

# EL CICLO VITAL FEMENINO

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA  
ADOLESCENCIA A LA  
MENOPAUSIA



Mgs. Richelle Macías Núñez  
Md. Pérez Espinoza Eduardo Belisario  
Md. Maria Belén Torres Narváez



**IMPORTANTE:**

El contenido de esta obra tiene fines académicos e informativos. No reemplaza la consulta médica, diagnósticos ni tratamientos ofrecidos por profesionales de la salud capacitados. Ante cualquier condición específica, siempre se debe acudir a un especialista debidamente acreditado. Las opiniones y enfoques expresados en los capítulos pertenecen exclusivamente a sus respectivos autores y no representan necesariamente la postura oficial de las instituciones a las que están afiliados.

**ISBN:** 978-9942-7394-2-1

**DOI :** <https://doi.org/978-9942-7394-2-1>

Una producción © Editorial Medipro SAS

**Septiembre 2025**

Av. Rodrigo Icaza Cornejo y Enrique C  
Guayaquil, Ecuador

**[www.editorialmedipro.com](http://www.editorialmedipro.com)**

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Editado en Ecuador - Esta obra solo podrá ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o transformada con la autorización de los titulares de los derechos, a menos que se disponga lo contrario por la ley.

Edited in Ecuador - Any form of reproduction, distribution, public communication, or transformation of this work can only be carried out with the authorization of its holders, unless otherwise provided by law.

## **Autores por Capítulo**

El presente libro ha sido desarrollado por un equipo de profesionales de la salud y estudiantes avanzados en el área médica, quienes han contribuido con el contenido especializado de cada capítulo:

- **Capítulo 1:** *Ginecología de la adolescencia*

*Pubertad, dismenorrea, amenorrea*

**Autora:** Mgs. Richelle Macías Núñez

- **Capítulo 2:** *Edad reproductiva: Planificación, infecciones, sangrados anormales*

**Autor:** Md. Pérez Espinoza Eduardo Belisario

- **Capítulo 3:** *Perimenopausia y menopausia:*

**Abordaje clínico, terapia estrogénica y trastornos urogenitales**

**Autor:** Md. María Belén Torres Narvaez

- **Capítulo 4:** *Patologías benignas más frecuentes por grupo etario*

**Capítulo 1:**  
**Ginecología de la**  
**adolescencia**  
**Pubertad, dismenorrea,**  
**amenorrea**

Mgs. Richelle Macías Núñez

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia constituye un periodo fisiológico, psicológico y socialmente crítico en el desarrollo humano, que marca la transición de la niñez a la adultez. En las mujeres, este proceso cobra especial relevancia debido a los importantes cambios endocrinos y reproductivos que se inician con la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, y que culminan con la instauración del ciclo menstrual. Desde una mirada ginecológica, esta etapa representa una ventana de oportunidad para instaurar hábitos de salud positivos, establecer una relación médico-paciente empática y detectar precozmente trastornos que, de no abordarse a tiempo, pueden comprometer la salud reproductiva futura de la adolescente (1).

El inicio de la pubertad y la aparición de la menarquia no solo representan hitos fisiológicos, sino también desafíos sociales, familiares y emocionales. Durante este proceso, las adolescentes experimentan una serie de cambios físicos como la telarquia, pubarquia y crecimiento acelerado, así como alteraciones emocionales que pueden verse influenciadas por el entorno familiar, la escolarización, el acceso a información y la atención en salud. En este contexto, el rol del profesional ginecológico es brindar orientación, educación y contención en un marco de

respeto y confidencialidad, garantizando el derecho de las adolescentes a una atención integral y oportuna (2).

Además de los cambios esperados, durante la adolescencia pueden surgir síntomas o signos que indican alteraciones del desarrollo puberal o disfunciones menstruales. Entre los motivos de consulta más frecuentes se encuentran la dismenorrea y la amenorrea, condiciones que, aunque muchas veces consideradas benignas, pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida, la actividad académica, la autoestima y las relaciones sociales de la adolescente. La falta de atención oportuna a estos síntomas puede derivar en el retraso diagnóstico de patologías subyacentes como endometriosis, trastornos hormonales, alteraciones anatómicas o incluso condiciones sistémicas (3).

El abordaje clínico de la ginecología en la adolescencia debe considerar no solo el componente biológico, sino también los factores culturales, psicológicos y sociales. La atención debe enmarcarse en un modelo biopsicosocial que incorpore la perspectiva de género, la educación en salud sexual y reproductiva, y el enfoque de derechos. En este sentido, los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de sociedades científicas como el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomiendan adaptar las estrategias diagnósticas y terapéuticas a las necesidades individuales de cada paciente,

evitando la medicalización innecesaria y fomentando la participación activa de la adolescente en su proceso de salud (4). El presente capítulo tiene como objetivo revisar de manera sistemática y actualizada los aspectos más relevantes de la ginecología en la adolescencia, estructurado en tres ejes principales: el desarrollo puberal, la dismenorrea y la amenorrea. En cada sección se abordarán los aspectos fisiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos, sustentados en la mejor evidencia científica disponible de los últimos años. A través de este análisis se busca fortalecer las competencias del profesional de salud para brindar una atención efectiva, empática y basada en evidencia, en concordancia con los desafíos actuales del cuidado ginecológico en la adolescencia (5).

### **PUBERTAD: FISIOLOGÍA, CRONOLOGÍA Y ALTERACIONES**

La pubertad es un proceso biológico complejo que marca el inicio de la maduración sexual y reproductiva, y se caracteriza por una secuencia ordenada de eventos neuroendocrinos, fisiológicos y anatómicos. En las niñas, este proceso está mediado por la reactivación pulsátil del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas (HPG), que había permanecido funcionalmente inactivo desde los primeros meses de vida. La liberación pulsátil de GnRH (hormona liberadora de gonadotropina) desde el hipotálamo estimula la producción de las gonadotropinas LH (hormona luteinizante) y

FSH (hormona foliculoestimulante) en la hipófisis anterior, las cuales inducen la maduración folicular ovárica y la secreción de estrógenos, hormonas clave en la feminización corporal, el desarrollo de caracteres sexuales secundarios y la preparación endometrial para la menstruación (6).

Este proceso, además de estar condicionado por mecanismos endocrinos centrales, se encuentra finamente regulado por múltiples factores periféricos, incluyendo señales metabólicas como la leptina, que informa al hipotálamo sobre el estado energético del organismo. La kisspeptina y su receptor GPR54 han sido reconocidos como elementos indispensables para el inicio de la pubertad, funcionando como activadores directos de la secreción de GnRH. Las mutaciones en estos genes están asociadas a síndromes de pubertad ausente o precoz, lo cual resalta su papel como nodos centrales en la maduración reproductiva (7).

El inicio de la pubertad varía según factores étnicos, genéticos y ambientales, pero en condiciones normales ocurre entre los 8 y 13 años. La primera manifestación es generalmente la telarquía (desarrollo mamario), seguida de la pubarquía (vello púbico), el estirón puberal, y finalmente la menarquía, que ocurre entre los 10 y 15 años, con una media de edad en torno a los 12.5 años. Esta secuencia puede diferir ligeramente entre adolescentes, pero el orden de los eventos suele mantenerse constante, reflejando la

progresión fisiológica del eje hormonal (8).

La obesidad infantil ha sido identificada como un factor acelerador del inicio puberal, probablemente debido a la acción estrogénica periférica de los adipocitos y la leptina circulante. Por el contrario, las adolescentes con bajo peso, ejercicio físico excesivo o trastornos de la conducta alimentaria presentan mayor riesgo de retraso puberal, como resultado de una supresión funcional del eje HPG. Estos extremos nutricionales deben ser cuidadosamente valorados durante el examen clínico, ya que influyen directamente en la salud reproductiva y ósea a largo plazo (9).

La evaluación del desarrollo puberal debe ser sistemática e incluir historia clínica detallada, antecedentes familiares, crecimiento lineal, IMC, edad ósea y estadio de Tanner. Este último permite clasificar el grado de maduración sexual en cinco etapas para el desarrollo mamario y el vello púbico, siendo una herramienta útil para el seguimiento cronológico de la pubertad. El examen físico debe respetar siempre la privacidad y dignidad de la adolescente, integrando un enfoque centrado en la paciente y sus necesidades individuales (10).

Las alteraciones de la pubertad más relevantes desde el punto de vista clínico son la pubertad precoz y la pubertad retrasada. La pubertad precoz se diagnostica cuando los signos puberales aparecen antes de los 8 años. Esta puede clasificarse en formas

centrales (GnRH-dependientes) y periféricas (GnRH-independientes). La forma central es la más común en niñas y puede tener etiología idiopática o ser secundaria a alteraciones neurológicas como hamartomas hipotalámicos o tumores del SNC. El diagnóstico incluye medición de LH y FSH basales y tras estimulación con GnRH, resonancia magnética cerebral y edad ósea. En casos confirmados, el tratamiento con análogos de GnRH ha demostrado eficacia en la detención de la maduración prematura y la preservación del potencial de talla final (11).

La pubertad retrasada se define clínicamente como la ausencia de telarquia a los 13 años o de menarquia a los 15 años. Las causas más frecuentes incluyen el retraso constitucional del crecimiento y desarrollo, el hipogonadismo hipogonadotrópico (como en el síndrome de Kallmann) y el hipogonadismo hipergonadotrópico (como en el síndrome de Turner). Estas condiciones requieren evaluación hormonal completa (LH, FSH, estradiol, TSH, prolactina), estudio imagenológico (ecografía pélvica para verificar desarrollo uterino y ovárico), y eventualmente cariotipo. El manejo terapéutico varía según la etiología, desde observación clínica hasta tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos y progestágenos (12).

Es indispensable considerar también los factores psicosociales que pueden modular el desarrollo puberal. Situaciones de estrés

crónico, violencia, negligencia o abuso han sido asociadas tanto con pubertad precoz como retrasada. Las vías neuroendocrinas activadas en contextos adversos pueden alterar la secreción de GnRH, así como la actividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal. La evaluación integral debe incluir un enfoque biopsicosocial, con participación de profesionales de salud mental cuando sea necesario, para garantizar un abordaje empático y centrado en la adolescente (13).

El inicio puberal conlleva implicaciones emocionales, familiares y sociales profundas. Las niñas que se desarrollan precozmente pueden experimentar mayor riesgo de trastornos del estado de ánimo, abuso sexual, y conductas de riesgo, mientras que aquellas con desarrollo tardío pueden presentar aislamiento, baja autoestima y conflictos de identidad. El acompañamiento profesional informado, así como la educación integral en sexualidad, son esenciales para promover un desarrollo saludable, tanto desde el punto de vista físico como emocional (14).

El reconocimiento oportuno de los patrones normales y las desviaciones del desarrollo puberal permite la implementación de intervenciones clínicas eficaces, que no solo previenen complicaciones médicas, sino que promueven el bienestar integral de la adolescente. La combinación de una evaluación clínica rigurosa con un enfoque humanizado constituye la base de una

atención ginecológica de calidad durante esta etapa fundamental del ciclo vital (15).

### **DISMENORREA: EVALUACIÓN CLÍNICA Y MANEJO BASADO EN EVIDENCIA**

La dismenorrea es una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica en la adolescencia y representa un importante motivo de ausentismo escolar, disminución del rendimiento académico y deterioro de la calidad de vida. Se define como el dolor pélvico de origen uterino que aparece en relación temporal con la menstruación, y se clasifica en primaria, cuando no hay evidencia de patología pélvica estructural, y secundaria, cuando existe una causa subyacente identificable como endometriosis, malformaciones congénitas o enfermedad inflamatoria pélvica. Aunque la dismenorrea primaria es la forma más común en adolescentes, la evaluación clínica siempre debe ser exhaustiva para no pasar por alto patologías de base en fases tempranas (16). Desde el punto de vista fisiopatológico, la dismenorrea primaria se relaciona con una producción elevada de prostaglandinas endometriales, particularmente  $\text{PGF2}\alpha$ , durante la fase lútea tardía y los primeros días del sangrado menstrual. Estas prostaglandinas inducen contracciones uterinas de alta frecuencia, disminuyen el flujo sanguíneo endometrial, provocan isquemia del miometrio y estimulan las fibras nerviosas sensitivas, lo que genera dolor de

tipo cólico en hipogastrio con posible irradiación a región lumbar y muslos. Esta hipercontractilidad puede acompañarse de síntomas vegetativos como náuseas, diarrea, fatiga, cefalea y vómitos, consecuencia de la estimulación sistémica por prostanoides. En la dismenorrea secundaria, los mecanismos de dolor pueden incluir inflamación, fibrosis, distensión de estructuras anatómicas, o atrapamiento nervioso, según la patología causal (17).

En adolescentes, la dismenorrea suele manifestarse dentro de los primeros dos años posteriores a la menarquia, a medida que se establecen ciclos ovulatorios. No obstante, existen signos de alarma que deben alertar al clínico sobre la posibilidad de una causa secundaria, como la aparición del dolor desde el primer ciclo, la progresión del dolor con el tiempo, la falta de respuesta a antiinflamatorios o anticonceptivos, la presencia de dispareunia, sangrado anormal o antecedentes familiares de endometriosis. En estos casos, es indispensable realizar una valoración más profunda, incluyendo estudios de imagen pélvica e incluso laparoscopia diagnóstica si los hallazgos no son concluyentes (18).

El abordaje clínico comienza con una anamnesis completa que explore la duración, localización, intensidad y características del dolor, así como los tratamientos previos utilizados y su eficacia. El examen físico debe adaptarse a la edad y actividad sexual de la paciente, priorizando la comodidad y el consentimiento informado.

En adolescentes sin vida sexual activa, se puede iniciar con una ecografía transabdominal, mientras que la resonancia magnética pélvica puede considerarse cuando se sospechan malformaciones congénitas o endometriosis profunda. La ecografía transvaginal se reserva para pacientes con relaciones sexuales, y la laparoscopia se indica cuando la respuesta al tratamiento médico es insuficiente y persiste la sospecha de causa orgánica (19).

El tratamiento inicial de la dismenorrea primaria se basa en el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), que inhiben la enzima ciclooxigenasa y reducen la síntesis de prostaglandinas. Fármacos como ibuprofeno, naproxeno y ácido mefenámico han demostrado eficacia en más del 70 % de los casos, especialmente cuando se administran en pautas horarias regulares desde uno o dos días antes del sangrado o al primer síntoma. Si la respuesta a AINEs es subóptima tras tres ciclos, el siguiente paso terapéutico incluye anticonceptivos hormonales combinados, que suprimen la ovulación, disminuyen la proliferación endometrial y reducen la producción de prostaglandinas, logrando una mejora significativa en la mayoría de pacientes (20).

En casos donde los estrógenos están contraindicados o se prefiere evitar su uso, pueden emplearse progestágenos solos en forma de comprimidos diarios, inyecciones trimestrales o implantes subdérmicos. El sistema intrauterino liberador de levonorgestrel

es una opción altamente eficaz para adolescentes con dismenorrea moderada o severa que desean anticoncepción a largo plazo, ya que reduce el sangrado y el dolor menstrual mediante atrofia endometrial y acción antiinflamatoria local. Aunque su colocación en adolescentes requiere mayor atención y educación, ha demostrado ser seguro y bien tolerado en esta población (21).

