

Guía de recomendaciones para la  
**Atención integral  
de adolescentes**  
en espacios de salud amigables  
y de calidad

## **Autoridades**

### **Presidenta de la Nación**

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

### **Ministro de Salud**

Dr. Juan Luis Manzur

### **Secretario de Promoción y Programas Sanitarios**

Dr. Máximo Diosque

### **Subsecretario de Salud Comunitaria**

Dr. Guillermo Pedro González Prieto

### **Directora de Medicina Comunitaria**

Dra. Silvia Baez Rocha

### **Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia**

Dr. Fernando Zingman

Guía de recomendaciones para la

# **Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad**

## **Autores**

Los lineamientos generales de este documento fueron elaborados por un grupo de expertos convocados por el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PN-SIA) del Ministerio de Salud de la Nación y el Comité de Estudios Permanentes de Adolescencia (CEPA\*) de la Sociedad Argentina de Pediatría en los meses de Noviembre y Diciembre de 2010 en el marco del Proyecto para el desarrollo de Servicios Amigables para la Atención de Adolescentes, Convenio firmado por el Ministerio de Salud de la Nación, la Sociedad Argentina de Pediatría y Unicef Argentina

Coordinadores del proyecto: Dra. Patricia Goddard ; Dr. Enrique Berner (SAP)

**Expertos Redactores:** A.M.A.D.A, Lourdes Bascary, Fernanda Bellusci, Nilda Calandra, Fernanda Cohen, Juan Carlos Escobar, Andrea Julieta Franck, Alejandra Giurgiovich, Patricia Goddard, Gabriela Mayanski, Laura Milgram, Valeria Mulli, Nina Zamberlin, Carolina Szames.

El documento final fue compilado por la Dra. Patricia Goddard (SAP), la Dra. Andrea Franck (MSAL), el Dr. Fernando Zingman (MSAL) y el Dr Juan Carlos Escobar (MSAL).

**Expertos Revisores:** Enrique Berner, Viviana Medina, Graciela Morales.

**Colaboradores:** Gonzalo Agüero, Mirta Garategaray, María del Carmen Hiebra, Teresa D'Orsi, Fernanda Rava, Paula Real, Eduardo Rubinstein, Silvana Spatafora.

## **Corrección de Estilo**

Susana Drimer

## **Fotografía**

Agostina Chiodi. Bien al Sur Fotografía.

Las imágenes pertenecen a los encuentros de Adolescentes y Salud "Nada sobre nosotr@s sin nosotr@s" realizados durante 2011 en Jujuy y Santiago del Estero, Argentina.

## **Diseño Integral**

DCV Anahí Maroñas

---

## **\*CEPA**

**Secretaria:** Patricia Goddard

**Pro Secretaria:** Graciela Morales

**Vocales:** Viviana Medina, Mirta Garategaray, Valeria Mulli, Silvana Spatafora, Teresa D'Orsi, Enrique Berner.

# Índice

<b>La consulta con adolescentes: .....</b>	<b>43</b>
a) Entrevista	
b) Examen Físico	
<b>Consultas a tener en cuenta.....</b>	<b>66</b>
a) Ginecomastia Fisiológica	
b) Consultas relacionadas con el ciclo menstrual	
<b>Botiquín de anticonceptivos para adolescentes (recomendaciones de uso).....</b>	<b>75</b>
<b>Inclusión de la práctica del Test rápido de embarazo en la consulta de adolescentes .....</b>	<b>83</b>



# La consulta con adolescentes

“ Es recomendable que todo adolescente tenga una evaluación integral de su salud al menos 1 vez por año. En período de empuje puberal, y hasta un año posterior al mismo, cada 6 meses. ”

La consulta con adolescentes es diferente de la consulta pediátrica: puede presentarse solo o acompañado. En ambos casos, el equipo debe garantizar el acceso al sistema, respetando el derecho a la salud, a la autonomía y a la confidencialidad del joven. El adolescente, como sujeto de derechos, cuenta con las mismas garantías que los niños y los adultos durante la consulta.

Los siguientes procedimientos se recomiendan con el fin de garantizarle una adecuada atención:

- Iniciar la consulta con la presentación mutua del profesional, el paciente y sus acompañantes, si los hubiere. Preguntarle cómo quiere ser llamado y su edad. Si hubiere acompañante/s, en calidad de qué se presentan (progenitor, pareja, persona de confianza).
- Informar acerca de los derechos que asisten al paciente. Explicitar el derecho a la confidencialidad. Ello puede distender la consulta y reforzar la confianza entre el profesional y el paciente.
- Aclarar que el compromiso de confidencialidad no es recíproco, que sólo es obligación del trabajador de la salud.
- Los autores de esta Guía sugieren el uso de la siguiente notificación de confidencialidad durante la consulta.

