



**Viernes 7 de febrero de 2014**

**Taller:  
Problemas ginecológicos  
en la adolescencia**

**Ponente/monitora:**

- **M.<sup>a</sup> José Rodríguez Jiménez**  
*Facultativo Especialista de Área del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid.*

**Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)**

**¿Cómo citar este artículo?**

Rodríguez Jiménez MJ. Problemas ginecológicos más frecuentes en la infancia y adolescencia. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. Madrid: Exlibris Ediciones; 2014. p. 413-22.

## Problemas ginecológicos más frecuentes en la infancia y adolescencia

**M.<sup>a</sup> José Rodríguez Jiménez**  
*Facultativo Especialista de Área del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid.  
[mjrodrjim@hotmail.com](mailto:mjrodrjim@hotmail.com)*

### RESUMEN

Se abordarán de una forma eminentemente práctica los problemas ginecológicos más frecuentes que presentan las niñas y adolescentes.

Los objetivos del taller son:

1. Conocer los problemas ginecológicos más frecuentes que presentan las niñas y adolescentes y que pueden ser motivo de consulta al pediatra de Atención Primaria.
2. Dar a conocer los recursos terapéuticos utilizables por el pediatra para el tratamiento de la patología ginecológica más común.
3. Establecer cuándo se debe derivar al especialista en Ginecología.

Desde la presentación y el trabajo individualizado de varios casos clínicos se expondrán: la patología más frecuente en la infancia, las alteraciones menstruales tanto por exceso como por defecto y el dolor pélvico de causa ginecológica.

Así mismo se hará referencia a la vacunación de las adolescentes frente al VPH y a su implicación en problemas de la mujer a largo plazo.

## INTRODUCCIÓN

Durante la infancia la patología ginecológica es infrecuente, pero la inspección de los genitales externos y la palpación de las mamas siempre deben formar parte de la exploración física sistemática realizada por el pediatra. Es necesaria también la detección de cualquier anomalía en la configuración externa de los genitales y del himen pues muchos errores diagnósticos se originan por la omisión de la exploración.

En la pubertad vamos a encontrarnos con motivos de consulta concretos: retraso en la aparición de la menstruación, alteraciones del ciclo, metrorragias... y con otro problema nuevo y este es que, actualmente, debido a una actitud social más tolerante, a la influencia de los medios de comunicación, etc. es frecuente el inicio de las relaciones sexuales, con pautas de conducta que favorecen las infecciones de transmisión sexual y el embarazo.

El papel del médico, sobre todo en la adolescencia, no debe limitarse a la valoración, diagnóstico y tratamiento del problema por el que consulta la adolescente, sino que debe ir más allá, hacia una acción preventiva y educativa. La falta de sensibilidad hacia las preocupaciones y necesidades de la joven pueden convertir un acontecimiento potencialmente instructivo en una experiencia física y emocionalmente traumática que condicionará actitudes ante los médicos, especialmente ante el ginecólogo, que persistirán el resto de su vida<sup>1</sup>.

## PRINCIPALES PROBLEMAS GINECOLÓGICOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

### Vulvovaginitis

Constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta especialmente durante la primera infancia. Clínicamente se refiere como un enrojecimiento bien delimitado de la vulva y una leucorrea o acúmulo de secreción en el vestíbulo vulvar.

La mayoría de las veces es una vulvovaginitis inespecífica, de causa bacteriana, frecuente en el periodo de reposo

estrogénico, cuando la vagina no cuenta con su mecanismo natural de limpieza que son los cambios en el moco cervical. Los gémenes causantes con más frecuencia son enterococos, *E. coli*, *S. epidermidis*, *Proteus*, *Haemophilus*..., es decir, flora intestinal y normal de vagina.

Clínicamente suele aparecer un enrojecimiento de la zona con indicios de rascado y frecuentemente esmegma entre los pliegues labiales. La madre suele consultar preocupada por el manchado de las braguitas amarillentas o incluso verdoso. Estas secreciones, aunque alarmantes no tienen significado patológico, pero ante una leucorrea purulenta o muy abundante siempre hay que descartar un cuerpo extraño en vagina.