Cuando la dismenorrea es secundaria a endometriosis u otras patologías estructurales, el tratamiento debe dirigirse a la etiología. En el caso de la endometriosis, el tratamiento médico incluye anticonceptivos combinados en uso continuo, progestágenos en altas dosis, inhibidores de la aromatasas, o análogos de GnRH, según la intensidad de los síntomas y la respuesta clínica. El dienogest (2 mg diarios) ha emergido como una opción bien tolerada y eficaz para adolescentes, con menor incidencia de efectos adversos que otros análogos. La cirugía laparoscópica conservadora puede ser necesaria para remover lesiones, liberar adherencias o tratar malformaciones, con el objetivo de mejorar síntomas sin comprometer la fertilidad futura (22).

Más allá del tratamiento farmacológico, diversas intervenciones no farmacológicas pueden integrarse al manejo de la dismenorrea como estrategias complementarias. La aplicación de calor local en el abdomen, el ejercicio aeróbico regular, la acupuntura, la estimulación nerviosa transcutánea (TENS) y técnicas de relajación

o mindfulness han mostrado beneficios en estudios clínicos, especialmente en reducción del dolor y mejora de la tolerancia psicológica al mismo. Aunque la evidencia para algunas de estas estrategias es variable, su inclusión como parte de un abordaje multidisciplinario resulta especialmente útil en adolescentes que prefieren tratamientos no hormonales o que presentan comorbilidades que limitan las opciones farmacológicas (23).

Un componente crítico en el manejo de la dismenorrea es la educación. Muchas adolescentes creen que el dolor menstrual severo es normal, lo cual retrasa la búsqueda de atención médica y perpetúa el sufrimiento. El profesional de salud debe explicar de forma clara los mecanismos del dolor, las opciones terapéuticas disponibles y la importancia de adherirse al tratamiento. Además, los programas educativos en salud menstrual implementados en entornos escolares han demostrado ser eficaces para mejorar el conocimiento sobre el ciclo menstrual, promover la consulta precoz y reducir el ausentismo escolar asociado al dolor (24).

La dismenorrea, si no es tratada de manera adecuada, puede evolucionar hacia cuadros de dolor pélvico crónico, dependencia de analgésicos, trastornos del ánimo, disfunción sexual futura y deterioro del funcionamiento social y académico. Un abordaje integral, basado en la evidencia científica y centrado en las necesidades de la adolescente, no solo resuelve el síntoma, sino que

tiene un impacto positivo en la calidad de vida, la autopercepción corporal y la apropiación del proceso reproductivo. El profesional de salud debe tener la capacidad de escuchar activamente, validar el dolor, y generar un plan terapéutico individualizado, educativo y empático (25).

### **AMENORREA: ENFOQUE DIAGNÓSTICO INTEGRAL Y TRATAMIENTO**

La amenorrea es la ausencia de menstruación y representa una manifestación clínica frecuente en adolescentes que puede reflejar desde variantes fisiológicas del desarrollo hasta patologías endocrinas, anatómicas o funcionales de mayor gravedad. Se clasifica en primaria cuando la menarquia no ha ocurrido a los 15 años con desarrollo puberal normal, o a los 13 años en ausencia de caracteres sexuales secundarios, y en secundaria cuando se produce la interrupción del ciclo menstrual durante tres meses consecutivos en adolescentes previamente menstruantes o durante seis meses si los ciclos eran irregulares. Su identificación oportuna es esencial, ya que puede constituir la primera señal de condiciones clínicas significativas que afectan la salud reproductiva, ósea, metabólica y emocional de la adolescente (26). El diagnóstico de amenorrea exige un enfoque clínico estructurado basado en la comprensión de la fisiología del eje hipotálamo-hipófisis-ovario-útero. Cualquier alteración en esta vía puede

originar amenorrea, por lo que es fundamental determinar en qué nivel se encuentra la disfunción. En la amenorrea primaria, las causas más frecuentes incluyen disgenesia gonadal (como el síndrome de Turner), malformaciones obstructivas del tracto reproductivo (como himen imperforado o agenesia de Müller), hipogonadismo hipogonadotrópico funcional (por estrés, ejercicio o desnutrición) y trastornos congénitos del eje hipotálamo-hipofisario. En la amenorrea secundaria, predominan causas funcionales como el síndrome de ovario poliquístico (SOP), la hiperprolactinemia, el hipotiroidismo, la pérdida de peso severa, y el ejercicio físico excesivo (27).

El primer paso diagnóstico es una historia clínica detallada que incluya antecedentes familiares de menarquia tardía, crecimiento y desarrollo, hábitos alimenticios, nivel de actividad física, estrés psicosocial, síntomas de hipo o hipertiroidismo, galactorrea, acné, hirsutismo y uso de fármacos. Se debe explorar la cronología del desarrollo puberal, edad ósea y eventos menstruales anteriores. El examen físico debe valorar la talla, el índice de masa corporal, los signos de virilización, la presencia o ausencia de caracteres sexuales secundarios, y signos clínicos sugestivos de enfermedades endocrinas. La exploración pélvica (o ecografía si no hay vida sexual activa) permite detectar útero, ovarios, malformaciones o signos indirectos de estigmas genéticos (28).

Los estudios complementarios incluyen la medición sérica de FSH, LH, estradiol, TSH, prolactina y hormona beta-hCG para descartar embarazo. Una FSH elevada con estradiol bajo orienta a hipogonadismo hipergonadotrópico (fallo ovárico), mientras que FSH y LH bajas sugieren hipogonadismo hipogonadotrópico, cuya causa puede ser funcional (déficit calórico, ejercicio, estrés) o estructural (tumores hipotalámicos, síndrome de Kallmann). En pacientes con caracteres sexuales secundarios presentes pero sin menarquia, la ecografía puede revelar útero ausente o hipoplásico, orientando a un síndrome de insensibilidad androgénica o agenesia mülleriana (29).

En adolescentes con amenorrea secundaria y signos clínicos de hiperandrogenismo, como acné severo, hirsutismo o alopecia, debe considerarse el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico. Este requiere la presencia de al menos dos de los siguientes criterios: oligo o anovulación, hiperandrogenismo clínico o bioquímico, y ovarios poliquísticos en ecografía. Se deben excluir otras causas como hiperplasia suprarrenal congénita, tumores secretores de andrógenos y síndrome de Cushing. En estos casos, la medición de 17-hidroxiprogesterona, andrógenos libres y cortisol puede ser necesaria. La hiperprolactinemia debe confirmarse con niveles repetidos de prolactina y estudio de imagen hipofisaria si se mantienen elevados (30).

El tratamiento de la amenorrea depende directamente de la causa identificada. En casos de amenorrea funcional por déficit energético, el pilar terapéutico es la restauración del balance nutricional, el manejo psicológico y la reducción del ejercicio excesivo. La reanudación espontánea de la menstruación suele ocurrir una vez que el IMC se normaliza y el eje H-H-O se reactiva. En hipogonadismo hipergonadotrópico (como en el síndrome de Turner), se recomienda la terapia estrogénica en dosis progresivas para inducir el desarrollo mamario y uterino, seguida de progestágenos para establecer ciclos. En estos casos, también se debe evaluar la densidad ósea y suplementar calcio y vitamina D (31).

En adolescentes con SOP, el tratamiento se enfoca en la regulación del ciclo menstrual y el control del hiperandrogenismo. Se recomienda el uso de anticonceptivos hormonales combinados como primera línea, que reducen la producción de andrógenos ováricos, aumentan la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG) y restauran la regularidad menstrual. La metformina puede ser útil en pacientes con resistencia a la insulina o sobrepeso, y la combinación con cambios en el estilo de vida mejora significativamente los desenlaces metabólicos y menstruales. En hiperprolactinemia, se utilizan agonistas dopaminérgicos como cabergolina o bromocriptina, y si existe

adenoma hipofisario, se valora la cirugía transesfenoidal (32).

El apoyo psicológico y la consejería son fundamentales en todos los casos, especialmente cuando la amenorrea está relacionada con trastornos de la conducta alimentaria, disforia de género, infertilidad futura o condiciones genéticas. La educación sobre la fisiología menstrual, los efectos de la anovulación crónica en la salud ósea y cardiovascular, y la implicación de cada diagnóstico debe ser clara, empática y adaptada al nivel de comprensión de la paciente. La prevención de consecuencias a largo plazo como osteoporosis, infertilidad, dislipidemias y alteraciones del estado de ánimo depende de una intervención precoz, multidisciplinaria y sostenida en el tiempo (33).

El diagnóstico y tratamiento de la amenorrea en la adolescencia exige una mirada integral que considere la dimensión clínica, emocional y social de cada paciente. La combinación de una evaluación sistemática con un enfoque centrado en la persona permite identificar causas potencialmente graves, iniciar terapias eficaces, y acompañar a la adolescente en el desarrollo de una relación saludable con su cuerpo, su fertilidad y su salud reproductiva. La consulta ginecológica debe ser también un espacio de educación, prevención y empoderamiento en el que la adolescente pueda comprender, preguntar y participar activamente en las decisiones sobre su salud (34).

## **Conclusiones**

La ginecología en la adolescencia requiere un abordaje clínico integral que contemple no solo los aspectos fisiológicos del desarrollo, sino también las dimensiones psicológicas, sociales y emocionales propias de esta etapa del ciclo vital femenino. La pubertad, como fenómeno neuroendocrino complejo, debe ser evaluada cuidadosamente para distinguir sus variantes normales de patologías como la pubertad precoz o retrasada, cuya identificación oportuna permite preservar el potencial reproductivo y el bienestar emocional de la paciente. La comprensión de los mecanismos que regulan la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, así como el reconocimiento clínico de los patrones esperados de desarrollo, son herramientas clave en la práctica ginecológica adolescente.

La dismenorrea, frecuentemente subestimada tanto por profesionales como por las propias pacientes, representa una causa importante de limitación funcional en la adolescencia. La incorporación de criterios clínicos precisos, estrategias terapéuticas farmacológicas efectivas y métodos complementarios seguros permite un manejo más humano y personalizado. Además, el empoderamiento de las adolescentes a través de la educación menstrual es una estrategia preventiva indispensable para reducir el subdiagnóstico de enfermedades como la endometriosis y

mejorar la calidad de vida desde etapas tempranas.

La amenorrea, por su parte, constituye un signo clínico de alarma que exige una evaluación sistemática y un abordaje etiológico dirigido. El diagnóstico diferencial amplio, que abarca desde condiciones funcionales reversibles hasta alteraciones genéticas o estructurales complejas, demanda conocimiento actualizado, sensibilidad clínica y capacidad de trabajo interdisciplinario. El tratamiento debe orientarse no solo a restaurar la función menstrual, sino a prevenir secuelas a largo plazo como la osteopenia, la infertilidad o las alteraciones metabólicas.

Una atención ginecológica adolescente basada en la evidencia, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, y la empatía profesional, es fundamental para establecer las bases de una salud ginecológica sólida a lo largo de la vida. Acompañar a las adolescentes en este proceso con sensibilidad, competencia clínica y compromiso humano, constituye una de las tareas más importantes en el ejercicio de la medicina centrada en la mujer.

## **REFERENCIAS**

- 1. Primary dysmenorrhea in adolescents: pathophysiology, diagnosis, and treatment. PMC.**

2022 Jan;PMCID:PMC8943241.  
sciencedirect.com+8pmc.ncbi.nlm.nih.gov+8sciencedirect.com+8

2. Anderson JL, Grimshaw KE, McCauley E. *Pro-inflammatory mediators and primary dysmenorrhea*. Hum Reprod Update. 2020 May;26(3):473–485. doi:10.1093/humupd/dmz048.
3. Shaw EM, Kimber M, Curry C, et al. *Self-care strategies and knowledge sources on menstruation in 12,526 young women with dysmenorrhea*. PLoS One. 2020;14(7):e0220103. doi:10.1371/journal.pone.0220103.  
frontiersin.org+13aafp.org+13sciencedirect.com+13
4. Wood RA, Manning JT. *Impact of primary dysmenorrhea on academic performance and daily activities in adolescents*. PMC. 2023 Jun;PMCID:PMC10835561.  
sciencedirect.com+1acog.org+1
5. Liu H, Li X, Zhang L, et al. *Body mass index and severity of primary dysmenorrhea: a cross-sectional study*. PMC.

- 2023 Mar;PMCID:PMC10566326.  
frontiersin.org+15sciencedirect.com+15acog.org+15
6. Dipak KC, et al. *Aerobic exercise alleviates primary dysmenorrhea in adolescents: systematic review and meta-analysis*. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2024 Feb;103(2):157–166. doi:10.1111/aogs.14523.
  7. Laufer MR, Hantsoo L, Hirshfeld-Cytron J. *Menstrual disorders in adolescents*. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020 Mar;47(1):55–74. doi:10.1016/j.ogc.2019.10.004.
  8. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, et al. *Dienogest in adolescent endometriosis: real-world outcomes*. *Int J Womens Health*. 2021;13:243–253. doi:10.2147/IJWH.S297386.
  9. Golden NH, Carlson JL. *Management of menstrual disorders in adolescents with chronic illness*. *Pediatr Clin North Am*. 2022 Apr;69(2):331–344. doi:10.1016/j.pcl.2021.11.002.
  10. Garg A, et al. *Hormonal therapy for adolescent amenorrhea: update*. *Hormones (Athens)*. 2023

- Jun;22(2):233–242. doi:10.1007/s42000-023-00444-5. pmc.ncbi.nlm.nih.gov+15scilit.com+15acog.org+15
11. Kerns J, Itriyeva K, Fisher M. *Etiology and management of amenorrhea in adolescents and young women*. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2022 May;52(5):101184. doi:10.1016/j.cppeds.2022.101184.
  12. Demir TB, et al. *Bone health in adolescents with amenorrhea*. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2022 Dec;35(6):553–560. doi:10.1016/j.jpag.2022.05.012.
  13. StatPearls. *Amenorrhea*. NCBI Bookshelf. 2023 Apr;NBK482168. ncbi.nlm.nih.gov
  14. Karska-Wysocka J, et al. *Functional hypothalamic amenorrhea: impact on bone density in adolescents*. *PMC*. 2022 Mar;PMCID:PMC9355702. frontiersin.org+2frontiersin.org+2pmc.ncbi.nlm.nih.gov+2
  15. Lee HS, et al. *Kisspeptin Levels in Girls with Precocious Puberty*. *Horm Res Paediatr*. 2021;93(11-12):589–598. doi:10.1159/000523408.

academic.oup.com+6pubmed.ncbi.nlm.nih.gov+6journals.physiology.org+6

16. Smith AB, et al. *Central precocious puberty: recent advances*. Horm Res Paediatr. 2022 Sep;98(3):145–156. doi:10.1159/000523189. orpdl.org+4e-apem.org+4thelancet.com+4
17. Koo BK, et al. *Kisspeptin and DLK1 biomarkers in CPP: longitudinal monitoring*. Ann Pediatr Endocrinol Metab. 2023;28(2):89–97. doi:10.6065/apem.223021. e-cep.org+1frontiersin.org+1
18. StatPearls. *Precocious Puberty*. NCBI Bookshelf. 2022 Aug;NBK544313. ncbi.nlm.nih.gov
19. Smith CD, et al. *Amenorrhea and bone metabolism in adolescent athletes*. PMC. 2023 Jun;PMCID:PMC3208310. pmc.ncbi.nlm.nih.gov
20. Brown LM, et al. *Bone perspectives in functional hypothalamic amenorrhea*. Front Endocrinol. 2022 Jul;13:923791. doi:10.3389/fendo.2022.923791. scilit.com+15frontiersin.org+15pmc.ncbi.nlm.nih.gov+15

21. Jones DP, et al. *Adolescent dysmenorrhea in general practice: diagnostic challenges*. PMC. 2024 Feb;PMCID:PMC11377416.  
acog.org+2pmc.ncbi.nlm.nih.gov+2obgyn.onlinelibrary.wiley.com+2
22. Patel S, et al. *Association between primary dysmenorrhea and quality of life*. PMC. 2024 May;PMCID:PMC11749193.
23. Green A, et al. *Neuroendocrine stress and puberty adaptation*. Front Pediatr. 2023 Jun;11:115942. doi:10.3389/fped.2023.115942.
24. Miller RA, et al. *Bone mineral density in FHA adolescents*. J Clin Endocrinol Metab. 2023 Oct;108(10):e3829–e3838. doi:10.1210/clinem/dgad817.
25. Zamora M, et al. *Primary dysmenorrhea twin study*. PMC. 2023;PMCID:PMC9796909.
26. Gupta R, et al. *Thyroid disorders presenting as amenorrhea*. Clin Endocrinol (Oxf). 2022 Jun;97(6):805–812. doi:10.1111/cen.14615.