*“Es importante que sepas que por la legislación vigente todo lo que conversemos durante la consulta está incluido dentro de las obligaciones del Secreto Médico. Esto significa que no podré contarle a nadie, fuera del ámbito salud, lo que aquí hablemos. Vos sí podrás comunicar todo lo que ocurra durante la consulta.*

*Existen pocas excepciones al Secreto Médico y están relacionadas, entre otras, a que tu integridad se encuentre en riesgo grave e inminente.*

*En estos casos excepcionales agotaré las posibilidades para que seas vos quien se comunique con tu adulto de confianza, de no poder ser así deberé hacerlo yo.”*

*Fuentes: Convención de los derechos del Niño/ Ley 26061 / Ley Derechos del paciente 26529*

- Las normas deben ser claras tanto para los/ las adolescentes, como para sus padres.
- Debe garantizarse que al menos una parte de la entrevista se lleve a cabo a solas con el adolescente, si éste así lo desea.

- Recordar que el protagonista de la consulta es el adolescente, por lo que debe estar al tanto de lo hablado con los padres.
- Propiciar el diálogo entre el adolescente y su familia; la participación activa de los/ las adolescentes no excluye a los padres. La buena comunicación entre el adolescente y su familia es parte de su salud integral.

Si durante una consulta usted pesquisara situación de riesgo de vida inminente para el adolescente deberá buscar la estrategia más conveniente para dar intervención a los padres o adultos responsables teniendo siempre presente el interés superior del joven.

#### **Ante esta situación, se recomienda**

- Comunicar al adolescente la conveniencia de informar a un adulto responsable de su cuidado acerca de la problemática, y acordar la forma de hacerlo (con la participación del trabajador de salud o sin él, el contexto, lugar, momento, etc)
- Postergar la información a los padres o adultos responsables hasta lograr el consentimiento del adolescente, siempre y cuando las circunstancias lo permitieran.
- Ofrecer un contacto previo con otro adulto referente, a elección del adolescente.
- Realizar el seguimiento correspondiente, particularmente en los casos en que se presuma una reacción familiar violenta.

#### **En relación al diagnóstico y tratamiento:**

- Explicarle claramente las instancias diagnósticas.
- La conveniencia del tratamiento, sus aspectos favorables y desfavorables y otras alternativas.
- Promover la participación del adolescente en la toma de decisiones teniendo en cuenta el interés superior del mismo y la autonomía creciente.

## La historia clínica

Los datos recogidos deben consignarse en la historia clínica que es propiedad del paciente. Se recomienda utilizar el instrumento Sistema Informático del Adolescente (SIA) desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP OPS/OMS) para el abordaje integral con enfoque de riesgo, que permite registrar los factores de riesgo y los factores de protección.

## Historia Clínica: Entrevista

### Objetivos

- Identificar el o los motivos de consulta: área biológica, área psicológica, área social, etc.
- Identificar quién solicita la consulta: el adolescente, los padres, los hermanos, la escuela.
- Establecer cómo el adolescente está manejando la situación que genera la consulta.
- Identificar los apoyos con los que cuenta en su entorno.

**La anamnesis se realiza en base a tres fuentes principales de información: lo que relata el adolescente, lo que relata su padre, madre/acompañante y la interacción entre ambos.**

Cuando los motivos de consulta no coincidan, será necesario escuchar a todos y respetar las distintas percepciones, pero sin perder de vista que el paciente es el adolescente y que el deber de asistencia y confidencialidad del profesional es para con él.

### La entrevista con el adolescente

- Es necesario respetar su voluntad si quiere hacer la entrevista a solas o acompañado. De ser negativa, se promoverá el encuentro profesionales/padres.

### La entrevista con los padres

- Si los padres concurren a la consulta es importante incluirlos en algún momento previa autorización del adolescente.
- Puede ser el momento de recabar los antecedentes familiares.
- El aporte de antecedentes personales y familiares y la historia psicosocial del adolescente que traen los padres, facilita el enfoque evolutivo y la visión del entorno.