El tratamiento aconsejado es la limpieza correcta de la zona después de la micción y la defecación.

El lavado con un antiinflamatorio (bencidamina o tetrídamina) seguido de un secado cuidadoso puede bastar.

Si se sospecha infección micótica se puede proponer una crema imidazólica.

A veces, cuando las vulvovaginitis son muy recidivantes, es necesario un tratamiento con estrógenos tópicos. También es importante preguntar a la madre el hábito intestinal y la existencia de parásitos en heces.

Aunque se haga cultivo y en este crezca flora, solo es necesario el tratamiento antibiótico general si el cultivo es puro.

### Alteraciones menstruales de la adolescente

La edad media de la primera menstruación o menarquia en la población española es de 12,6 años, por lo que suele ser el pediatra al que se va a consultar; más que al ginecólogo, por alteraciones del ciclo, tanto por exceso como por defecto. La incidencia real de dichas alteraciones es desconocida pero alta, pues se relaciona con la existencia de ciclos anovulatorios que constituyen del 55 al 82% de todos los ciclos en los primeros dos años tras la menarquia<sup>2</sup>.

Ante esas alteraciones 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 en todos los casos para evitar la repercusión de las mismas en la vida diaria de la joven.

La mayoría de las alteraciones, efectivamente, van a ser secundarias a la anovulación y a la falta de maduración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. Sin embargo, las alteraciones del sangrado vaginal en la adolescente pueden esconder otro tipo de patología que requiera tratamiento y seguimiento específico y que el médico ha de saber reconocer y diagnosticar.

### El ciclo menstrual normal

Según el *American College of Obstetrics and Gynaecologist*<sup>3</sup> el ciclo menstrual se debe interpretar como un signo vital adicional, indagando sobre sus características e insistiendo en su importancia ante la joven y sus padres, pues al igual que la tensión arterial, la frecuencia cardíaca o la frecuencia respiratoria pueden ser la clave del diagnóstico de enfermedades importantes, la identificación de un patrón menstrual anormal puede permitir la identificación precoz de posibles patologías durante la madurez.

Los ciclos menstruales son con frecuencia irregulares en las adolescentes, especialmente en el intervalo entre el primero y segundo ciclos. A pesar de la variabilidad, la mayoría de los ciclos tienen un rango entre 21 y 45 días, incluso en el primer año ginecológico, aunque sean frecuentes tanto ciclos cortos de <20 días como los largos >45.

La causa más frecuente de esos ciclos largos va a ser la anovulación que caracteriza los primeros años de la actividad menstrual. Pero, aunque relacionados, irregularidad y anovulación no son sinónimos: el 90% de los ciclos, a pesar de ser anovulatorios, van a tener lugar entre los 21-45 días.

Que los ciclos sean regulares no es sinónimo de ovulación, pues si bien la anovulación se asocia con periodos

de ausencia de sangrado o sangrados erráticos, puede tener también un patrón regular.

Frasser<sup>4</sup> en 2007 recomienda la unificación de los términos usados para definir las anomalías del ciclo para usar términos más homogéneos descriptivos, simples y fáciles de entender por las mujeres y de traducir a diferentes lenguas (Tabla 1).

### Alteraciones del ciclo menstrual

Las alteraciones del ciclo menstrual pueden ser por exceso (menstruación frecuente, prolongada o intensa) o por defecto (ausencia de menstruación, intervalo prolongado entre ciclos).

La importancia de las alteraciones del ciclo por exceso, **hemorragia uterina disfuncional (HUD)**, es que el sangrado, por su intensidad o por su persistencia en el tiempo, puede dar lugar a anemia e incluso necesidad de transfusión.

En las alteraciones por defecto, **amenorreas**, lo importante es diferenciar si se trata de una **amenorrea primaria** relacionada con patología orgánica o un retraso constitucional o **secundaria** a enfermedades sistémicas o endocrinas.