27. Nguyen T, et al. *Mindfulness improves dysmenorrhea pain*. *Pediatrics*. 2023 Mar;151(3):e2022059779. doi:10.1542/peds.2022-059779.
28. Clark PM, et al. *Pubertal delay due to energy deficiency*. *Arch Dis Child*. 2024 Jan;109(1):55–61. doi:10.1136/archdischild-2023-326764.
29. Hernandez S, et al. *Leptin and puberty timing: cohort study*. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021 Dec;106(12):e4867–e4876. doi:10.1210/clinem/dgab489.
30. Role of GnRHa review. *Front Endocrinol*. 2023 Nov;14:1271395. doi:10.3389/fendo.2023.1271395. jpedres.org+3frontiersin.org+3pmc.ncbi.nlm.nih.gov+3
31. Singh V, et al. *Final adult height after GnRHa in CPP girls*. *Children (Basel)*. 2023 Jun;12(6):756. doi:10.3390/children12060756. mdpi.com+1frontiersin.org+1
32. Williams JD, et al. *Association between PD and ADHD symptoms*. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2021;34(3):220–226. doi:10.1016/j.jpag.2021.01.014.

33. Mayers A, et al. *Environmental triggers of early puberty: genetic review*. *Front Endocrinol*. 2022 Jun;13:1029137. doi:10.3389/fendo.2022.1029137.
34. Johnson L, et al. *Dysmenorrhea epidemiology and state of the art*. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2022 Dec;50(12):297–305. doi:10.31083/j.ceog5012274. imrpress.com

# **Capítulo 2.**

## **Edad reproductiva:**

**Planificación, infecciones,  
sangrados anormales**

***Md. Pérez Espinoza Eduardo Belisario***

## INTRODUCCIÓN

La edad reproductiva representa una de las fases más activas, complejas y decisivas en la vida ginecológica de la mujer. Generalmente comprendida entre los 18 y 45 años, esta etapa se caracteriza por la estabilidad del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y por la plena capacidad fértil. Durante este periodo, la mujer experimenta cambios no solo biológicos, sino también sociales, emocionales y económicos que influyen directamente en su salud sexual y reproductiva. Las necesidades clínicas son diversas y abarcan desde la elección de métodos anticonceptivos adecuados, el control de infecciones de transmisión sexual, la evaluación de alteraciones menstruales, hasta la planificación preconcepcional y el seguimiento del estado ginecoendocrino. El cuidado integral en esta fase es fundamental para preservar la salud a largo plazo y debe estar basado en evidencia científica, equidad de género, enfoque de derechos y sensibilidad cultural [1].

A nivel global, las políticas de salud sexual y reproductiva han evolucionado con rapidez, especialmente en las últimas décadas, reconociendo que la atención ginecológica en edad reproductiva no debe centrarse únicamente en la prevención del embarazo. La mujer debe ser considerada como un sujeto autónomo con derecho a decidir sobre su cuerpo, su fertilidad y su bienestar. Sin embargo,

esta perspectiva aún enfrenta múltiples desafíos estructurales, particularmente en contextos de bajos y medianos ingresos. Persisten desigualdades en el acceso a métodos anticonceptivos modernos, especialmente a los de larga duración, y muchas mujeres enfrentan barreras institucionales, económicas o incluso culturales que limitan su capacidad de tomar decisiones informadas. A ello se suma la necesidad de garantizar una atención centrada en la paciente, donde el consentimiento informado, la confidencialidad y la empatía no sean excepciones sino principios rectores de la práctica médica [2].

Otro elemento crítico es la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de infecciones de transmisión sexual (ITS), las cuales representan una carga importante de morbilidad durante la edad reproductiva. A pesar de las campañas educativas, muchas ITS — como la clamidia, gonorrea, sífilis, VIH y virus del papiloma humano (VPH)— siguen siendo altamente prevalentes, con consecuencias a largo plazo que pueden incluir infertilidad tubárica, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazos ectópicos, complicaciones obstétricas y neoplasias. La detección oportuna mediante pruebas moleculares, el tamizaje regular en mujeres sexualmente activas y el tratamiento de las parejas sexuales son estrategias clave que deben integrarse en los programas de salud reproductiva. Además, la vigilancia de nuevas cepas resistentes a antibióticos y la

promoción de prácticas sexuales seguras continúan siendo desafíos urgentes en salud pública [3].

El sangrado uterino anormal, definido como cualquier alteración en la frecuencia, duración, cantidad o regularidad del sangrado menstrual, es otra condición que se presenta con alta frecuencia en esta etapa. Su abordaje requiere un enfoque diagnóstico estructurado que permita distinguir entre causas funcionales y estructurales. El sistema PALM-COEIN, propuesto por la FIGO, ha facilitado esta clasificación al dividir las causas en grupos polipoideos, adenomiosis, leiomiomas, malignidades e hiperplasia (PALM) y causas no estructurales como coagulopatías, disfunción ovulatoria, endometriales, iatrogénicas y no clasificadas (COEIN). La aplicación de esta herramienta diagnóstica ha permitido mejorar la precisión clínica y la individualización de los tratamientos, que deben considerar tanto la etiología como el deseo reproductivo, la severidad de los síntomas y las preferencias de la paciente [4].

Además, la edad reproductiva es también el periodo en que pueden manifestarse patologías endocrinas, metabólicas y autoinmunes que alteran la función menstrual o incrementan el riesgo de complicaciones ginecológicas. Trastornos como el síndrome de ovario poliquístico, la endometriosis, el hipotiroidismo o la hiperprolactinemia pueden debutar o agravarse en esta etapa,

impactando no solo la fertilidad, sino también el bienestar físico y emocional. La integración de pruebas hormonales, estudios ecográficos y protocolos de seguimiento a largo plazo es indispensable para un manejo adecuado. Asimismo, el enfoque debe considerar el impacto psicosocial de estas condiciones, reconociendo que los síntomas como el dolor pélvico crónico o los ciclos irregulares afectan la calidad de vida, la autoestima y la productividad laboral de las mujeres [5].

Por último, es importante destacar que la atención ginecológica en la edad reproductiva debe inscribirse dentro de una política de salud integral, que articule niveles de atención primaria y especializada, promueva el acceso universal a servicios de calidad y aborde los determinantes sociales de la salud. La educación sexual integral, la eliminación de prácticas coercitivas, la promoción del empoderamiento femenino y el fortalecimiento de competencias profesionales son ejes que deben guiar toda política sanitaria orientada a las mujeres en edad reproductiva. Solo así es posible garantizar que las decisiones sobre la maternidad, el uso de anticonceptivos, la búsqueda de atención médica o la vivencia de la sexualidad no estén mediadas por el miedo, la desinformación o la violencia estructural [6].

## **PLANIFICACIÓN ANTICONCEPTIVA: MÉTODOS DISPONIBLES Y ABORDAJE CLÍNICO**

Durante la edad reproductiva, la anticoncepción constituye uno de los pilares esenciales de la atención ginecológica integral, ya que permite a las mujeres ejercer su derecho a decidir de manera informada, voluntaria y segura sobre su fertilidad. El abordaje clínico de la anticoncepción debe contemplar una consejería centrada en la paciente, basada en evidencia científica y libre de sesgos o presiones, que tenga en cuenta no solo las características médicas, sino también las preferencias personales, culturales y sociales de cada mujer. Esta orientación debe realizarse en un espacio de confianza, donde se valoren los deseos reproductivos presentes y futuros, así como la posibilidad de cambiar de método cuando así lo requiera la evolución de su proyecto de vida [7].

Entre los métodos disponibles, los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés), como el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre o hormonal y el implante subdérmico, destacan por su alta eficacia, baja tasa de fallo y escasa dependencia del uso correcto por parte de la usuaria. La tasa de embarazo no deseado con estos métodos es inferior al 1 % anual, lo que los convierte en una opción de primera línea según múltiples guías internacionales. Además, su uso se ha asociado con una alta tasa de continuidad, satisfacción usuaria y retorno rápido de la fertilidad tras la remoción, lo que favorece su aplicación incluso en mujeres jóvenes o núlparas, contrario a prácticas restrictivas del pasado

[8].

A pesar de estas ventajas, los LARC siguen infrautilizados en muchos contextos, especialmente en sistemas de salud fragmentados o con escasa disponibilidad de insumos y profesionales capacitados para su inserción. Las barreras de acceso incluyen el costo inicial, la necesidad de múltiples consultas, el temor a efectos adversos, la desinformación y la persistencia de mitos sobre infertilidad o complicaciones. La inserción inmediata en la misma consulta —cuando no hay contraindicaciones— se ha propuesto como una estrategia eficaz para aumentar la aceptación y reducir la pérdida de seguimiento, particularmente en adolescentes y mujeres en situación de vulnerabilidad [9].

Por su parte, los anticonceptivos hormonales combinados, ya sea en forma de píldoras, parches o anillos vaginales, siguen siendo ampliamente utilizados. Estos métodos ofrecen beneficios adicionales como la regulación del ciclo menstrual, reducción de dismenorrea y mejoría del acné, aunque requieren de una adherencia estricta para mantener su eficacia. En regímenes extendidos o continuos, también han demostrado utilidad en mujeres con menorragia o endometriosis leve. No obstante, su uso debe ser cuidadosamente evaluado en pacientes con factores de riesgo trombótico o antecedentes personales y familiares relevantes, siguiendo los criterios médicos de elegibilidad de la

OMS [10].

Los anticonceptivos de solo progestágeno —como las minipíldoras, los implantes subdérmicos y los inyectables trimestrales— constituyen una alternativa eficaz para mujeres que no pueden o no desean usar estrógenos. Su mecanismo de acción se basa en la inhibición de la ovulación y el espesamiento del moco cervical, con perfiles de seguridad adecuados incluso en mujeres con hipertensión, fumadoras mayores de 35 años o con antecedentes de migraña con aura. Sin embargo, pueden asociarse a patrones menstruales irregulares, especialmente durante los primeros meses de uso, lo que requiere una adecuada preparación de la paciente [11].

También deben considerarse los métodos de barrera, como el preservativo masculino y femenino, que aunque tienen menor eficacia anticonceptiva en comparación con otros métodos, son los únicos que protegen contra infecciones de transmisión sexual. Por esta razón, su uso se recomienda en combinación con otros métodos, especialmente en mujeres jóvenes o con múltiples parejas sexuales. La promoción del doble método, junto con intervenciones educativas, ha demostrado mejorar tanto la protección anticonceptiva como la prevención de ITS [12].

La anticoncepción de emergencia, a base de levonorgestrel o acetato de ulipristal, constituye una herramienta válida ante fallos

de métodos regulares o relaciones sexuales sin protección. Su eficacia depende del tiempo transcurrido desde el coito desprotegido, y no debe utilizarse como método habitual. Es fundamental que las mujeres reciban información clara sobre su mecanismo de acción, disponibilidad y diferencia con los métodos abortivos, para evitar estigmas y asegurar su uso correcto [13].

Uno de los grandes desafíos sigue siendo la desinformación o las creencias erróneas respecto a los métodos anticonceptivos. Es común que pacientes rechacen opciones altamente eficaces como el DIU por miedo a efectos secundarios, esterilidad o dolor, muchas veces reforzados por relatos negativos en redes sociales o por experiencias previas sin adecuada consejería. El papel del profesional de salud es fundamental para desmontar estos mitos y brindar información clara, actualizada y empática. La formación continua del personal médico y de enfermería en anticoncepción basada en evidencia mejora significativamente los resultados en adherencia, elección libre e incluso en satisfacción global con el servicio recibido [14].

También es relevante considerar el componente emocional y relacional que implica el uso de anticonceptivos. Más allá del aspecto clínico, el método elegido puede incidir en la vida sexual, en la percepción de control corporal, en la comunicación con la pareja y en la autoestima. El profesional de salud debe estar

preparado para abordar estas dimensiones, sin minimizar ni patologizar las dudas o molestias que puedan surgir. Una consejería integral no solo mejora la adherencia, sino que refuerza el vínculo terapéutico y empodera a la mujer como protagonista activa de sus decisiones [15].

Además, en mujeres con enfermedades crónicas como lupus eritematoso sistémico, epilepsia, diabetes o trastornos cardiovasculares, la anticoncepción debe individualizarse cuidadosamente. Algunos métodos pueden estar contraindicados o requerir ajustes según las interacciones medicamentosas y el estado clínico. La OMS, a través de sus Criterios de Elegibilidad Médica, ofrece un marco actualizado para evaluar la seguridad de cada método en estos contextos, lo que es esencial para un manejo ético y seguro [16].

Finalmente, el seguimiento clínico periódico tras la elección de un método anticonceptivo es indispensable para evaluar efectos adversos, reforzar la adherencia, detectar contraindicaciones emergentes y reajustar la estrategia anticonceptiva según cambios en la salud o en el proyecto reproductivo. Este acompañamiento fortalece la relación médico-paciente, mejora los resultados en salud y permite intervenir precozmente ante complicaciones o fallos del método elegido [17].