### La entrevista con el adolescente y sus padres

- La interacción adolescente-padre/madre es un importante aporte diagnóstico y pronóstico.



A continuación se presentan algunas preguntas orientativas basadas en la Historia Clínica SIA. Cada profesional evaluará la pertinencia, el momento y modo de realizarlas, teniendo en cuenta que no es necesario recabar toda la información en la primera entrevista.



### Antecedentes Familiares

Estructura familiar. Diagrama familiar.

- Incluir tres generaciones y nuevas parejas de los padres.
- ¿Cómo está compuesta la familia?
- ¿Con quién convive? ¿Dónde?

#### Nivel socioeconómico de la familia

- Tipo de vivienda (¿Cómo es la casa donde vive?, ¿De qué son los techos, los pisos?)
- Hacinamiento (¿Cuántos cuartos tiene?, ¿Cuántas personas viven en la casa?)
- Provisión de agua y eliminación de excretas.
- Tipo de empleo de los padres. Ingreso familiar.
- Nivel educativo de los padres.

#### Percepción del adolescente de su relación familiar

- ¿Se siente escuchado, protegido, acompañado, aceptado?
- ¿Se siente rechazado, ignorado?
- ¿Cómo es la relación con su familia la mayor parte del tiempo?, ¿Cómo lo tratan?
- ¿Cómo trata a los demás?

#### Antecedentes de salud de la familia

- Problemas psicosociales o clínicos que hayan requerido tratamiento.
- ¿Hay problemas de salud crónicos, por ejemplo, hipertensión, diabetes o tuberculosis?, ¿Cirugías?
- ¿Causa de muerte de los familiares más directos?
- ¿Alguien en su familia ha tenido problemas por consumo de alcohol y/o drogas, psicofármacos, violencia, problemas legales? ¿Hay antecedentes de suicidios o intentos de suicidio?

#### Antecedentes Personales

- Presencia de enfermedades en la niñez.
- Antecedentes de cirugías y/o traumatismos.
- Presencia de patologías crónicas.
- Uso de medicación (actual o anteriormente)
- Constancia de Inmunizaciones.

#### Inmunizaciones

Los/ las adolescentes que no han recibido vacunación alguna o los que han perdido la constancia de las inmunizaciones deben ser considerados susceptibles y deben recibir:

- ✓ **TRIPLE O DOBLE VIRAL:** 2 dosis (intervalo mínimo: 1 mes)
- ✓ **DOBLE ADULTOS:** 2 dosis + refuerzo (intervalo mínimo: 0 – 1 – 12 meses)
- ✓ **HEPATITIS B:** 3 dosis.
- ✓ **OPV:** 3 dosis

Los esquemas incompletos se continúan a partir de la última dosis recibida, nunca se reinician. Lo importante es el número total de dosis recibidas y no el intervalo transcurrido entre ellas. No hay intervalos máximos, pero sí mínimos entre vacunas.

- ✓ **ANTITETÁNICA - ANTIDIFTÉRICA (DT, DOBLE ADULTOS):** Se aplicará a las embarazadas con esquema incompleto o desconocido como esquema básico o refuerzo (según corresponda) a partir del quinto mes o cuarenta días antes de la fecha probable del parto.  
Se indicará el resfuerzo a los 16 años a aquellos adolescentes que hayan cumplido 11 años antes del 2009.
- ✓ **VACUNA TRIPLE ACELULAR (DTAP):** Vacunación de adolescentes de 11 años (y de aquellos que hayan cumplido 11 años a partir de 2009).
- ✓ **VACUNA TRIPLE VIRAL (SARAMPIÓN, RUBÉOLA, PAPERAS):** 1 dosis de vacuna antisarampionosa (doble o triple viral), si no certifican el siguiente esquema de vacunación<sup>1</sup>:  
De 13 meses a 14 años DOS DOSIS de vacuna.  
De 15 a 50 años, certificar la aplicación de UNA DOSIS de vacuna durante las campañas de vacunación sarampión-rubéola en adultos (2006 al 2009).  
**Contraindicaciones:** Embarazo, Inmunodeficiencias.
- ✓ **VACUNA BIVALENTE HPV:** El Ministerio de Salud de la Nación incorporó esta vacuna a partir del año 2011 al calendario nacional. Indicada para todas las niñas de 11 años: 3 dosis conforme a un calendario de 0, 1 y 6 meses.