La **HUD de la adolescente** se debe a ciclos anovulatorios en los que el estímulo de los estrógenos (E) sobre el endometrio sin la oposición de la progesterona (PG), hace que este prolifere desordenadamente. La clínica típica son fases de amenorrea de 2-4 meses seguidas de sangrado abundante durante 3 o 4 semanas. Otras veces, la irregularidad del sangrado es completa. Son hemorragias indoloras.

Se habla de **amenorrea primaria** ante la ausencia de menarquia a los 14 años acompañada de falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios o a los 16 años, si estos se han desarrollado adecuadamente.

La **amenorrea secundaria** es la ausencia de menstruación durante 6 o más meses en una joven que ya la tenía, habiendo descartado gestación.

**Tabla 1.** Propuesta de nomenclatura para definición de la normalidad y patología del ciclo menstrual por Fraser *et al.*<sup>4</sup>

Dimensiones de la menstruación y del ciclo menstrual	Término descriptivo	Límites normales (percentil 5-95)
Frecuencia del período (días)	Frecuente	<24
	Normal	24-38
	Infrecuente	>38
Regularidad de la menstruación (variación ciclo a ciclo a lo largo de 12 meses, en días)	Ausente	–
	Regular	Variación de $\pm 2$ a 20 días
	Irregular	Variación mayor de 20 días
Duración del sangrado (días)	Prolongado	>8
	Normal	4-8
	Acortado	<4
Volumen de la pérdida menstrual mensual (ml)	Fuerte	>80
	Normal	5-80
	Ligero	<5

### Evaluación diagnóstica

Las **metrorragias** en la adolescente son diagnosticadas como funcionales (HUD) cuando se excluye otra patología causante. Para ello nos basamos en la anamnesis, la exploración física y la ginecológica<sup>5</sup>.

En cuanto a la anamnesis, además de edad de la menarquia, tipo y duración del ciclo y tiempo de evolución de las alteraciones, es interesante preguntar por antecedentes de epistaxis, gingivorragias o antecedentes familiares de enfermedades sistémicas (lupus, diabetes) o de la coagulación.

En la exploración física valoraremos el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el estado nutricional y la palidez.

La exploración ginecológica mediante tacto vaginal es preceptiva si la joven ha tenido relaciones sexuales, pero en niñas más pequeñas puede sustituirse por la inspección de vulva y vagina, descartando tumoraciones a ese nivel, y una ecografía pélvica para valorar útero y anejos

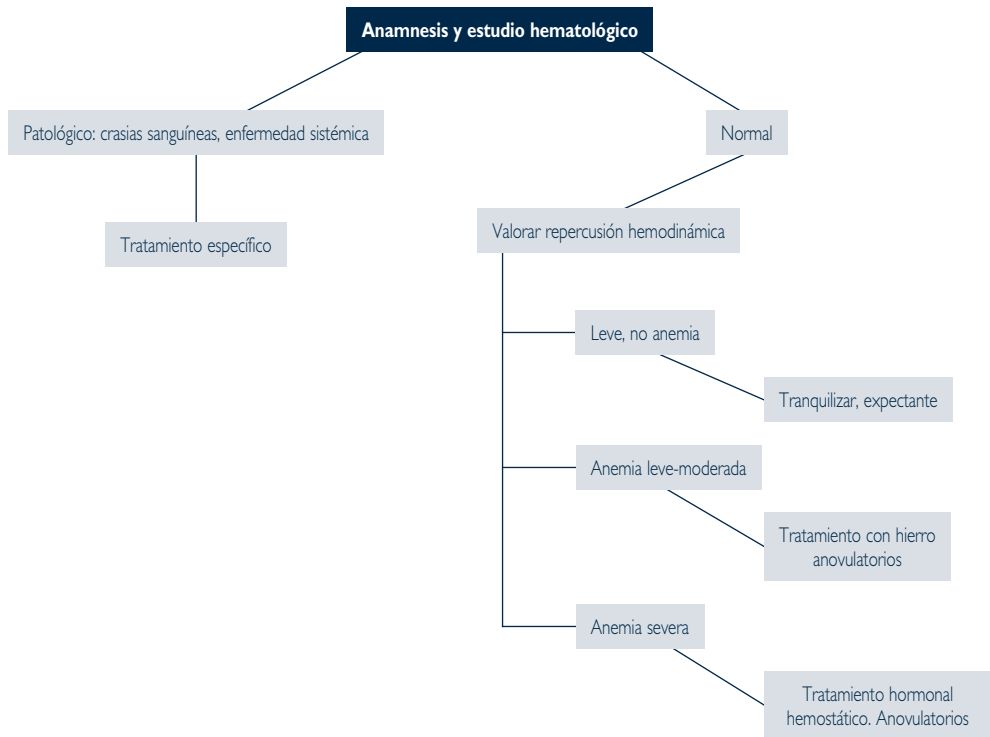
Es aconsejable realizar una analítica completa que nos informe de la repercusión hemodinámica del sangrado y del estado de la coagulación. No es necesario realizar estudios hormonales.