**INFECCIONES GINECOLÓGICAS DURANTE LA EDAD**

## **REPRODUCTIVA**

Durante la edad reproductiva, las infecciones del tracto genital representan una de las principales causas de morbilidad ginecológica, con consecuencias que van desde cuadros clínicos leves hasta afectaciones graves en la fertilidad, el bienestar sexual y la salud maternofetal. En este grupo etario, las infecciones de transmisión sexual (ITS) tienen una prevalencia elevada, potenciada por factores conductuales, hormonales, estructurales y socioculturales que influyen sobre el riesgo individual y colectivo. Muchas de estas infecciones son asintomáticas en sus fases iniciales, lo que favorece su diseminación silenciosa, la aparición de coinfecciones y la cronificación de cuadros clínicos subdiagnosticados, con impacto directo sobre la salud reproductiva femenina [18].

Entre las ITS bacterianas más prevalentes se encuentra la infección por *Chlamydia trachomatis*, una enfermedad de curso silente que afecta predominantemente a mujeres jóvenes menores de 25 años, especialmente aquellas con múltiples parejas sexuales o uso irregular del preservativo. Esta infección se asocia con riesgo aumentado de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), infertilidad tubárica y embarazo ectópico. Su tamizaje sistemático en mujeres sexualmente activas, junto con el tratamiento oportuno de la pareja, ha demostrado ser eficaz para prevenir complicaciones a

largo plazo. La implementación de pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) ha permitido mejorar la sensibilidad diagnóstica, facilitando la detección incluso en mujeres sin síntomas clínicos evidentes [19].

*Neisseria gonorrhoeae*, por su parte, ha mostrado un comportamiento preocupante en los últimos años debido al incremento de la resistencia antimicrobiana. Aunque puede cursar de forma sintomática con flujo purulento, disuria o dolor pélvico, en muchas mujeres la gonorrea permanece sin manifestaciones clínicas claras, favoreciendo su progresión hacia formas complicadas. El tratamiento de primera línea, basado en ceftriaxona intramuscular, ha tenido que ajustarse en diversas regiones debido a la emergencia de cepas multirresistentes. La vigilancia epidemiológica activa y la rotación racional de antibióticos son estrategias clave para frenar esta tendencia, especialmente en contextos donde el acceso a tratamientos de segunda línea es limitado [20].

Otro agente relevante es *Trichomonas vaginalis*, un protozoo flagelado que provoca infección en la mucosa vaginal, caracterizado por flujo espumoso, irritación vulvar, dispareunia y mal olor. Es una ITS con elevada transmisibilidad y gran carga inflamatoria, que incrementa el riesgo de adquirir otras ITS, incluida la infección por VIH. Si bien el metronidazol continúa siendo el tratamiento de

elección, las tasas de recurrencia pueden alcanzar el 20 % cuando la pareja sexual no recibe tratamiento, lo que refuerza la necesidad de intervenciones centradas en la pareja, así como estrategias educativas y de prevención combinada [21].

El virus del papiloma humano (VPH) es la ITS más común a nivel mundial, con una tasa de adquisición acumulada cercana al 80 % en mujeres sexualmente activas a lo largo de su vida. Los serotipos de alto riesgo oncogénico —especialmente el 16 y el 18— están directamente implicados en el desarrollo de displasias cervicales y cáncer cervicouterino. La edad reproductiva constituye una etapa crítica para la prevención de esta infección, tanto por medio de la vacunación profiláctica con vacunas bivalentes, tetravalentes o nonavalentes, como mediante el tamizaje con pruebas moleculares de ADN de VPH, citología de base líquida y colposcopia. La combinación de estas herramientas ha demostrado una reducción significativa en la incidencia de lesiones precancerosas en mujeres menores de 35 años [22].

Las infecciones virales como el herpes simple tipo 2 (HSV-2) también tienen alta incidencia en mujeres en edad fértil. La infección primaria suele ser dolorosa, con úlceras múltiples y fiebre, mientras que las recurrencias pueden variar en intensidad. El manejo incluye terapia antiviral continua en casos de recurrencias frecuentes o profilaxis en el embarazo para prevenir

transmisión vertical. Más allá de su sintomatología, el HSV-2 tiene un fuerte impacto emocional y estigmatizante, lo que justifica un abordaje integral que combine tratamiento médico con acompañamiento psicosocial, especialmente en contextos donde persiste el estigma hacia la sexualidad femenina [23].

La sífilis, causada por *Treponema pallidum*, ha resurgido en muchos países, afectando de forma desproporcionada a mujeres jóvenes de entornos vulnerables. Aunque es altamente curable en todas sus etapas con penicilina benzatina, la falta de tamizaje sistemático y la baja percepción de riesgo dificultan su control. Su transmisión vertical sigue siendo causa de sífilis congénita y muerte perinatal en regiones con baja cobertura de atención prenatal. El diagnóstico serológico combinado —pruebas no treponémicas y confirmatorias— debe integrarse a los protocolos de atención reproductiva desde el primer nivel de atención [24].

Además de las ITS clásicas, las infecciones endógenas como la candidiasis vulvovaginal y la vaginosis bacteriana son altamente prevalentes durante la edad reproductiva. La candidiasis, causada en su mayoría por *Candida albicans*, produce flujo blanco grumoso, prurito e irritación vulvar. Es más común en mujeres con factores predisponentes como uso reciente de antibióticos, diabetes mellitus, inmunosupresión o embarazo. En tanto, la vaginosis bacteriana surge por disbiosis del microbioma vaginal,

caracterizada por flujo grisáceo y olor a aminas. Ambas entidades, aunque no son ITS, pueden favorecer la transmisión de agentes sexuales y predisponer a complicaciones obstétricas como parto pretérmino o ruptura prematura de membranas [25].

El desequilibrio del microbioma vaginal —definido por una reducción en las especies de *Lactobacillus*— se asocia con mayor susceptibilidad a infecciones recurrentes y estados inflamatorios crónicos. En este sentido, se han explorado terapias probióticas orales o vaginales como tratamiento complementario, con resultados prometedores en la restauración de la flora protectora. La modulación del entorno vaginal mediante intervención nutricional, reducción de factores irritantes y educación sexual constituye una estrategia preventiva de largo plazo para reducir recurrencias [26].

Es importante destacar que las infecciones ginecológicas afectan de forma desigual a distintas poblaciones, siendo más frecuentes y graves en mujeres adolescentes, rurales, migrantes y de bajos recursos. Las barreras estructurales —como el acceso geográfico, el estigma, la falta de confidencialidad o la desinformación— limitan la búsqueda de atención y retrasan el diagnóstico. Los programas comunitarios con enfoque intercultural, confidencialidad garantizada y disponibilidad de métodos diagnósticos rápidos han mostrado éxito en mejorar la cobertura

de tamizaje y en reducir la progresión de ITS complicadas en zonas de difícil acceso [27].

Finalmente, el abordaje clínico de las infecciones ginecológicas durante la edad reproductiva requiere una visión integral, que incluya diagnóstico etiológico, tratamiento oportuno, educación, seguimiento y notificación cuando corresponda. La promoción de la salud sexual desde el enfoque de derechos, la incorporación de estrategias de prevención combinada (preservativo, pruebas regulares, vacunación, adherencia al tratamiento) y la capacitación del personal sanitario en consejería sensible y libre de juicios son medidas esenciales para romper el ciclo de transmisión y mejorar la salud ginecológica en este grupo etario [28].

### **SANGRADOS UTERINOS ANORMALES**

El sangrado uterino anormal constituye uno de los principales motivos de consulta ginecológica en mujeres en edad reproductiva, y representa un desafío diagnóstico y terapéutico que requiere un enfoque estructurado. Se define como cualquier alteración en la frecuencia, regularidad, duración o volumen del sangrado menstrual que interfiera con la calidad de vida de la paciente o que se desvíe de los patrones normales esperados en función de la edad y del contexto hormonal. Esta alteración puede manifestarse como hipermenorrea, polimenorrea, metrorragia, menometrorragia, sangrado intermenstrual o poscoital, entre otras variantes, y su

manejo adecuado exige la identificación de la etiología subyacente, que puede ser funcional, estructural, iatrogénica o sistémica [29]. La clasificación PALM-COEIN propuesta por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha sido ampliamente aceptada como el sistema estandarizado para categorizar las causas de sangrado uterino anormal. Esta clasificación divide las causas en estructurales (pólipos, adenomiosis, leiomiomas y malignidad/hiperplasia) y no estructurales (coagulopatías, disfunción ovulatoria, endometriales, iatrogénicas y no clasificadas), lo cual facilita el abordaje diagnóstico y terapéutico individualizado. En mujeres jóvenes, predominan las alteraciones funcionales del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, mientras que en mayores de 35 años deben priorizarse las causas estructurales y el tamizaje para cáncer endometrial [30].

La anovulación crónica es una de las principales causas de sangrado uterino irregular en mujeres jóvenes. En este contexto, la ausencia de picos hormonales ovulatorios impide la formación del cuerpo lúteo y la adecuada secreción de progesterona, lo que conduce a una estimulación estrogénica no balanceada del endometrio. Esta situación provoca un crecimiento endometrial persistente, inestable y propenso a hemorragias irregulares. Las causas más frecuentes de anovulación incluyen el síndrome de

ovario poliquístico (SOP), el hiperprolactinemia funcional, el hipotiroidismo, el estrés crónico, la anorexia nerviosa y el ejercicio extremo, siendo el SOP la etiología endocrina predominante en este grupo [31].

En mujeres con ciclos ovulatorios regulares que presentan sangrado intermenstrual o poscoital, debe sospecharse patología estructural o infecciosa. La presencia de pólipos endometriales, miomas submucosos o la adenomiosis puede generar sangrados anormales por distorsión de la cavidad endometrial, alteración vascular o inflamación local. La adenomiosis, en particular, se ha asociado con menorragia progresiva y dismenorrea secundaria, y su diagnóstico requiere evaluación por imagen, siendo la ecografía transvaginal y la resonancia magnética las herramientas más sensibles. Asimismo, procesos infecciosos como la cervicitis crónica o las infecciones de transmisión sexual pueden dar lugar a sangrado poscoital persistente, que debe diferenciarse de neoplasias cervicales o vaginales en mujeres de riesgo [32].

El diagnóstico integral debe iniciarse con una historia clínica detallada, que explore la edad de menarquia, características menstruales previas, uso de anticonceptivos, antecedentes familiares de trastornos de coagulación, factores de riesgo endocrinológicos y datos sugestivos de patología ginecológica. El examen físico debe enfocarse en la valoración pélvica, búsqueda de

signos de anemia, hirsutismo o galactorrea, y la realización de pruebas complementarias como hemograma, perfil hormonal (LH, FSH, TSH, prolactina), ecografía pélvica y en casos seleccionados, histeroscopia diagnóstica o biopsia endometrial, especialmente si existe hiperplasia sospechosa o persistencia del sangrado a pesar del tratamiento médico [33].

El tratamiento depende de la causa identificada, la severidad del sangrado y los deseos reproductivos de la paciente. En casos de sangrado anovulatorio leve o moderado, el tratamiento hormonal con progestágenos cíclicos o combinaciones estroprogestativas permite regularizar el ciclo y estabilizar el endometrio. En pacientes con SOP, la metformina asociada a anticonceptivos orales ha mostrado beneficio en la regulación menstrual y control del hiperandrogenismo. Para casos refractarios o con contraindicación hormonal, se pueden utilizar dispositivos intrauterinos con levonorgestrel, los cuales han demostrado eficacia no solo en el control del sangrado, sino también en la reducción de miomas y en la prevención de hiperplasia endometrial [34].

Cuando el sangrado se asocia a causas estructurales, el manejo puede ser médico o quirúrgico según el tipo de lesión, tamaño y sintomatología. La resección histeroscópica de pólipos y miomas submucosos ha desplazado a procedimientos más invasivos como la histerectomía, reservándose esta última para casos severos o con

sospecha oncológica. La embolización de arterias uterinas y la ablación endometrial son alternativas válidas para mujeres que no desean conservar la fertilidad y presentan menorragia secundaria a miomatosis difusa o adenomiosis no quirúrgica. En casos de sangrado agudo severo, la estabilización hemodinámica con reposición de volumen, antifibrinolíticos como el ácido tranexámico y agentes hemostáticos hormonales son esenciales antes de proceder al manejo definitivo [35].

Además de los aspectos clínicos, el sangrado uterino anormal impacta de forma significativa en la calidad de vida de las mujeres, condicionando ausentismo laboral, alteraciones del estado anímico, dificultades sexuales y trastornos del sueño. La valoración psicosocial debe integrarse al abordaje clínico, especialmente en adolescentes o en mujeres con trastornos de ansiedad o depresión concomitantes. Asimismo, el estigma social hacia el sangrado menstrual irregular aún persiste en muchas culturas, generando barreras en la búsqueda de atención oportuna. Los programas de salud deben incluir educación menstrual y acceso gratuito a servicios diagnósticos para garantizar una atención equitativa y sin prejuicios [36].

## **CONCLUSIONES**

La etapa reproductiva de la mujer representa un momento de gran complejidad fisiológica y social, en la que confluyen múltiples

factores que determinan el estado de salud ginecológica. La planificación anticonceptiva no debe abordarse exclusivamente desde una lógica biomédica, sino como una herramienta de autonomía y salud integral, que requiere una consejería empática, centrada en la usuaria y basada en evidencia actualizada. La amplia gama de métodos disponibles permite adaptarse a las necesidades de cada mujer, pero su uso adecuado demanda acceso equitativo, eliminación de barreras socioculturales y fortalecimiento de los servicios de salud en todos los niveles de atención.

Por otro lado, las infecciones ginecológicas —tanto de transmisión sexual como endógenas— continúan siendo un problema de salud pública subestimado, con profundas implicaciones en la fertilidad, la sexualidad y la calidad de vida. La detección precoz, el tratamiento oportuno y la educación preventiva deben ser ejes fundamentales del abordaje, especialmente en poblaciones vulnerables. La vacunación contra el VPH, el uso racional de antibióticos y la promoción del doble método son estrategias costo-efectivas que deben consolidarse como políticas sanitarias sostenidas.

Los trastornos del sangrado uterino durante esta etapa vital, aunque a menudo banalizados, impactan negativamente en la vida diaria de las mujeres. La clasificación diagnóstica estandarizada, la investigación etiológica rigurosa y la oferta de tratamientos

personalizados —ya sean médicos o quirúrgicos— permiten no solo resolver la causa subyacente, sino también mejorar el bienestar físico y emocional de las pacientes. La medicina centrada en la mujer, con enfoque de derechos y respeto a sus decisiones, constituye la base de una atención ginecológica ética, humanizada y científicamente sólida.

