentes

Los LARC (métodos anticonceptivos reversibles de larga duración) son especialmente adecuados para las adolescentes al no precisar la colaboración del usuario para ejercer su acción

Los anticonceptivos son fármacos ampliamente usados en ginecología en el tratamiento de numerosas patologías y su prescripción es como la de cualquier otro fármaco, sin ser necesario un consentimiento o autorización por parte de los padres. La inserción del implante anticonceptivo o del DIU si requiere la firma de consentimiento informado por la persona responsable.

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las ITS son frecuentes entre los adolescentes. En Estados Unidos, los estudios de vigilancia epidemiológica sugieren que aproximadamente el 50 % de las infecciones se diagnostican en adolescentes y jóvenes, esto es entre los 15 y los 24 años. Y que aproximadamente 1 de cada 4 mujeres adolescentes padecen una ITS.

También son frecuentes las recurrencias: el 40 % de las infecciones por *chlamydia* y gonococo afectan a adolescentes previamente infectados por esos microorganismos. Y esa proporción va en aumento. Muchos adolescentes se reinfectan pocos meses después de una infección ya tratada.

Existen diversos factores que hipotéticamente contribuyen a que los adolescentes sean más susceptibles de adquirir una ITS.

Factores de riesgo biológicos

- Ectopia cervical fisiológica de la adolescente: el epitelio columnar es más susceptible que el epitelio escamoso a la colonización por gérmenes como gonococo, *chlamydia* y virus papiloma (HPV).
- Inmadurez inmunológica: los niveles de IgA secretora son menores a nivel del moco cervical que en las adultas.
- Microbiota vaginal: la susceptibilidad también se puede ver influenciada por la composición de la flora vaginal, aún deficiente por las alteraciones hormonales propias de esta edad.

Factores de riesgo conductuales

Son más importantes que los biológicos a la hora de describir el riesgo de adquisición de ITS: inicio precoz de la actividad coital, múltiples parejas, uso inconsistente del preservativo...

Aunque el pediatra no vea las secuelas tardías, puede ser consultado por algias abdominales o pélvicas en relación con ITS. La labor educativa del pediatra es fundamental para la prevención.

Educación en la sexualidad

La prevención de las consecuencias deletéreas de la actividad sexual solo puede hacerse de dos formas:

- promoviendo la abstinencia sexual.
- promoviendo el uso de los métodos anticonceptivos. En concreto para evitar una ITS, el uso del preservativo.

La promoción de la abstinencia persigue retrasar el inicio de las relaciones coitales como forma más eficaz de prevenir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.

En la sociedad actual, y sobre todo entre los adolescentes, se han equiparado los conceptos de *relación sexual* y *relación coital*.

Por parte de los educadores es importante valorar prácticas que forman parte de los ritos de iniciación de los adolescentes en su relación con la pareja, como el *petting* o *juego amoroso* (que consiste en excluir el coito de las relaciones sexuales y va desde el beso a la masturbación mutua) para no dar una imagen de sexualidad limitada al coito.

Los adolescentes cada vez tienen actitudes más liberales frente a la sexualidad y se atribuyen el "derecho" a tener relaciones coitales. De hecho, en la actualidad ponen menos condiciones para acceder a las mismas, limitándose a decir que basta con que ambos quieran. Las actitudes y

Aproximadamente
1 de cada 4 mujeres
adolescentes
padecen una ITS

La promoción de
la abstinencia
persigue retrasar
el inicio de las
relaciones coitales
como forma más
eficaz de prevenir
el embarazo y las
infecciones de
transmisión sexual

conductas entre chicos y chicas cada vez son más similares, pero todavía persisten notables diferencias especialmente en lo concerniente a la motivación para las relaciones coitales, valorando ellas el aspecto afectivo y ellos el aspecto sexual.

El hecho de tener relaciones sexuales sin que se trate de una decisión personal, solo motivadas por la presión social y de los pares, puede dar lugar a problemas importantes, como son la insatisfacción sexual y el sentimiento de frustración.

Por ello es necesario que el adolescente contemple la abstinencia como una opción más.

Los adolescentes deben aprender que tienen derecho a tener su propia *historia sexual*, con relaciones sexuales o sin ellas, aprendiendo a decir *no* cuando esto es lo que quieren, reconociendo el derecho a ser diferentes, distintos de los demás si es el caso y siendo asertivos con sus posibles parejas (no dejándose presionar y exigiendo condiciones de sexo seguro).

La familia, la escuela y la sociedad deben estar dispuestos a ayudarles sin caer ni en un modelo educativo que defienda a ultranza la abstinencia y deje sin información básica a los adolescentes condenándoles, si no siguen sus consejos, a tener relaciones sexuales de forma furtiva y probablemente menos planificada y responsable, ni, en el otro extremo, considerar de forma explícita o implícita como si todos los adolescentes tuvieran o debieran tener actividad sexual coital, cayendo en nuevos mitos.