Con todos estos datos podremos diagnosticar si la causa es disfuncional (74%), una alteración de la coagulación (19%) u otra (7%) como traumatismos, tumores, enfermedades sistémicas, coito... (Fig. 1).

La causa de una **amenorrea** puede ser orgánica, por malformaciones de tracto excretor o del útero (siempre provocan amenorrea primaria), por alteración del funcionamiento del ovario o bien de origen central, por alteraciones en hipófisis o hipotálamo<sup>6</sup>.

En la amenorrea primaria la anamnesis debe recoger datos sobre el desarrollo puberal de otros miembros de la familia. Valoraremos los caracteres sexuales secundarios, el peso y talla, la existencia de galactorrea, el tamaño del tiroides y los signos de hirsutismo. Exploraremos los genitales externos, comprobando la permeabilidad del himen y que no existan tabiques vaginales; la longitud de la vagina mediante tacto unidigital y practicaremos una

Figura 1. Algoritmo diagnóstico de hemorragia uterina juvenil



ecografía para comprobar la existencia de útero y ovarios. Si se detecta una malformación, es imprescindible el estudio del cariotipo.

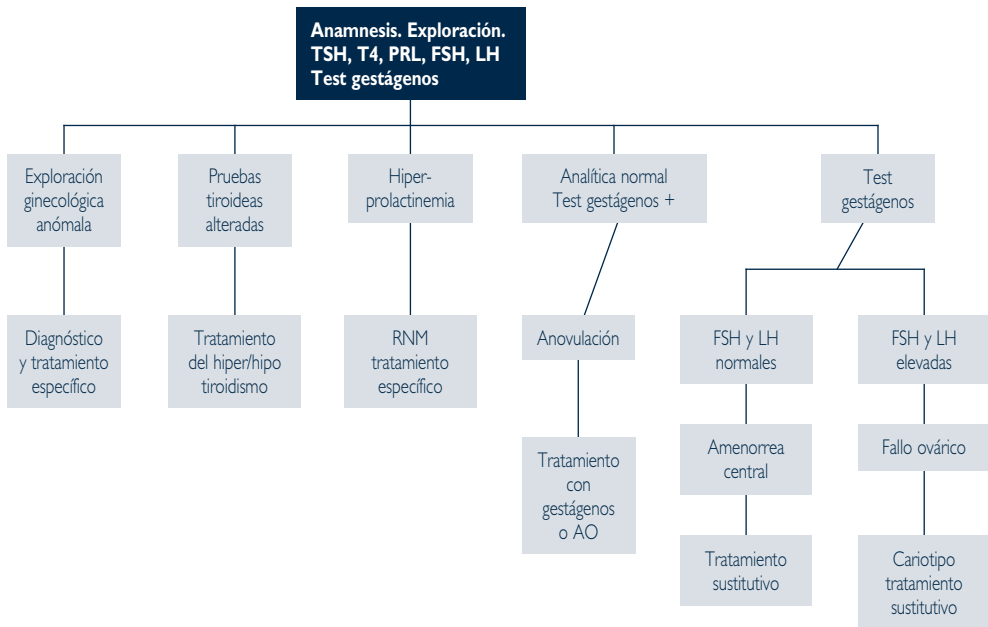
La amenorrea secundaria, descartando patología tiroidea o hiperprolactinemia, va a ser de origen central (lo más frecuente) o por anovulación, la cual a su vez puede asociarse a un hiperandrogenismo en el síndrome del ovario poliquístico (SOP). Mediante la anamnesis y la exploración descartaremos en primer lugar un embarazo, valoraremos el estado nutricional de la paciente mediante determinación del IMC y buscaremos signos de androgenización como acné, alopecia y presencia de vello en pezón, surco intermamario o línea alba.