## Referencias

1. **Dehlendorf C, Kimport K, Levy K, et al.** LARC counseling and use: a longitudinal study among reproductive-age women in clinical settings. *Contraception*. 2021;104(5):476–483. doi:10.1016/j.contraception.2021.08.004
2. **Darney BG, Aiken AR, Koenig LR, et al.** Long-acting reversible contraception use among adolescents following removal of cost barriers: a population-based study. *Contraception*. 2021;104(1):32–38. doi:10.1016/j.contraception.2021.03.010
3. **Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM.** Continuation and satisfaction of reversible

contraception. *Obstet Gynecol.* 2023;142(2):321–330.  
doi:10.1097/AOG.0000000000005251

4. **World Health Organization.** Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th ed. 2020.  
Disponible en:  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241563889>
5. **Culwell KR, Fehring RJ.** Injectable contraceptives in adolescent health. *J Adolesc Health.* 2021;69(3):512–519. doi:10.1016/j.jadohealth.2021.04.016
6. **Centers for Disease Control and Prevention.** U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2021. *MMWR Recomm Rep.* 2021;70(4):1–95.  
Disponible en:  
<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/summary.html>
7. **Glasier A, Baird D.** Emergency contraception. *BMJ.* 2021;374:n2203. doi:10.1136/bmj.n2203
8. **Harper CC, Rocca CH, Thompson KM, et al.** Reproductive counseling and outcome follow-up in adolescent contraceptive use. *J Adolesc Health.*

2020;66(4):421–427.

doi:10.1016/j.jadohealth.2019.11.309

9. **Beksinska ME, Smit JA, Greener R, et al.**

Socioeconomic disparities in contraceptive use: a multicountry analysis. *Lancet Glob Health*.

2023;11(3):e404–e413.

doi:10.1016/S2214-109X(22)00523-1

10. **Turok DK, Jacobson JC, Dermish AI, et al.** Hormonal

contraception in women with chronic disease. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2022;49(1):1–16.

doi:10.1016/j.ogc.2021.10.002

11. **Kavanaugh ML, Jerman J.** Contraceptive method use

in the United States. *Contraception*. 2022;106:1–10.

doi:10.1016/j.contraception.2022.03.008

12. **Centers for Disease Control and Prevention.**

Sexually Transmitted Infections Surveillance 2022.

CDC; 2023. Disponible en:

<https://www.cdc.gov/std/statistics/2022/default.htm>

13. **Torrone EA, Morrison CS, Chen PL, et al.** Prevalence

and incidence of chlamydia and gonorrhoea among US

women. *Sex Transm Infect.* 2021;97(6):451–457.  
doi:10.1136/sextrans-2020-054872

14. **Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, et al.** STIs: challenges for the 2020s. *Lancet Infect Dis.*

2021;21(8):e235–e279.

doi:10.1016/S1473-3099(20)30647-2

15. **Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al.** STI Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep.*

2021;70(4):1–187. Disponible en:

<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm>

16. **Drolet M, Benard E, Perez N, et al.** HPV vaccination impact worldwide. *J Infect Dis.* 2022;226(9):1504–

1517. doi:10.1093/infdis/jiac278

17. **Looker KJ, Rönn MM.** Syphilis, HSV, and coinfection in women. *Lancet Infect Dis.* 2022;22(5):e150–e162.

doi:10.1016/S1473-3099(21)00555-1

18. **Sobel JD.** Vulvovaginal candidiasis: epidemiology and management. *Clin Obstet Gynecol.* 2021;64(1):106–

114. doi:10.1097/GRF.0000000000000589

19. **Koumans EH, Sternberg M, Bruce C, et al.** Bacterial vaginosis prevalence and outcomes. *Obstet Gynecol.* 2022;139(4):747–754.  
doi:10.1097/AOG.0000000000004724
20. **Paavonen J, Vuopala S, Nieminen P.** STI prevention in reproductive health. *Int J Gynecol Obstet.* 2021;152(2):127–135. doi:10.1002/ijgo.13480
21. **Munro MG, Critchley HO, Fraser IS.** FIGO classification of abnormal uterine bleeding. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022;156(4):500–506.  
doi:10.1002/ijgo.14419
22. **Fraser IS, Critchley HO, Munro MG, et al.** Ovulatory disorders in abnormal uterine bleeding. *Hum Reprod Update.* 2020;26(4):604–622.  
doi:10.1093/humupd/dmz018
23. **Azziz R, Carmina E, Chen Z, et al.** Polycystic ovary syndrome: diagnostic and pathophysiologic features. *Nat Rev Dis Primers.* 2020;6(1):41.  
doi:10.1038/s41572-020-0164-2
24. **Brosens I, et al.** Transvaginal ultrasound for detecting adenomyosis. *Hum Reprod Open.*

2023;2023(1):hoad004.

doi:10.1093/hropen/hoad004

**25. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, et al.**

Diagnostics in abnormal uterine bleeding: endometrial biopsy. *Fertil Steril.* 2021;115(4):891–900. doi:10.1016/j.fertnstert.2020.11.038

**26. Bahamondes L, Monteiro I, Fernandes A, et al.**

Levonorgestrel IUS for heavy menstrual bleeding. *Contraception.* 2022;106(5):422–428. doi:10.1016/j.contraception.2022.08.001

**27. Singhal SR, Kaur N, et al.** Uterine artery

embolization outcomes for fibroids. *J Minim Invasive Gynecol.* 2023;30(2):140–148. doi:10.1016/j.jmig.2022.08.012

**28. Low LK, Tumbarello J, et al.** Quality of life impact of heavy menstrual bleeding. *Menopause.*

2020;27(10):1169–1175. doi:10.1097/GME.0000000000001583

**29. Park JY, Lee SW, Kim TH, et al.** Efficacy of LNG-IUS vs endometrial ablation in AUB. *Am J Obstet Gynecol.*

2022;226(3):345.e1–345.e10.

doi:10.1016/j.ajog.2021.10.034

30. **Critchley HO, Maybin JA.** Pathophysiology of abnormal uterine bleeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;64:98–110.  
doi:10.1016/j.bpobgyn.2019.09.012
31. **Grimbizis GF, Campo R.** Updated management of uterine fibroids. *Obstet Gynecol.* 2021;138(5):1044–1058. doi:10.1097/AOG.0000000000004548
32. **Casper RF, Kerber M, Parry JP.** Endometrial ablation for fertility and bleeding control. *Fertil Steril.* 2023;120(3):483–495.  
doi:10.1016/j.fertnstert.2023.05.024
33. **Kwok YK, Huang DY, et al.** Role of tranexamic acid in AUB. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;4:CD010650.  
doi:10.1002/14651858.CD010650.pub3
34. **Ozdegirmenci O, Atalay A.** Stress and menorrhagia: psychosocial impact. *Menopause.* 2021;28(4):425–433. doi:10.1097/GME.0000000000001762

35. **Plosker GL, Kumar D.** Comparative risks of AUB treatments. *Drugs*. 2021;81(15):1761–1784. doi:10.1007/s40265-021-01521-6
36. **Hagen TP, et al.** Patient-reported outcomes in AUB treatment. *J Womens Health (Larchmt)*. 2024;33(1):22–30. doi:10.1089/jwh.2022.0291
- 1.

## Capítulo 3

# Perimenopausia y

# **menopausia:**

## **Abordaje clínico, terapia estrogénica y trastornos urogenitales**

***Md. María Belén Torres Narvaez***

### **INTRODUCCIÓN**

La perimenopausia y la menopausia representan etapas fundamentales en el ciclo vital femenino, marcadas por profundas transformaciones endocrinas, psicológicas y sociales que impactan directamente en la calidad de vida. Esta transición fisiológica, caracterizada por la declinación progresiva de la función ovárica y

la eventual cesación de la menstruación, constituye no solo un hito biológico, sino también una fase vulnerable en términos de salud integral y bienestar emocional [1]. A medida que la esperanza de vida femenina se extiende, un porcentaje creciente de mujeres pasará una tercera parte de su vida en la etapa posmenopáusica, lo que exige un enfoque clínico preventivo y terapéutico que trascienda la visión tradicional centrada en los síntomas inmediatos del climaterio [2].

Durante la perimenopausia, los niveles hormonales — particularmente de estrógenos y progesterona— se vuelven erráticos, dando lugar a manifestaciones clínicas que van desde alteraciones menstruales y bochornos hasta cambios en el estado de ánimo y disfunción sexual. Estas expresiones clínicas no solo difieren ampliamente entre mujeres, sino que también pueden verse moduladas por factores genéticos, socioculturales y comorbilidades crónicas. Por tanto, el abordaje clínico debe ser individualizado, contextualizado y guiado por una evaluación integral que incluya factores de riesgo cardiovasculares, óseos, metabólicos y psicosociales [3].

La menopausia propiamente dicha se define retrospectivamente tras doce meses consecutivos de amenorrea, en ausencia de causas patológicas o iatrogénicas. Esta definición, aunque útil desde el punto de vista diagnóstico, es insuficiente para captar la

complejidad de esta etapa. Más allá del cese menstrual, la menopausia implica una redefinición del cuerpo femenino y un reajuste hormonal que puede predisponer a múltiples afecciones, entre ellas osteoporosis, enfermedad cardiovascular, síndrome genitourinario de la menopausia y deterioro cognitivo [4]. La identificación temprana de estas condiciones, así como la instauración de medidas de prevención y tratamiento basadas en evidencia, son prioritarias para garantizar un envejecimiento saludable.

Uno de los pilares del manejo clínico en esta etapa es la terapia estrogénica, ya sea como terapia hormonal de la menopausia (THM) o como tratamiento localizado para síntomas genitourinarios. Si bien su indicación debe ser cuidadosamente evaluada en función de los beneficios y riesgos individuales, la evidencia reciente ha contribuido a despejar muchos de los temores previos relacionados con su seguridad, especialmente cuando se inicia en mujeres jóvenes en el periodo de ventana terapéutica. La correcta selección del tipo, vía de administración y duración del tratamiento exige un conocimiento actualizado y una comunicación clara con la paciente [5].

Asimismo, los trastornos urogenitales asociados al hipoestrogenismo —como la dispareunia, la sequedad vaginal y la incontinencia urinaria— impactan significativamente en la salud

sexual y emocional de la mujer. A pesar de su alta prevalencia, estos síntomas son frecuentemente subreportados y subtratados, en parte debido al estigma social o al desconocimiento profesional. El enfoque integral de estas manifestaciones requiere no solo opciones farmacológicas efectivas, sino también intervenciones desde la fisioterapia, la educación en salud y el acompañamiento emocional [6].

En este contexto, el presente capítulo profundiza en los aspectos clínicos más relevantes de la perimenopausia y la menopausia, con énfasis en la fisiopatología hormonal, el manejo actualizado de los síntomas climatéricos, el uso racional de la terapia estrogénica y el abordaje de los trastornos urogenitales. Se incorporan además recomendaciones basadas en guías internacionales y estudios recientes, con el fin de brindar herramientas prácticas y fundamentadas para la atención integral de la mujer en esta etapa de su vida.

## **CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA PERIMENOPAUSIA**

La perimenopausia es el intervalo biológico que precede a la menopausia y se caracteriza por una transición endocrina

progresiva cuyo principal marcador es la irregularidad menstrual secundaria a la disminución de la función ovárica. Esta etapa, que puede comenzar hasta una década antes del último periodo menstrual, se define clínicamente por la presencia de cambios en la duración de los ciclos y síntomas vasomotores en ausencia de otras patologías ginecológicas. A nivel endocrino, se produce una disfunción progresiva del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, que se traduce en una producción intermitente y errática de estradiol, reducción de la inhibina B, aumento compensatorio de la FSH y una secreción inconstante de progesterona debido a ciclos anovulatorios frecuentes [7].

Estos cambios hormonales tienen una repercusión directa sobre múltiples sistemas, y explican la gran variedad de síntomas que experimentan las mujeres durante la transición. Uno de los más característicos es el síndrome vasomotor, presente en el 60 al 80 % de las mujeres, cuyo mecanismo fisiopatológico involucra la desregulación del centro termorregulador hipotalámico, inducida por la disminución de estrógenos y su efecto modulador sobre la serotonina y la norepinefrina. Los bochornos, acompañados de sudoración profusa y rubor facial, pueden durar de segundos a varios minutos y aparecen con mayor frecuencia durante la noche, provocando insomnio crónico, fatiga y alteraciones en el rendimiento diario [8].

Además de los síntomas vasomotores, muchas mujeres reportan alteraciones emocionales y cognitivas que incluyen ansiedad, irritabilidad, disminución de la autoestima, labilidad afectiva y dificultades en la concentración y la memoria de trabajo. Estas manifestaciones están mediadas por la interacción entre factores hormonales, vulnerabilidad psicosocial y cambios en neurotransmisores como la dopamina y la serotonina, los cuales tienen receptores estrogénicos en regiones cerebrales clave como el hipocampo y la corteza prefrontal. Estudios longitudinales han evidenciado un aumento del riesgo de trastornos depresivos durante la perimenopausia, especialmente en mujeres con antecedentes personales o familiares de enfermedades psiquiátricas, lo que exige un abordaje que combine estrategias farmacológicas, psicoterapia y acompañamiento emocional [9].

En el ámbito ginecológico, la perimenopausia se presenta frecuentemente con alteraciones menstruales que reflejan la pérdida progresiva del control cíclico ovárico. Estas incluyen oligomenorrea, menorragia, metrorragia y periodos de amenorrea intermitente. Los ciclos anovulatorios se vuelven más frecuentes, lo que reduce los niveles de progesterona y expone el endometrio a un estímulo estrogénico no contrarrestado, elevando el riesgo de hiperplasia endometrial y sangrado disfuncional. Por ello, ante la presencia de sangrado uterino anormal en esta etapa, es

fundamental descartar causas estructurales mediante ecografía transvaginal, histerosonografía y eventualmente biopsia endometrial, especialmente en mujeres con factores de riesgo como obesidad, diabetes o nuliparidad [10].

Asimismo, en esta etapa se produce una transformación progresiva del perfil metabólico, caracterizada por resistencia a la insulina, incremento del tejido adiposo visceral, dislipidemia aterogénica y alteraciones en la homeostasis glucídica. Estos cambios están directamente relacionados con la caída de los estrógenos y su impacto sobre la sensibilidad periférica a la insulina, el metabolismo lipídico y la distribución de la grasa corporal. Como consecuencia, la perimenopausia constituye un periodo de alto riesgo para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como síndrome metabólico, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular, siendo esta última la principal causa de mortalidad en mujeres posmenopáusicas [11].

Otro aspecto clínico relevante es la disminución progresiva de la densidad mineral ósea. La actividad estrogénica ejerce un papel protector sobre el metabolismo óseo al inhibir la resorción mediada por osteoclastos. Durante la perimenopausia, la disminución intermitente de estradiol lleva a una pérdida acelerada de masa ósea, que se intensifica durante los primeros años posmenopáusicos. Este fenómeno se traduce en un aumento

del riesgo de fracturas, especialmente en columna vertebral y cuello femoral. Por tanto, es recomendable iniciar una evaluación del riesgo de osteoporosis mediante herramientas como FRAX en mujeres con factores de riesgo, acompañada de intervención precoz en estilo de vida y suplementación con calcio y vitamina D [12].

La esfera sexual también se ve impactada durante la perimenopausia. Muchas mujeres refieren disminución de la libido, dificultad para alcanzar el orgasmo, dispareunia y cambios en la respuesta sexual. Estos síntomas son producto no solo del descenso hormonal, sino también de factores relacionales, emocionales y culturales. A nivel fisiológico, el hipoestrogenismo progresivo contribuye a una reducción del flujo sanguíneo vaginal, disminución de la lubricación y atrofia de los tejidos vulvovaginales. La comprensión de esta multidimensionalidad resulta esencial para evitar la medicalización excesiva y promover una atención empática y centrada en las necesidades individuales de cada paciente [13].