Para ampliar conceptos remitirse a Normas Nacionales de Vacunación del Ministerio de Salud de la Nación.

[www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/Normas08.pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/Normas08.pdf)

## Aspecto Psicológico

### Autonomía

- Capacidad de tomar decisiones, asumir responsabilidades, independencia de los padres y de mantener vínculos extrafamiliares.
- Observación del comportamiento durante la consulta (autonomía, autodeterminación, suficiencia, etc.)
- ¿Qué decisiones toma solo?, ¿Qué decisiones le gustaría tomar y sus padres aún no lo dejan?
- Identificación de referentes y confidentes.

### Capacidad de influir sobre el resultado de alguna situación

- Identificación de la capacidad de percibir si son parte del problema o por el contrario, todo se debe a factores externos. Cómo actúa frente a un problema.

### Autoconocimiento, autoestima y auto percepción

#### Identificación de autoconcepto y autovalorización

- ¿Cómo se siente frente a los demás?
- ¿Cómo se define a sí mismo, teniendo en cuenta sus habilidades en el estudio, sociales, deportivas, artísticas?

## Educación

### Rendimiento escolar

- ¿Va a la escuela?
- ¿Cómo le está yendo?, ¿Asiste regularmente?
- ¿Cursa el año que le corresponde para su edad?, ¿Repitió algún curso?, ¿cuándo?
- ¿Qué dificultades tiene?
- ¿Pretende continuar estudiando o no?

### Vínculos en la escuela

- ¿Cómo es la relación con los compañeros y/o docentes?
- ¿Se siente aceptado, querido, rechazado, ignorado?

### Satisfacción escolar

- ¿Le gusta la escuela? ¿Le gusta o no ir?
- ¿Qué es lo que no le gusta de la escuela?

### Trabajo

- ¿A qué edad empezó a trabajar?
- ¿Qué horario tiene? Características y seguridad en el trabajo.
- ¿Grado de cumplimiento?
- ¿Cómo se relaciona con sus compañeros y jefes?
- ¿Se siente aceptado, querido, rechazado, ignorado?, ¿Le gusta lo que hace o no?

## INDICADORES DE RIESGO

- Precocidad en la edad de inicio.
- Horario que interfiere con actividades sociales y educativas.
- Falta de condiciones legales y/o condiciones de bioseguridad.

### Red social

#### Actividades e integración social

- Qué hace en su tiempo libre?
- ¿Practica deportes, va a fiestas, bailes, actividades artísticas o culturales, o alguna otra fuera de la escuela?
- ¿Tiene algún tipo de práctica religiosa?, ¿Participa de algún voluntariado?
- ¿Con quién se relaciona bien?, ¿Con quién se relaciona mal?

#### Reconocimiento social

- ¿Cómo es la relación con sus compañeros?,
- ¿Se siente aceptado, querido, rechazado, ignorado?
- ¿Tiene algún chico/a con quien sale o se siente atraído/a?
- ¿Tiene algún amigo a quien le cuenta sus cosas?

#### Referente adulto

- ¿Tiene algún adulto con quien comparte sus alegrías y problemas?

## INDICADORES DE RIESGO

- Aislamiento excesivo y ausencia de relaciones íntimas pueden ser indicadores de depresión.

### Sexualidad

#### Relaciones sexuales: Si/ No (vaginales, anales, orales)

- Edad de inicio.
- Tipo de relaciones sexuales (hetero, homo, ambas.)
- Número de parejas sexuales.
- Relaciones bajo coerción, situaciones de abuso.
- Dificultades en las relaciones sexuales (dispareunia, disfunciones sexuales, etc.)

## RECOMENDACIÓN GENERAL

- Al preguntar no de por supuesta la orientación sexual del adolescente, por ej: aconsejamos preguntar ¿tenés pareja? y no ¿tenés novia? en el caso de un varón.



Uso de métodos anticonceptivos (cuáles, uso correcto, uso en todas las relaciones.)

Necesidad de consejería.

## Anamnesis alimentaria

### Hábitos alimentarios

- ¿Cómo se alimenta?
- ¿Cuántas comidas realiza por día? ¿Cuántas en familia?
- Características de las ingestas, ¿Están presentes todos los grupos de alimentos? ¿Refiere restricciones y/o excesos?
- Comensalidad: cómo comen, dónde, con quién, en qué contexto.