Las pruebas analíticas deben incluir la determinación de hormonas tiroideas (para descartar hipo o hipertiroidismo como causa de amenorrea), prolactina (una hiperprolactinemia funcional o debida a tumor hipofisario

causa amenorrea con o sin galactorrea), estrógenos, progesterona y andrógenos (para valorar producción ovárica) y LH y FSH (que en el caso de estar elevadas hablarían un fallo ovárico y de ser bajas, de una amenorrea de causa central).

En las amenorreas secundarias es muy útil el *test de provocación con gestágenos*: administramos un gestágeno (acetato de medroxiprogesterona 10 mgrs) durante 5 días; si tiene lugar una hemorragia por privación, la causa es una anovulación (por incremento o pérdida de peso, por exceso de andrógenos en el (SOP)). Si no se produce tal sangrado es porque la producción de estrógenos no es suficiente y, descartado un fallo ovárico secundario en el que las gonadotropinas estarían muy elevadas, la causa es central, a nivel de hipotálamo o hipófisis: son las amenorreas de estrés, de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), del ejercicio físico intenso... (Fig. 2).

Figura 2. Algoritmo diagnóstico de las amenorreas



AO: anticonceptivos orales; FSH: hormona foliculoestimulante; LH: hormona luteinizante; PRL: prolactina; RNM: resonancia nuclear magnética; TSH: hormona tireoestimulante.

## Tratamiento

Las metrorragias de la adolescente no siempre necesitan tratamiento médico y, al ser debidas en su mayoría a una inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, suelen mejorar espontáneamente. Lo importante es valorar la repercusión que tienen en la joven y vigilar la evolución del cuadro.

En el caso de metrorragias o ciclos irregulares que no tengan repercusión hemodinámica, tranquilizar a la paciente, aconsejar medidas higiénico dietéticas como reposo los días de mayor sangrado o alimentos ricos en hierro, y controlar cada 3 meses la evolución de las reglas.

Si las metrorragias causan anemia, además de un suplemento con hierro las pacientes pueden beneficiarse de tratamiento hormonal bien con gestágenos en la segunda mitad del ciclo (progesterona micronizada 200 mg/

día, acetato de medroxiprogesterona 5 mg/día, los días 15 al 25 del ciclo), estrógenos y gestágenos combinados (valerato de estradiol + gestágeno) durante 21 días) o anticonceptivos si creemos que tiene relaciones sexuales o si queremos que el sangrado sea mínimo (etinilestradiol + gestágeno 1/día/21 días). El tratamiento se mantendrá de 3 a 6 meses y valoraremos la evolución de los ciclos tras suspensión del mismo.

En el caso de una amenorrea primaria debida a una malformación del aparato genital el tratamiento será el específico de cada caso: quirúrgico en el himen imperforado o el septo vaginal; creación de neovagina en el síndrome de Rockitansky...

En los casos de insuficiencia ovárica, es imprescindible una sustitución cíclica secuencial utilizando estrógenos naturales y gestágenos a fin de inducir y activar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. También son necesarios para alcanzar el pico de masa ósea pues

las jóvenes con déficit estrogénico presentan osteoporosis e incluso fracturas patológicas.

El tratamiento de la amenorrea secundaria dependerá de la causa que lo provoque. Si la causa es un trastorno de la función tiroidea, el tratamiento será el adecuado según se trate de hiper o hipotiroidismo.