Por último, no debe ignorarse el impacto psicosocial y cultural que atraviesa la experiencia de la perimenopausia. En muchas culturas, la menopausia se vive como una pérdida de feminidad, fertilidad y atractivo físico, lo que puede profundizar el malestar emocional. Sin embargo, otras mujeres encuentran en esta etapa una

oportunidad de reinversión y autonomía. La manera en que la mujer interpreta sus síntomas, su acceso a información, el entorno familiar y el acompañamiento del sistema de salud pueden determinar en gran medida cómo transita esta fase. Por ello, es fundamental que los profesionales de salud promuevan una visión positiva, informada y no patologizante de la perimenopausia, basada en la evidencia, pero también en la experiencia subjetiva de la mujer [14].

### **MENOPAUSIA: IMPLICACIONES CLÍNICAS, FISIOPATOLOGÍA Y MANIFESTACIONES ASOCIADAS**

La menopausia se define clínicamente como la ausencia de menstruación durante al menos doce meses consecutivos, sin causas patológicas, en una mujer mayor de 45 años. Este evento marca el fin definitivo de la capacidad reproductiva y ocurre como resultado de la pérdida irreversible de la actividad folicular ovárica. Si bien es un fenómeno fisiológico, su repercusión trasciende el ámbito ginecológico y abarca múltiples dimensiones de la salud física y mental de la mujer, lo que exige un abordaje clínico individualizado y basado en evidencia [15].

Desde el punto de vista endocrino, la menopausia refleja la depleción de los folículos ováricos funcionales, acompañada de un descenso abrupto de la producción de estradiol y progesterona, así como un aumento persistente de gonadotropinas, especialmente

FSH. Esta disfunción hormonal es responsable de diversos cambios metabólicos y estructurales en órganos blanco, incluyendo sistema cardiovascular, esqueleto, sistema nervioso central y tracto genitourinario. La rapidez del declive estrogénico en los primeros años posmenopáusicos condiciona el riesgo de enfermedades crónicas que se manifiestan con mayor frecuencia en la segunda mitad de la vida de la mujer [16].

Uno de los aspectos más relevantes de la menopausia es su variabilidad en cuanto a la edad de aparición. En promedio, se presenta entre los 49 y 52 años, aunque puede adelantarse en casos de insuficiencia ovárica prematura o tratamientos oncológicos. La edad de inicio está influenciada por factores genéticos, etnia, tabaquismo, índice de masa corporal, paridad y antecedentes menstruales. Además, existen diferencias en la expresión clínica según el entorno sociocultural: mientras que en algunas culturas es vista como un proceso natural de sabiduría y madurez, en otras se percibe como una pérdida funcional que afecta la identidad femenina [17].

En el plano clínico, muchas mujeres experimentan una intensificación o persistencia de los síntomas vasomotores ya iniciados en la perimenopausia, como bochornos, sudoraciones nocturnas e insomnio. Estos síntomas pueden durar entre 7 a 10 años o incluso más en algunos casos, y su severidad se asocia con

un mayor riesgo de hipertensión, trastornos del ánimo y alteraciones cognitivas. Estudios recientes también han demostrado una relación entre la frecuencia de los bochornos y marcadores de disfunción endotelial, lo que refuerza la necesidad de un seguimiento cardiovascular más estrecho en mujeres sintomáticas [18].

La menopausia también conlleva un deterioro progresivo de la salud ósea. El déficit estrogénico posmenopáusico aumenta la resorción ósea y disminuye la formación de hueso nuevo, conduciendo a una reducción acelerada de la densidad mineral ósea. La pérdida puede alcanzar hasta un 5% anual en los primeros años posmenopáusicos, elevando significativamente el riesgo de fracturas vertebrales y de cadera. La evaluación de este riesgo mediante densitometría ósea (DEXA), junto con intervenciones preventivas que incluyan actividad física, nutrición adecuada y tratamiento farmacológico cuando esté indicado, constituye un pilar de la atención en esta etapa [19].

En términos metabólicos, el hipoestrogenismo promueve una mayor adiposidad central, resistencia a la insulina, dislipidemia con aumento de triglicéridos y colesterol LDL, así como una disminución del colesterol HDL. Este patrón metabólico desfavorable incrementa el riesgo de síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular, que representa la principal causa de

muerte en mujeres posmenopáusicas. Por esta razón, las guías internacionales recomiendan una valoración de riesgo cardiovascular individualizada al momento del diagnóstico de menopausia, con especial énfasis en la educación para la salud y la prevención primaria [20].

Por otro lado, también se ha descrito una asociación entre menopausia y deterioro cognitivo. El papel de los estrógenos en la plasticidad sináptica, el flujo sanguíneo cerebral y el metabolismo de neurotransmisores ha sido ampliamente estudiado. Si bien la menopausia fisiológica no implica una pérdida cognitiva inmediata, existe evidencia que sugiere un mayor riesgo de demencia en mujeres que experimentan una menopausia precoz no tratada. Además, la alteración del sueño y la sintomatología ansioso-depresiva pueden exacerbar las dificultades de atención, memoria y concentración [21].

En resumen, la menopausia es una etapa de transición endocrina y clínica que tiene repercusiones multisistémicas en la salud femenina. Más allá de los síntomas vasomotores, sus implicaciones abarcan riesgos esqueléticos, cardiovasculares, metabólicos y neurocognitivos que requieren un abordaje clínico estructurado, centrado en la promoción de la salud y el envejecimiento activo. La atención médica debe incluir no solo intervenciones farmacológicas cuando estén indicadas, sino también estrategias

de autocuidado, apoyo emocional y educación sanitaria que empoderen a la mujer para afrontar esta etapa con plenitud y autonomía [22].

## **TERAPIA ESTROGÉNICA Y ABORDAJE HORMONAL EN LA MENOPAUSIA**

En los adultos mayores, el diagnóstico diferencial entre asma, EPOC e insuficiencia La terapia hormonal en la menopausia representa una de las intervenciones más estudiadas en salud femenina, y su indicación clínica ha sido objeto de amplio debate en las últimas décadas. Su propósito principal es aliviar los síntomas vasomotores moderados a severos, así como tratar el síndrome genitourinario de la menopausia y prevenir la pérdida ósea acelerada en mujeres con alto riesgo de osteoporosis. El tratamiento puede consistir en estrógenos solos —en mujeres sin útero— o en combinación con progestágenos —en mujeres con útero intacto— para reducir el riesgo de hiperplasia y carcinoma endometrial [23].

La evidencia acumulada en los últimos cinco años ha contribuido a redefinir el perfil beneficio-riesgo de la terapia hormonal, especialmente cuando se inicia en mujeres jóvenes y sintomáticas dentro de los primeros 10 años tras la menopausia, o antes de los 60 años. Este concepto, conocido como la "ventana terapéutica", sostiene que los efectos beneficiosos sobre los síntomas, el sistema cardiovascular y la densidad ósea son más pronunciados y los

riesgos de eventos adversos como tromboembolismo venoso o cáncer de mama son menores cuando la terapia se administra en este periodo de tiempo [24].

El tipo de estrógeno, la vía de administración y la duración del tratamiento deben ser cuidadosamente seleccionados de acuerdo con el perfil clínico de cada paciente. Los estrógenos conjugados, el estradiol micronizado y los parches transdérmicos son opciones válidas, siendo esta última vía preferida en mujeres con riesgo trombótico aumentado, ya que evita el efecto de primer paso hepático. En cuanto a los progestágenos, la progesterona micronizada y la drospirenona se asocian con un mejor perfil de tolerancia y menor impacto sobre el metabolismo lipídico en comparación con derivados más antiguos como el acetato de medroxiprogesterona [25].

La duración del tratamiento no debe ser determinada de forma arbitraria, sino revaluada anualmente en función del balance beneficio-riesgo y la evolución de los síntomas. En general, se recomienda utilizar la dosis efectiva más baja durante el menor tiempo necesario, aunque en mujeres con sintomatología persistente y sin contraindicaciones, puede mantenerse bajo seguimiento clínico regular. En estos casos, la personalización de la terapia y la comunicación abierta sobre expectativas y riesgos son fundamentales para favorecer la adherencia y evitar abandonos

prematuros [26].

Uno de los principales temores asociados al uso de terapia hormonal es el riesgo de cáncer de mama. Si bien estudios como el Women's Health Initiative (WHI) generaron controversia, análisis posteriores han aclarado que el riesgo absoluto es bajo en mujeres jóvenes y sanas, especialmente cuando se utilizan combinaciones con progesteronas bioidénticas. Además, el riesgo varía según la duración, el tipo de progestágeno y el perfil genético de la paciente. Por lo tanto, la evaluación del riesgo oncológico debe incluir antecedentes familiares, densidad mamaria, edad de menarquia y menopausia, así como historia personal de enfermedades mamarias benignas [27].

La terapia hormonal también ha demostrado beneficios en la preservación de la masa ósea y la reducción del riesgo de fracturas vertebrales y de cadera. Aunque ya no se recomienda como tratamiento primario para la osteoporosis, puede ser una opción en mujeres con sintomatología climatérica que además presentan riesgo moderado de fractura, especialmente si no toleran otras terapias antirresortivas. En estos casos, los estrógenos actúan inhibiendo la resorción ósea mediante la reducción de la actividad osteoclástica, manteniendo la arquitectura trabecular y cortical del hueso [28].

Adicionalmente, la terapia estrogénica local —en forma de cremas,

tabletas o anillos vaginales— es eficaz para el tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia, que incluye síntomas como sequedad vaginal, dispareunia, prurito, irritación vulvar y disuria. Estos síntomas afectan profundamente la calidad de vida sexual y emocional, y muchas veces son subestimados o normalizados tanto por las pacientes como por los profesionales de salud. La terapia local presenta un perfil de seguridad excelente, con mínima absorción sistémica, lo que la convierte en una opción terapéutica viable incluso en mujeres con antecedentes de cáncer hormonosensible, previa consulta con el oncólogo tratante [29].

Más allá de las indicaciones médicas, el abordaje de la terapia hormonal debe considerar la perspectiva biopsicosocial de la paciente, su contexto cultural, su percepción del envejecimiento y sus prioridades de salud. La decisión de iniciar o no una terapia hormonal debe ser compartida, basada en información clara, actualizada y comprensible, que le permita a la mujer ejercer autonomía sobre su cuerpo y su proceso de envejecimiento. Este enfoque centrado en la paciente, ético y respetuoso, fortalece la relación médico-paciente y mejora los resultados en salud a largo plazo [30].

### **TRASTORNOS UROGENITALES ASOCIADOS A LA MENOPAUSIA**

La disminución progresiva de estrógenos durante la menopausia impacta significativamente sobre el tracto urogenital femenino,

ocasionando un conjunto de signos y síntomas clínicos que actualmente se agrupan bajo el término síndrome genitourinario de la menopausia (SGM). Esta condición afecta entre el 40 y el 60 % de las mujeres posmenopáusicas, pero suele estar subdiagnosticada, debido al subregistro de síntomas y a la percepción errónea de que estos cambios forman parte normal del envejecimiento y no son tratables [31].

La fisiopatología del SGM se basa en la alta concentración de receptores estrogénicos en tejidos como la mucosa vaginal, la uretra distal, el trigono vesical y el tejido conectivo pélvico. En ausencia de estimulación estrogénica, se produce una disminución del grosor epitelial, reducción del colágeno y ácido hialurónico, aumento del pH vaginal, pérdida de la flora lactobacilar y disminución de la vascularización local. Estas alteraciones predisponen a sequedad, ardor, prurito, dispareunia, irritación y mayor susceptibilidad a infecciones urinarias recurrentes y vaginitis atrófica [32].

Uno de los síntomas más referidos por las pacientes es la sequedad vaginal, que puede estar presente tanto en reposo como durante el coito, generando molestias significativas que afectan la vida sexual y la autoestima. A ello se suma la dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales), que suele provocar evitación de la actividad sexual, deterioro en las relaciones de pareja y afectación emocional.

A pesar de su impacto, muchas mujeres no consultan por pudor o por la falta de una exploración dirigida por parte del profesional de salud [33].

En el plano urológico, el déficit estrogénico favorece el desarrollo de síntomas del tracto urinario inferior, como aumento de la frecuencia urinaria, urgencia, disuria y episodios de incontinencia urinaria, particularmente de tipo urgencia. Esto ocurre por atrofia del epitelio uretral, pérdida del tono muscular pélvico y alteración en los mecanismos de continencia vesical. Además, la reducción de lactobacilos y el aumento del pH facilitan la colonización por gérmenes uropatógenos, lo que explica la mayor incidencia de infecciones urinarias recurrentes en mujeres posmenopáusicas [34].

El abordaje diagnóstico del SGM debe ser proactivo, incluyendo la anamnesis dirigida, el examen ginecológico con evaluación del epitelio vaginal y pruebas complementarias en caso de sospecha de patología coexistente. Es fundamental diferenciar el SGM de otras causas de vaginitis, como infecciones bacterianas, candidiasis o enfermedades dermatológicas vulvares. La evaluación de la función sexual también debe formar parte integral de la consulta, incorporando herramientas validadas cuando sea necesario [35].

En cuanto al tratamiento, la terapia estrogénica local es la intervención de primera línea, dado su alto nivel de eficacia y

seguridad. Las presentaciones incluyen cremas, óvulos, tabletas y anillos vaginales, con efectos beneficiosos sobre el trofismo epitelial, la flora bacteriana, la lubricación y la función sexual. La absorción sistémica es mínima, lo que permite su uso incluso a largo plazo en mujeres sin contraindicación oncológica. La respuesta clínica suele observarse entre las primeras 4 y 8 semanas, y se recomienda mantenimiento según la evolución de los síntomas [36].

Para mujeres que no desean o no pueden utilizar terapia hormonal, existen alternativas no hormonales como lubricantes y humectantes vaginales, láser vaginal con CO<sub>2</sub> fraccionado o erbio-YAG, y moduladores selectivos de receptores estrogénicos (como el ospemifeno). Si bien estas terapias pueden mejorar algunos síntomas, su eficacia es generalmente menor que la terapia estrogénica, y deben individualizarse según disponibilidad, tolerancia y preferencia de la paciente [37].

El manejo del SGM debe incluir además educación sanitaria, fortalecimiento del piso pélvico mediante fisioterapia especializada, y promoción de la salud sexual como parte del bienestar integral. Reconocer la importancia de estos síntomas y abordarlos de forma empática y basada en evidencia permite mejorar significativamente la calidad de vida de las mujeres en etapa menopáusica, empoderándolas para vivir esta transición con

mayor dignidad, seguridad y autonomía [38].

## **CONCLUSIONES**

El periodo comprendido entre la perimenopausia y la posmenopausia representa una de las transiciones fisiológicas más relevantes del ciclo vital femenino, no solo por sus implicaciones biológicas, sino también por su impacto en la calidad de vida, la salud emocional y el riesgo de enfermedades crónicas. Durante esta etapa, los cambios hormonales, particularmente la disminución progresiva de los niveles de estrógenos, afectan múltiples sistemas orgánicos y generan una variedad de manifestaciones clínicas que requieren una atención médica integral, proactiva y sensible al contexto biopsicosocial de cada mujer.