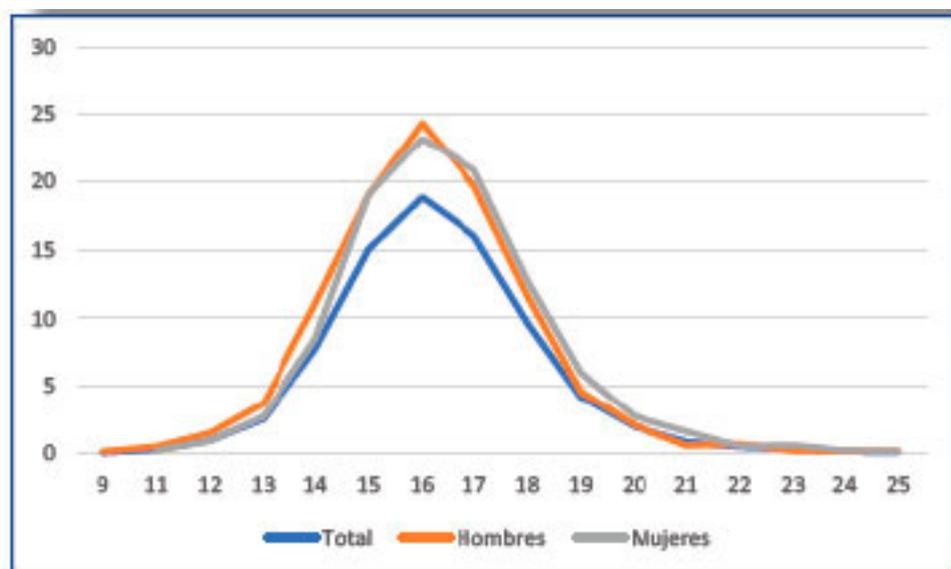
Tablas y figuras

Figura 1. Características del ciclo menstrual normal

DIMENSIONES DE LA MENSTRUACIÓN Y DEL CICLO MENSTRUAL	TÉRMINO DESCRIPTIVO	LÍMITES NORMALES
FRECUENCIA DEL PERIODO (días)	Frecuente Normal Infrecuente	< 24 24-38 > 38
REGULARIDAD DE LA MENSTRUACIÓN (variación ciclo a ciclo a lo largo de 12 meses, en días)	Ausente Regular Irregular	Variación \pm 2-20 días Variación > 20 días
DURACIÓN DEL SANGRADO (días)	Prolongado Normal Acortado	> 8 4-8 < 4
VOLUMEN DE LA PÉRDIDA MENSTRUAL MENSUAL (ml)	Fuerte Normal Ligero	> 80 5-80 < 5

Fuente: Fraser IS, Critchley HOD, Munro MG, Broder M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding? *Human Reproduction*. 2007;22(3):635-43.

Figura 2. Edad de la primera relación sexual en función del género



Fuente: Informe sobre la juventud en España 2020. INJUVE.

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. *Obstet Gynecol* 2006; 118: 2245-2250.
2. Fraser IS, Critchley HOD, Munro MG, Broder M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding? *Human Reproduction*. 2007;22(3):635-43.
3. Taylor HS, Pal L, Seli E. Regulation of the menstrual cycle. En: *Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 9.ª edición. Wolters Kluwer; 2020. p. 352-430.
4. Creatsas G, Deligeoroglou E. Menstrual disorders; in Sultan C (ed): *Pediatric and Adolescent Gynecology. Evidence - Based Clinical Practice*. 2nd, revised and extended edition. Endocr Dev. Basel, Karger, 2012, vol 22, pp 160-170.
5. Moon L, Pérez-Milicua G, Stambough K, Dietrich J. Menstrual disorders and blood dyscrasias in adolescents. En: *Sanfilippo's Text book of pediatric and adolescent gynecology*. 2.ª edición. Taylor & Francis Group; 2020. p. 165-70.
6. Rodríguez Jiménez MJ. Amenorrea primaria y secundaria. En: Hidalgo MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT. *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. 3.ª edición. Ergon; 2021. p. 1233-1240.
7. ACOG Committee Opinion N.º 760. Dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. *Obstetrics & Gynecology*. 2018;132(6).
8. Quintana Pantaleón MR. Anticoncepción En: Hidalgo MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT. *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. 3.ª edición. Ergon; 2021. p. 1209-1218.
9. Salvador Alarcón C, Giber Ventura M. Infecciones de transmisión sexual. En: Hidalgo MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT. *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. 3.ª edición. Ergon; 2021. p.1255-1262

No existen conflictos de interés en la realización de este artículo.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. **¿A qué son debidas las alteraciones del ciclo menstrual de las adolescentes?**
 - a) A la ausencia de pulsos regulares de secreción de FSH y LH.
 - b) A la inmadurez del endometrio que no responde a la acción hormonal.
 - c) A la falta de producción de FSH en respuesta a la estimulación hipotalámica.
 - d) A una inmadurez de la cascada de la coagulación que favorece el sangrado abundante.
 - e) A la ausencia del pico de LH hacia la mitad del ciclo.

2. **¿Cuál es la causa de la dismenorrea primaria que sufren muchas adolescentes?**
 - a) Ciclos anovuladores.
 - b) Disminución de la síntesis de leucotrienos.
 - c) Disminución de la síntesis de prostaglandinas en el endometrio.
 - d) Aumento en la síntesis de prostaglandinas por el endometrio.
 - e) Endometriosis.

3. **¿Cuál de estos métodos anticonceptivos es especialmente adecuado para evitar embarazos en los adolescentes?**
 - a) Preservativo.
 - b) Píldora anticonceptiva.
 - c) Anillo anticonceptivo.
 - d) Métodos LARC.
 - e) Parche anticonceptivo.

Respuestas en la página 152

Talleres simultáneos

Entrevista clínica con el adolescente: “Roll playing”

Publicado en: Adolescere 2022; X (3): 135-138

Disponible en: <https://www.adolescere.es/entrevista-con-el-adolescente-roll-playing/>