Si se detecta una hiperprolactinemia, tras descartar la existencia de un prolactinoma, se instaurará tratamiento con cabergolina 1 o 2 comp./semana.

Si es una amenorrea por anovulación, además de medidas higiénico-dietéticas como la pérdida de peso o evitar el estrés, se iniciará un tratamiento con gestágenos durante la segunda mitad del ciclo (progesterona micronizada 200 mg/día; acetato de medroxiprogesterona 10 mg/día, ambos durante 10-15 días/mes). En el caso de una adolescente que tenga relaciones sexuales o si existen claros signos de androgenización, preferimos el tratamiento con un anticonceptivo que contenga etinilestradiol y acetato de ciproterona (Diane 35®, Gyneplén®), que se puede mantener desde 6 meses hasta 2 años, en función de la mejoría de los síntomas.

Tanto en las amenorreas por fallo ovárico (en las que las gonadotropinas estarán elevadas) como en las de causa hipotálamo-hipofisaria o central (en las que estarán bajas) el tratamiento será sustitutivo, en el primer caso para siempre y en el segundo hasta que cese la causa de la amenorrea (anorexia nerviosa, estrés por deporte...). Se pueden utilizar compuestos combinados no anovulatorios (valerato de estradiol + gestágeno) o anticonceptivos que contengan 30 o 35 mg de etinilestradiol.

Los tratamientos hormonales suelen ser bien tolerados y no presentan complicaciones ni efectos secundarios.

### Dismenorrea

Uno de los motivos más frecuentes de consulta es el dolor menstrual. El problema diagnóstico básico estriba en discernir si existe o no un proceso o anomalía pélvica responsable, es decir si nos encontramos ante una dismenorrea primaria o secundaria<sup>7</sup>.

Dado que la **dismenorrea primaria** solo se presenta en los ciclos ovulatorios, la historia clínica suele iniciarse 6-12 meses tras la menarquia, cuando la ovulación empieza a regularizarse. La prevalencia a los 12 años es de 39%. Su frecuencia aumenta entre los 14 y 16 años y su máxima incidencia es entre los 17-18 (72%).

El dolor en la dismenorrea primaria en general es de tipo espasmódico, más intenso en hipogastrio y que puede irradiarse hacia atrás y los muslos. Se inicia unas horas antes de la menstruación y alcanza su acmé en el 1º día de la regla. El cuadro puede durar desde unas horas hasta 2-3 días y en más de la mitad de los casos se acompaña de náuseas o vómitos (89%), astenia (85%), diarrea (60%), mareo, cefalea (60%).

El dolor en la dismenorrea secundaria es más continuo, persistente y sordo, y va en aumento durante el periodo menstrual. Las principales causas de dismenorrea secundaria (endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, adenomiosis...) son infrecuentes en la adolescencia.

Actualmente, se acepta que la dismenorrea se produce por un incremento anormal de la actividad uterina debido a un aumento en la producción uterina de prostaglandinas concomitante con la caída de los niveles de esteroides ováricos en el momento de la menstruación.

### Tratamiento de la dismenorrea

Si bien existen medidas no farmacológicas que pueden ayudar a mejorar el dolor menstrual, como el ejercicio, reposo, calor local, dieta baja en grasas, suplementación con ácidos grasos omega-3 o acupuntura, el tratamiento de la dismenorrea se basa en dos pilares: los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas y los anovulatorios<sup>8</sup>.

■ **Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas:** constituyen el primer peldaño del tratamiento. La administración se realiza durante los 2 o 3 primeros días de la regla, no habiéndose comprobado la utilidad de su toma en días previos. Para valorar su eficacia es necesario mantener los tratamientos 5-6 meses e incluso cambiar de uno a otro compuesto hasta conseguir el más eficaz para cada paciente.

- **Anovulatorios.** consiguen la eliminación del dolor en el 90% de los casos.
- Cuando las medidas terapéuticas anteriores no resuelven el cuadro de dolor hay que recurrir a la laparoscopia para descartar patología orgánica responsable.