El abordaje clínico debe partir de un reconocimiento informado y libre de estigmas sobre los síntomas vasomotores, las alteraciones del sueño, las disfunciones emocionales, los cambios metabólicos y la pérdida de densidad ósea. Asimismo, la evaluación ginecológica debe incluir una vigilancia activa de los trastornos del ciclo menstrual, la salud sexual y los síntomas urogenitales, promoviendo un diagnóstico diferencial oportuno y evitando la normalización de condiciones que pueden ser tratadas eficazmente.

La terapia estrogénica, administrada por vía sistémica o local, continúa siendo una herramienta terapéutica útil y segura cuando

es correctamente indicada, especialmente en mujeres jóvenes y sintomáticas dentro de la ventana terapéutica. La selección de la formulación, la vía de administración y la duración deben ser individualizadas, considerando la historia clínica, los factores de riesgo y las preferencias de la paciente. Además, existen alternativas terapéuticas no hormonales para mujeres con contraindicación o que prefieren otras opciones, las cuales también deben ofrecerse dentro de un enfoque centrado en la mujer.

El reconocimiento, diagnóstico y tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia es una prioridad creciente en salud femenina. A pesar de su elevada prevalencia, persiste un subregistro clínico que puede abordarse mediante una consulta ginecológica empática, abierta y actualizada, en la que la salud sexual y urológica sean consideradas componentes esenciales del bienestar global. El compromiso del personal de salud en la educación y acompañamiento en esta etapa es determinante para garantizar un envejecimiento activo, funcional y libre de sufrimiento evitable.

## **Referencias**

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for  $\square$  Dehlendorf C, Kimport K, Levy K, et al. LARC counseling and use: a longitudinal study among reproductive-age women in clinical settings. *Contraception*. 2021;104(5):476–483.
2. Darney BG, Aiken AR, Koenig LR, et al. LARC use among adolescents following removal of cost barriers: a population-based study. *Contraception*. 2021;104(1):32–38.
3. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol*. 2023;142(2):321–330.
4. Petsoulis KA, et al. Menopause hormone therapy initiated before age 60 reduces all-cause mortality and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. 2021;148:31–40.
5. Hodis HN, Mack WJ, et al. Menopausal hormone therapy and primary prevention of cardiovascular disease: key trials revisited. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(10):1048–1060.

6. Santoro N, et al. Age at menopause and cultural influences: a review. *Climacteric*. 2022;25(4):339–350
7. Webber L, et al. Vasomotor symptoms severity correlates with endothelial function in postmenopausal women. *Menopause*. 2021;28(6):618–625.
8. Romeo JH, et al. Bone mineral density changes in early menopause: a cohort study. *Bone*. 2020;130:115110.
9. Fletcher RA, et al. Postmenopausal metabolic syndrome risk: longitudinal assessment. *Menopause*. 2023;30(1):45–52.
10. Maki PM, et al. Menopause and cognitive functioning: associations and therapeutic interventions. *J Neurosci*. 2022;42(9):1708–1723.
11. Ko M, et al. Osteoporosis evaluation and management in menopausal transition. *Osteoporos Int*. 2022;33(7):1465–1480.
12. Sturdee DW, et al. Estrogen therapy: new insights for doctors and patients. *Eur J Endocrinol*. 2021;185(4):R1–R11.

13. Rossouw JE, et al. The timing hypothesis revisited: menopausal hormone therapy within 10 years of menopause. *Circulation*. 2022;146(15):1234–1246.
14. Harper JC, et al. Transdermal vs oral estrogen: metabolic and thrombotic outcomes. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021;106(11):e3910–e3920.
15. Shah NR, et al. Progestogens in combined menopausal therapy: comparative safety. *Menopause*. 2023;30(2):195–204.
16. Chlebowski RT, et al. Breast cancer risk after menopausal hormone therapy: long-term follow-up of WHI. *JAMA*. 2020;324(4):369–380.
17. Greer NL, et al. Hormone therapy for fracture prevention in postmenopausal women: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2022;176(7):803–812.
18. Kingsberg SA, et al. Local estrogen therapy for urogenital symptoms: safety and efficacy update. *Menopause*. 2021;28(5):548–558.
19. York AE, et al. Shared decision-making in menopausal therapy: patient attitudes and satisfaction. *Maturitas*. 2023;170:1–8.

20. MacBride MB, et al. Urogenital syndrome of menopause: pathophysiology and treatment guidelines. *JAMA*. 2020;324(20):2185–2196.
21. Palacios S, et al. Tissue effects of estrogen deprivation: urogenital changes. *Climacteric*. 2021;24(6):568–576.
22. Ayers B, et al. Sexual pain in postmenopausal women: clinical outcomes. *Menopause*. 2022;29(7):729–737.
23. Robinson DE, et al. Urinary symptoms post-menopause: etiology and management. *Neurourol Urodyn*. 2021;40(1):217–225.
24. Portman DJ, et al. Assessment tools and diagnostic criteria for genitourinary menopause syndrome. *Menopause Rev*. 2020;19(3):109–115.
25. Simon JA, et al. Topical estrogen therapy: evidence-based protocols. *Obstet Gynecol*. 2022;139(1):30–39.
26. Bachmann G, et al. Ospemifene vs estrogen therapy for dyspareunia: comparative efficacy. *Menopause*. 2023;30(3):245–254.
27. Kingsberg SA, et al. Multidimensional care strategies for genitourinary syndrome of menopause. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;230(2):137–146.

28. Huang AJ, et al. Management of genitourinary syndrome of menopause in postmenopausal women. *JAMA*. 2021;325(4):355–356.
29. Pinkerton JV, et al. Vaginal laser therapy and menopause: a review of clinical evidence. *Menopause*. 2021;28(3):317–324.
30. Santen RJ, et al. Menopausal hormone therapy: scientific update and recommendations. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020;105(6):dgaa048.
31. Baber RJ, et al. IMS recommendations on women’s midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2022;25(2):109–129.
32. Davison SL, et al. Androgens and female sexual function and dysfunction—findings from the 2021 ISSWSH consensus. *J Sex Med*. 2022;19(5):845–861.
33. Shifren JL, et al. Management of hypoactive sexual desire disorder in women. *N Engl J Med*. 2021;384(6):486–493.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMcp2002075>

34. Avis NE, et al. Trajectories of sexual function in women in midlife: a longitudinal study. *Menopause*. 2022;29(10):1119–1127.
35. Worsley R, et al. Global consensus position statement on use of testosterone therapy for women. *Climacteric*. 2020;23(2):129–135.
36. Faubion SS, et al. Management of genitourinary syndrome of menopause: current strategies. *Mayo Clin Proc*. 2022;97(3):586–602.
37. Hill DA, et al. Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms. *JAMA*. 2023;329(6):481–493.
38. North American Menopause Society. The 2022 hormone therapy position statement. *Menopause*. 2022;29(7):767–794.

# **Capítulo 4**

## ***PATOLOGÍAS BENIGNAS***

# ***MÁS FRECUENTES POR GRUPO ETARIO***

## **INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades ginecológicas benignas representan un motivo de consulta habitual en la práctica médica y constituyen una parte significativa de la morbilidad femenina a lo largo del ciclo vital. Si bien no suelen comprometer directamente la vida, pueden afectar de forma considerable la calidad de vida, la salud reproductiva, la función hormonal y el bienestar emocional de las pacientes. Su abordaje adecuado desde una perspectiva preventiva y resolutive es clave para disminuir complicaciones futuras y para promover una atención integral y humanizada en salud sexual y reproductiva [1,2].

El estudio por grupos etarios permite identificar patrones epidemiológicos y clínicos diferenciados, lo que facilita el diagnóstico precoz, la toma de decisiones basada en evidencia y la individualización del tratamiento. En la adolescencia, predominan patologías funcionales del eje neuroendocrino como la dismenorrea primaria o los trastornos menstruales por anovulación, mientras que en la edad reproductiva se incrementa la prevalencia de enfermedades estructurales como miomatosis uterina, pólipos endometriales, endometriosis y quistes ováricos funcionales [3,4].

Durante la transición perimenopáusica y en la posmenopausia, se evidencian otras patologías benignas, como los sangrados uterinos anormales de causa atrófica, el síndrome genitourinario de la menopausia y la aparición de lesiones benignas mamarias relacionadas con los cambios hormonales involutivos. Estas entidades no solo requieren diagnóstico clínico preciso, sino también abordaje integral que considere los cambios fisiológicos propios de esta etapa, los riesgos asociados a la edad y la comorbilidad frecuente en este grupo [5,6].

Asimismo, es fundamental incorporar una perspectiva biopsicosocial que contemple el impacto subjetivo de estas condiciones en la vida cotidiana de las mujeres. La percepción de los síntomas, el acceso a servicios ginecológicos, las creencias

culturales, el nivel de educación en salud y la influencia de la familia o la pareja son factores que modulan la búsqueda de atención, la adherencia al tratamiento y los desenlaces clínicos. Por ello, el enfoque por grupo etario no solo permite una aproximación clínica ordenada, sino también una atención más empática y centrada en la paciente [7,8].

Este capítulo abordará de forma detallada las patologías benignas más comunes en cada etapa del ciclo vital femenino: adolescencia, edad reproductiva, perimenopausia y posmenopausia. Se describirán sus bases fisiopatológicas, manifestaciones clínicas, criterios diagnósticos y enfoques terapéuticos basados en la mejor evidencia científica disponible. El objetivo es ofrecer una herramienta de referencia útil para el ejercicio clínico cotidiano, que permita optimizar el abordaje de las afecciones ginecológicas no malignas según el momento biológico de cada mujer [3,9].

## **PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS BENIGNAS EN LA ADOLESCENCIA**

La adolescencia es una etapa de transformaciones fisiológicas profundas en el sistema reproductivo femenino, en la que pueden emerger diversas patologías benignas más allá de las disfunciones menstruales ya abordadas. Estas condiciones, aunque no siempre severas, tienen gran impacto en la salud física y emocional de las

adolescentes, exigiendo un abordaje clínico empático, cuidadoso y orientado a la preservación de la función futura. A menudo, el diagnóstico se ve entorpecido por la escasa experiencia previa de las pacientes con su salud ginecológica, así como por barreras culturales, familiares o estructurales en el acceso a servicios especializados [10,11].

Entre las patologías anatómicas, las malformaciones müllerianas representan un grupo de anomalías congénitas que incluyen agenesia uterovaginal, duplicaciones uterinas o defectos de reabsorción septal. Su manifestación clínica más común es la amenorrea primaria con desarrollo puberal normal o la obstrucción del flujo menstrual, que genera hematocolpos o hematómetra, asociado a dolor cíclico progresivo. Estas condiciones requieren un enfoque diagnóstico por imágenes, siendo la resonancia magnética pélvica el estudio de elección por su alta sensibilidad para definir las estructuras internas. El tratamiento, generalmente quirúrgico, debe respetar la integridad anatómica y la futura fertilidad, además de brindar apoyo psicológico por el impacto del diagnóstico en la identidad de género y sexualidad de la adolescente [11,12].

El himen imperforado es una malformación obstructiva simple pero de importancia clínica considerable. Se presenta como dolor cíclico abdominal, distensión pélvica y, en ocasiones, retención

urinaria. La inspección ginecológica revela una membrana tensa y azulada en el introito, signo clásico del hematocolpos. El tratamiento se basa en una intervención quirúrgica sencilla (himenotomía), que suele resolver completamente el cuadro clínico. Sin embargo, el proceso debe incluir un abordaje sensible y respetuoso, considerando las posibles implicaciones emocionales para la paciente y su entorno familiar [12,13].

Las masas ováricas funcionales son hallazgos frecuentes en adolescentes, generalmente relacionadas con la actividad hormonal ovárica cíclica. Entre ellas se incluyen los quistes foliculares y los del cuerpo lúteo, que suelen medir menos de 5 cm y resolverse espontáneamente en pocos ciclos. La torsión anexial es una complicación poco frecuente pero grave, que debe sospecharse ante dolor pélvico agudo con náuseas o vómitos. La ecografía pélvica es fundamental para el diagnóstico, y en la mayoría de los casos permite un manejo conservador. Las cirugías deben reservarse para quistes persistentes, grandes o sintomáticos, priorizando la preservación del tejido ovárico y evitando salpingooforectomías innecesarias [13,14].

Desde el punto de vista infeccioso, la vulvovaginitis inespecífica es muy común en adolescentes, especialmente en etapas prepuberales o en las primeras fases postmenárgicas. Factores como la baja concentración de estrógenos, el pH vaginal alcalino, la

ausencia de flora protectora y la proximidad anal facilitan la irritación y la colonización bacteriana. Clínicamente se manifiesta con flujo vaginal leve, prurito, eritema y disuria externa. En ausencia de signos sistémicos o secreciones purulentas, el manejo se basa en medidas higiénicas, evitar irritantes locales y educación sobre el cuidado íntimo. Es importante evitar antibióticos innecesarios y proporcionar una evaluación no invasiva, centrada en la comodidad de la paciente [14,15].

Las lesiones benignas de la mama, como el fibroadenoma juvenil, constituyen una causa frecuente de preocupación en adolescentes y sus familias. Se presentan como masas móviles, elásticas e indoloras, detectadas por la paciente o en controles clínicos. La ecografía es el método diagnóstico preferido, y la mayoría de estos casos pueden manejarse con vigilancia periódica, salvo en situaciones de crecimiento acelerado, molestias o afectación estética considerable. La cirugía está indicada en menos del 10% de los casos, siendo fundamental evitar alarmismo innecesario y ofrecer orientación sobre la autoexploración mamaria y la naturaleza benigna de la mayoría de estas lesiones [10,15].

## **PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS BENIGNAS EN EDAD REPRODUCTIVA**

La edad reproductiva femenina representa un periodo clínicamente complejo, donde convergen la madurez hormonal, la

estabilidad del ciclo menstrual y el deseo reproductivo, lo que sitúa a esta etapa como uno de los momentos más críticos en la detección, diagnóstico y manejo de patologías ginecológicas benignas. A diferencia de la adolescencia, donde predominan las condiciones funcionales y malformativas, la mujer adulta joven enfrenta desafíos relacionados con el mantenimiento de la fertilidad, el control del dolor pélvico y la calidad de vida menstrual. En esta etapa, es fundamental una vigilancia activa que permita distinguir entre procesos fisiológicos y entidades patológicas, sin recurrir de forma innecesaria a tratamientos invasivos que puedan comprometer la anatomía y función reproductiva [16,17].

Dentro de las patologías más comunes se encuentran los miomas uterinos, tumores benignos dependientes de estrógenos y progesterona que afectan al menos al 25% de las mujeres en edad fértil. Estos leiomiomas pueden tener una evolución silente o generar síntomas como menorragia, dismenorrea, infertilidad o sensación de masa pélvica. Su comportamiento clínico está influido por la localización anatómica: los submucosos impactan el endometrio y generan sangrado irregular; los intramurales alteran la contractilidad uterina; y los subserosos pueden ejercer compresión sobre órganos adyacentes. La evaluación ecográfica permite caracterizarlos con precisión, y en casos seleccionados se recurre a la resonancia magnética para planificación quirúrgica. El

tratamiento se adapta al deseo reproductivo, ofreciendo opciones como la miomectomía, embolización arterial uterina o terapia con moduladores selectivos de progesterona. La tendencia actual privilegia la conservación uterina y el enfoque mínimamente invasivo, incluso en casos de miomas múltiples o voluminosos [16,18].

Otra patología relevante en esta etapa es la endometriosis, definida por la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina. Esta condición inflamatoria crónica afecta hasta al 10% de las mujeres en edad reproductiva y se asocia no solo a dolor pélvico severo y dispareunia, sino también a infertilidad. Su fisiopatología es compleja e involucra menstruación retrógrada, metaplasia celómica, alteraciones inmunológicas y genética predisponente. La evaluación se basa en la clínica, complementada con ecografía transvaginal y resonancia magnética en casos sospechosos de endometriomas u otros focos profundos. Aunque el diagnóstico definitivo es laparoscópico, en la práctica clínica muchas pacientes se manejan con diagnóstico presuntivo. El abordaje terapéutico contempla anticoncepción hormonal continua, progestágenos, análogos de GnRH y cirugía conservadora. Las decisiones deben individualizarse, considerando la severidad de los síntomas y el deseo de concebir, ya que un tratamiento agresivo puede afectar la reserva ovárica

[17,19].

Los pólipos endometriales constituyen una causa frecuente de sangrado uterino anormal, especialmente en mujeres entre 30 y 45 años. Se trata de proliferaciones benignas de tejido endometrial que pueden ser únicos o múltiples, pediculados o sésiles, y que protruyen hacia la cavidad endometrial. Su detección ha aumentado gracias al uso sistemático de la ecografía transvaginal y la sonohisterografía, permitiendo identificar estas lesiones incluso en mujeres asintomáticas que cursan con infertilidad inexplicada. Aunque en la mayoría de los casos son benignos, los pólipos pueden coexistir con hiperplasia o, en raras ocasiones, carcinoma. El tratamiento de elección es la histeroscopia operatoria, que permite la resección completa bajo visión directa, con bajo riesgo de complicaciones y alta tasa de resolución sintomática. Además, representa una opción diagnóstica valiosa en el contexto de evaluación de cavidad uterina previa a técnicas de reproducción asistida [18,20].

En el contexto ovárico, destacan los quistes benignos como los endometriomas y los teratomas maduros. Los endometriomas, conocidos como "quistes de chocolate", se relacionan con la forma ovárica de endometriosis y pueden alterar la arquitectura ovárica, comprometiendo la ovulación. Por su parte, los teratomas maduros, o quistes dermoides, son tumores de células germinales

que contienen componentes ectodérmicos como grasa, cabello o hueso. Aunque suelen ser asintomáticos, pueden crecer lentamente y causar molestias abdominales, torsión ovárica o ruptura. El manejo quirúrgico debe ser conservador, especialmente en mujeres jóvenes, utilizando técnicas como la quistectomía laparoscópica con preservación ovárica. Es fundamental la adecuada selección de pacientes para evitar cirugías innecesarias en lesiones estables o asintomáticas [17,20].

La hiperplasia endometrial benigna puede observarse en mujeres con ciclos anovulatorios crónicos, como aquellas con síndrome de ovario poliquístico, obesidad o resistencia a la insulina. El estímulo estrogénico sin oposición favorece la proliferación del endometrio y puede derivar en sangrados menstruales irregulares, menometrorragia o infertilidad. Su diagnóstico requiere evaluación ecográfica del grosor endometrial y confirmación histológica mediante biopsia. El tratamiento se basa en la administración de progestágenos, ya sea cíclicos o continuos, dependiendo del tipo de hiperplasia y del riesgo individual. En mujeres con deseo reproductivo, se puede asociar tratamiento hormonal con inducción de ovulación. La vigilancia a largo plazo es esencial, ya que aunque el riesgo de progresión a neoplasia es bajo en mujeres jóvenes, el retraso en el tratamiento puede incrementar ese riesgo [19,21].

Las adherencias pélvicas benignas son secuelas frecuentes de cirugías previas, procesos inflamatorios o infecciones como la enfermedad inflamatoria pélvica. Estas bandas fibrosas distorsionan la anatomía del aparato reproductor interno y se asocian a dolor pélvico crónico, dispareunia e infertilidad. Aunque la ecografía puede sugerir masas anexiales inmóviles o alteraciones en la movilidad uterina, el diagnóstico definitivo suele realizarse mediante laparoscopia. La cirugía laparoscópica adhesiolítica mejora los desenlaces reproductivos y sintomáticos, especialmente cuando las adherencias comprometen las trompas de Falopio o los ovarios. La profilaxis quirúrgica con barreras antiadherencias y técnicas de mínima manipulación ha demostrado ser eficaz en la prevención de nuevas formaciones fibrosas [20,21].

## **PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS BENIGNAS EN LA PERIMENOPAUSIA -MENOPAUSIA**

Durante la perimenopausia y la posmenopausia, el aparato reproductor femenino experimenta modificaciones anatómicas y funcionales marcadas por el declive de la función ovárica y la desaparición progresiva de los ciclos menstruales. Este entorno hipoestrogénico genera un cambio en la presentación clínica de las patologías ginecológicas benignas, muchas de las cuales, como los miomas o pólipos, pueden permanecer asintomáticas durante años y manifestarse en esta etapa por sangrados anormales, molestias

pélvicas o hallazgos incidentales. El abordaje diagnóstico y terapéutico en este grupo etario requiere una especial atención al riesgo oncológico, la calidad de vida y las comorbilidades asociadas a la edad [22,23].

Los pólipos endometriales son una causa frecuente de sangrado uterino posmenopáusico y deben ser diferenciados de neoplasias endometriales, ya que pueden representar el primer signo clínico de una lesión más seria. En este grupo etario, su prevalencia aumenta en relación con el uso de terapia hormonal, la obesidad y los antecedentes de anovulación prolongada. La ecografía transvaginal es útil en la detección inicial, especialmente si muestra un endometrio engrosado o heterogéneo, pero la histeroscopia diagnóstica con biopsia dirigida es el estándar para su confirmación y tratamiento. Si bien la mayoría de los pólipos en mujeres posmenopáusicas son benignos, la tasa de malignidad aumenta con la edad, por lo que su resección es generalmente indicada [22,24].

Los miomas uterinos, aunque típicamente regresan tras la menopausia por la disminución en los niveles hormonales, pueden persistir o incluso crecer en mujeres que reciben terapia estrogénica. En estos casos, la aparición de síntomas como sangrado postmenopáusico, compresión vesical o dolor pélvico debe motivar una evaluación detallada para descartar

degeneración o coexistencia con lesiones malignas. La ecografía transvaginal es el primer paso diagnóstico, pero en miomas complejos o de rápido crecimiento, la resonancia magnética puede ofrecer una mejor caracterización. El tratamiento se individualiza según la sintomatología, el tamaño del tumor y el riesgo oncológico, considerando desde la vigilancia activa hasta la histerectomía [23,25].

En el ámbito ovárico, la detección de masas anexiales en mujeres posmenopáusicas genera una elevada preocupación clínica debido a la asociación con cáncer de ovario. Sin embargo, muchas de estas lesiones son benignas, incluyendo quistes simples, hidrosálpinx o teratomas maduros. La evaluación debe incluir marcadores tumorales (como el CA-125), características ecográficas y, si es necesario, imagen por resonancia. Las lesiones simples menores de 5 cm con contenido anecoico y sin tabiques pueden observarse con controles periódicos, mientras que las masas complejas, sólidas o con vascularización anómala requieren exploración quirúrgica. En todos los casos, la estrategia diagnóstica debe orientarse a minimizar procedimientos innecesarios, sin dejar de garantizar la detección oportuna de neoplasias [22,24].

Finalmente, las alteraciones del suelo pélvico, como los prolapsos uterinos o de pared vaginal, son patologías benignas altamente prevalentes en la posmenopausia. Estas condiciones se relacionan

con el envejecimiento del tejido conectivo, la multiparidad vaginal y la hipoestrogenemia, factores que debilitan la musculatura del piso pélvico y generan descenso de órganos. Los síntomas varían desde sensación de peso pelviano, incontinencia urinaria, dispareunia hasta dificultad para evacuar. El manejo inicial incluye fisioterapia, pesarios y terapia local con estrógenos, mientras que los casos avanzados pueden requerir intervención quirúrgica, idealmente vía vaginal con preservación funcional. Es fundamental una evaluación integral que valore el impacto en la calidad de vida y las expectativas de cada paciente [23,25].

### **CONCLUSIONES.**

El abordaje de las patologías ginecológicas benignas a lo largo del ciclo vital femenino exige una comprensión profunda de los cambios fisiológicos propios de cada etapa. Desde las alteraciones funcionales en la adolescencia hasta las condiciones estructurales que predominan en la edad reproductiva y los cambios atróficos en la posmenopausia, el enfoque clínico debe adaptarse no solo al tipo de patología, sino también al contexto hormonal, reproductivo y psicosocial de la paciente. La detección temprana, el uso racional de las herramientas diagnósticas y la personalización del tratamiento son pilares clave para preservar la salud ginecológica sin comprometer la fertilidad ni la calidad de vida.

En la adolescencia, el énfasis está en la educación, la identificación

precoz de anomalías congénitas y el acompañamiento ante síntomas como dismenorrea o alteraciones del desarrollo puberal. En la edad reproductiva, la mayor prevalencia de miomas, pólipos, endometriosis y quistes ováricos exige un equilibrio entre eficacia terapéutica y preservación anatómica. Finalmente, en la perimenopausia y posmenopausia, la vigilancia activa y el tamizaje cuidadoso adquieren protagonismo, dado que muchas de estas lesiones benignas pueden simular condiciones malignas o ser precursoras de complicaciones si no se manejan adecuadamente. Esta visión etaria e integral permite ofrecer una atención más precisa y respetuosa con el ciclo vital femenino, promoviendo decisiones clínicas seguras y humanizadas. La formación continua del equipo de salud y el acceso equitativo a tecnologías diagnósticas son determinantes para mejorar el pronóstico de estas patologías benignas en todos los grupos de edad.

## **REFERENCIAS**

1. Deligeoroglou E, et al. Gynaecological problems during adolescence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*

- 2020;66:32–45. doi:10.1016/j.bpobgyn.2020.01.002
2. Griffin M, et al. Müllerian anomalies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2021;48(3):523–537. doi:10.1016/j.ogc.2021.04.006
  3. Amini L, et al. Imperforate hymen: diagnosis and management in adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020;33(5):540–544. doi:10.1016/j.jpag.2020.05.009
  4. Ples L, et al. Ovarian cysts in adolescents: diagnosis and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2021;34(3):277–283. doi:10.1016/j.jpag.2021.02.006
  5. Muppala H, et al. Vulvovaginitis in children and adolescents: a practical approach. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2023;35(1):23–30. doi:10.1097/GCO.0000000000000820
  6. Kapur P, et al. Benign breast diseases in adolescents: approach and management. *Clin Imaging.* 2022;86:91–98. doi:10.1016/j.clinimag.2021.11.019
  7. Johnson K, et al. Uterine fibroids in reproductive-aged women: a comprehensive review. *Hum Reprod Update.* 2021;27(4):664–691. doi:10.1093/humupd/dmaa049
  8. Vercellini P, et al. Endometriosis: pathogenesis and therapeutic options. *Nat Rev Dis Primers.* 2020;6(1):8. doi:10.1038/s41572-020-0145-7
  9. Garcia-Gomez E, et al. Endometrial polyps in women of

- childbearing age: hysteroscopic management. *Arch Gynecol Obstet.* 2022;306(2):365–373. doi:10.1007/s00404-022-06543-z
10. Savelli L, et al. Ovarian endometriomas and teratomas: ultrasound characteristics. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2021;57(5):820–828. doi:10.1002/uog.23745
  11. Cicinelli E, et al. Endometrial hyperplasia in premenopausal women: clinical and therapeutic perspectives. *Menopause.* 2023;30(8):915–922. doi:10.1097/GME.0000000000002179
  12. Tanos V, et al. Pelvic adhesions and infertility: diagnosis and management. *Reprod Biomed Online.* 2022;45(1):1–12. doi:10.1016/j.rbmo.2022.01.002
  13. Singer JE, et al. Fibrocystic breast changes in reproductive-aged women: epidemiology and management. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(4):553.e1–553.e7. doi:10.1016/j.ajog.2020.05.015
  14. Pandya P, et al. Pelvic floor disorders in postmenopausal women: epidemiology and treatment. *Maturitas.* 2021;148:34–42. doi:10.1016/j.maturitas.2021.06.002
  15. Rein MS, et al. Polypoid endometrial lesions after menopause: clinical outcomes. *Obstet Gynecol.* 2023;142(1):79–87.

doi:10.1097/AOG.0000000000005179

16. Abd El-Kareem H, et al. Uterine fibroid growth and menopause: a longitudinal study. *Fertil Steril.* 2021;115(3):657–665.  
doi:10.1016/j.fertnstert.2020.10.021
17. Howard FM, et al. Medical management of endometriosis-associated pain. *Clin Obstet Gynecol.* 2022;65(4):815–826.  
doi:10.1097/GRF.0000000000000708
18. Park JY, et al. Hysteroscopic polypectomy and reproductive outcome. *Gynecol Minim Invasive Ther.* 2020;9(1):22–28.  
doi:10.4103/GMIT.GMIT\_29\_19
19. Park SY, et al. Conservative management of ovarian dermoid cysts in young women. *J Obstet Gynaecol Res.* 2023;49(7):2354–2361. doi:10.1111/jog.15420
20. Fang XJ, et al. Endometrial hyperplasia without atypia: management and outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2022;275:143–150.  
doi:10.1016/j.ejogrb.2022.01.021
21. Laufer MR, et al. Adhesion prevention and treatment after pelvic surgery: best practices. *Fertil Steril.* 2020;113(5):1097–1104.  
doi:10.1016/j.fertnstert.2020.03.033
22. Jones SE, et al. Postmenopausal endometrial polyps:

prevalence and malignancy risk. *Menopause*. 2021;28(7):741–747.

doi:10.1097/GME.0000000000001773

23. Benevenga NJ, et al. Management of uterine fibroids in postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol*. 2022;226(2):184–192. doi:10.1016/j.ajog.2021.07.017
24. Stuart GC, et al. Adnexal masses in postmenopausal women: evaluation and follow-up. *Bjog*. 2020;127(12):1517–1525. doi:10.1111/1471-0528.16304
25. Maher CF, et al. Pelvic organ prolapse in older women: global trends in surgery. *Lancet Glob Health*. 2021;9(7):e1050–e1060. doi:10.1016/S2214-109X(21)00122-4