### Vacunación frente al virus del papiloma humano

La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) está incluida en el calendario vacunal de todas las Comunidades Autónomas desde el año 2007, si bien con diferencias tanto en el tipo de vacuna (bivalente, frente a VPH 16-18 o tetravalente, VPH 16-18-6-11) como la edad a la que se administra.

El lanzamiento de la vacuna suponía un hito en la medicina: por primera vez se iba a poder prevenir mediante una vacuna un tumor maligno, el cáncer de cérvix. Pero no estuvo exento de polémica, pues frente a las opiniones a favor se levantaron muchas en contra<sup>9</sup>. Por todo ello muchas madres siguen consultando a su pediatra sobre la necesidad y la conveniencia de vacunar a sus hijas cuando llega el momento. Y la opinión de este es variable, a favor o en contra.

Sin embargo, los ginecólogos son unánimes y todos recomiendan fehacientemente la vacunación<sup>10</sup>. Los ginecólogos son realmente quienes van a ver sus resultados cuando la niña se haya convertido en una joven o una adulta, inicie su vida sexual y acuda a las consultas. Por ello, sin entrar en polémicas vamos a exponer la opinión del ginecólogo frente a algunos de los argumentos de los detractores de la vacuna.

#### ¿Por qué financiar una vacuna para una patología poco prevalente?

Aunque el cáncer de cérvix es el segundo cáncer más frecuente en la mujer, en España, como en la mayoría de los países desarrollados, tiene una incidencia relativamente baja, entre 3,4-12,2 casos/10<sup>5</sup> mujeres/año con una tasa de mortalidad de 2,7/10<sup>5</sup> mujeres/año.

Por el contrario, el virus del papiloma humano (VPH) es una causa muy importante de morbilidad y mortalidad y su adquisición está asociada a la actividad sexual. Diferentes estudios epidemiológicos sugieren que el 75% de la población sexualmente activa llegará a estar infectada en algún momento de su vida. Las tasas de infección por VPH son más altas en la población adolescente, con una prevalencia acumulada de hasta el 82% en grupos seleccionados.

El VPH es causa de todos los cánceres de cuello uterino. Los tipos VPH 16 y 18 son los responsables de aproximadamente el 70% de los cánceres de cérvix, vagina y ano y entre el 30-40% de los cánceres de vulva, pene y orofaringe. Los tipos 6 y 11 son los agentes causales de las verrugas genitales y de las papilomatosis respiratorias recurrentes.

El periodo de incubación para desarrollar síntomas tras la infección es muy variable: las verrugas pueden aparecer a los pocos meses tras la infección, mientras que la historia natural del cáncer de cérvix es muy larga, incluso de décadas, pero antes de eso se van a detectar lesiones precursoras: *lesión escamosa intraepitelial* (LSIL), que puede ser *de bajo grado* (LSIL) o displasia leve, que equivale a neoplasia intraepitelial cervical CIN-1, y *de alto grado* (HSIL) donde se incluye las displasia moderada CIN-2 o carcinoma in situ CIN-3.

En las mujeres adolescentes la mayoría regresan espontáneamente. En un estudio realizado en mujeres adolescentes se observó que las lesiones LSIL regresaron en el 92-94% de los casos en un periodo de 3 años; solamente el 3% evolucionó a lesiones precancerosas más avanzadas.

#### ¿Su administración puede crear una sensación de falsa seguridad en los adolescentes?

Una de las características de la adolescencia es no percibir el riesgo de una conducta como algo que pueda sucederle a él. Ante ello, la mejor estrategia es la información y la educación, y cuando nos referimos a conductas relacionadas con la actividad sexual, el papel del personal sanitario es esencial.



Cuando se vacune a la joven es importante informarle de que, por la composición de la vacuna, se van a poder prevenir el 70% de los cánceres por lo que queda un porcentaje no desdeñable frente al que no va a estar protegida, junto con la posibilidad de contraer otras enfermedades de transmisión sexual. Por ello es necesario insistir en los factores de riesgo.

Es importante informar que el VPH se transmite por contacto piel-piel. Aunque se use el preservativo, se puede adquirir la infección en la piel no cubierta por el mismo.

**¿Por qué administrarla a edad tan temprana si no va a ser útil hasta mucho tiempo después?**

**¿Por qué no esperar a la mayoría de edad y que sea voluntaria?**

Los primeros estudios clínicos sobre la vacuna VPH se realizaron en mujeres entre 9 y 26 años demostrándose en ellas la inmunogenicidad y la seguridad.

La ventaja de administrar la vacuna antes de que la joven haya tenido relaciones sexuales es que nos garantiza que nunca ha estado expuesta al virus y por lo tanto su capacidad de protección va a ser mayor. Si se administrara al alcanzar la mayoría de edad, un porcentaje nada desdeñable de ellas ya habrían estado expuestas al virus, por lo que la protección no sería del 100%.

**¿Es segura su administración?**

Pese a las noticias sensacionalistas que puedan aparecer, la vacuna del VPH tiene un impresionante perfil de seguridad. Los efectos adversos fueron menores y similares a aquellos que aparecen con la mayoría de las vacunas tales como mareos, síncope y reacción local. Las reacciones sistémicas adversas son raras y desde luego no incluyen retraso mental ni parálisis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Parera Junyent N, López García S, Llopis Pérez A. Habilidades para la comunicación con adolescentes. Barcelona: EdikaMed; 2012.
2. Speroff L, Fritz MA. Amenorrea. En: Speroff L, Fritz MA (eds.). Endocrinología ginecológica clínica y esterilidad. 7.ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.p.401-65.
3. ACOG Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion No. 349, November 2006: Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. *Obstet Gynecol.* 2006;108:1323-8.
4. Fraser IS, Critchley HOD, Munro MG, Broder M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding? *Hum Reprod.* 2007;22:635-43.
5. Dueñas JL, López E, González JV, Ordás J, Sánchez R. Alteraciones menstruales por exceso. En: Buil C, Lete I, Ros R, de Pablo JL (coord.). Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. 1.ª ed. Zaragoza: S.E.C.; 2001.p.217-29.
6. Quintana R. Amenorrea primaria y secundaria en adolescentes. Evaluación clínica y diagnóstica diferencial. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM (eds.) Medicina de la adolescencia. Atención integral. 1.ª ed. Majadahonda: Ergon; 2004.p.299-305.
7. Rodríguez MJ, Brañas P. El ciclo menstrual y sus trastornos. Hemorragia uterina disfuncional. Dismenorrea. Síndrome premenstrual. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM (eds.) Medicina de la adolescencia. Atención integral. 1.ª ed. Majadahonda: Ergon; 2004.p. 292-8.
8. Sánchez Serrano M. Dismenorrea. Dolor pélvico agudo y crónico. En: Grupo de Trabajo de Ginecología de Infancia y Adolescencia (GIA). Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO); 2013.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Human Papillomavirus (HPV) Vaccine. [Fecha de acceso 26

nov 2013]. Disponible en [www.cdc.gov/vaccinesafety/Vaccines/HPV/Index.html](http://www.cdc.gov/vaccinesafety/Vaccines/HPV/Index.html)

10. Cortés Bordoy J, Vidart JA, Palacios S, Puig Tintoré LM, Abizanda M, Castellsagué X, *et al.* Documento de recomendaciones sobre vacunación en mujeres con o sin antecedente a exposición al VPH. Sociedad Española Ginecología y Obstetricia (SEGO). Socie-

dad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Asociación Española de Patología Cervical y Colonoscopia (AEPCC), Sociedad Española de Citología (SEC). [Fecha de acceso 26 nov 2013]. Disponible en [www.aepcc.org/download/documentos/profesionales/4-vacunacion\\_con\\_sin\\_exposicion\\_VPH\\_jul-07.pdf](http://www.aepcc.org/download/documentos/profesionales/4-vacunacion_con_sin_exposicion_VPH_jul-07.pdf)