### RECOMENDACIONES GENERALES



- ✓ Favorecer las comidas en familia.
- ✓ Confeccionar un esquema ordenado de comidas adaptado a los horarios del adolescente.
- ✓ Promover el consumo de agua como bebida principal.
- ✓ Priorizar el consumo de frutas y verduras diariamente, lo ideal es entre 3 y 5 porciones al día.
- ✓ Indicar al menos 3 porciones de lácteos por día.
- ✓ Al menos 1 vez al día deberían consumir un alimento proteico de alto valor biológico y de hierro (ej: carnes magras o legumbres).
- ✓ Favorecer el consumo de panes y cereales integrales.
- ✓ Promover la actividad física aeróbica

## Imagen corporal

La imagen corporal es un aspecto complejo y central del desarrollo de la identidad. Es definida como la imagen que se tiene de uno mismo y el sentimiento que despierta el cuerpo en un sujeto en particular. En esta imagen influye, toda la historia previa y, también, las actitudes familiares y culturales.

Introducir el tema en la consulta preguntando

- ¿Qué opinas de tu apariencia física y de tu cuerpo?
- ¿Tenés alguna pregunta acerca de tu apariencia o tu cuerpo?
- ¿Estás conforme con tu apariencia?
- ¿Tenés algún plan de ejercicios? ¿Para qué?

- ¿Estás realizando algún tipo de dietas? ¿Usás algún suplemento dietario?

#### CUANDO UN ADOLESCENTE EXPRESA DISGUSTO CON SU ASPECTO CORPORAL ES NECESARIO DIFERENCIAR NORMALIDAD DE ENFERMEDAD

- Mostrar los percentilos en el cual se halla su peso y estatura a través de las tablas.
- Hablar del concepto de peso adecuado según sexo, edad y talla.
- Señalar la importancia de un estilo de vida saludable, que incluye hábitos de sueño, de alimentación y de actividad física adecuados.

Si hubiere algún indicio de distorsión de la imagen corporal, se deberá profundizar en la evaluación a fin de detectar algún trastorno de la conducta alimentaria.

### Detección de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Comprenden un grupo heterogéneo de enfermedades psiquiátricas caracterizadas por alteraciones en los hábitos de alimentación y/o en comportamientos relacionados con el control del peso, que comprenden tres categorías: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastornos de la conducta alimentarias no especificada (TANE).

#### CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso/a, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea.
- Especificar el tipo
  - **Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas; sino que restringe la ingesta calórica.
  - **Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

## CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVIOSA

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento
  - (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

## TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO (TANE)

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a aquéllos que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Es un diagnóstico realizado con frecuencia en adolescentes.

Pueden ser:

- Dietantes crónicos.
- Empleo regular de medidas compensatorias.
- Trastorno por atracón
- Masticar y expulsar.

### Hábitos de Consumo

- La entrevista debe ser dirigida, con escucha activa y no recriminatoria, ofreciendo un espacio de confianza, y evitando términos científicos.
- Evaluar si consume alguna sustancia.
- Características del consumo:
  - Sustancia/s.
  - Momento de inicio.
  - Motivación para el consumo.
  - Frecuencia de consumo, cantidad y vía de administración. Frecuencia de consumo en exceso.
  - Necesidad de aumentar dosis, necesidad de pagar para adquirir sustancia, intentos de dejar.
  - Conductas de riesgo relacionadas al consumo de la sustancia (lesiones, conducción de vehículos bajo efectos del consumo, relaciones sexuales sin protección, etc.).

### Consumo de alcohol

- ¿Bebe?, ¿A qué edad comenzó?
- ¿Qué tipo de bebida alcohólica consume?
- ¿Qué cantidad? ¿Con qué frecuencia?  
¿Frecuencia de consumo en exceso?
- ¿Condujo algún vehículo bajo consumo de alcohol?

### Consumo de sustancias psicoactivas

- ¿Consume o ha consumido alguna vez algún tipo de sustancia psicoactiva? ¿Cuáles?
- ¿Hay consumo de sustancias en la escuela?
- ¿Qué piensa sobre su uso?
- ¿Qué hacen él o ella y sus amigos al respecto? ¿Le parece un problema?
- Evaluar si el consumo ha producido cambios en los siguientes aspectos: hábitos personales, vínculos con sus pares y familia, estados de ánimo, rendimiento académico (problemas de conducta, materias reprobadas, problemas con profesores, suspensiones, expulsiones).

#### CAMBIOS DE CONDUCTA

- Apatía prolongada, ausencia de proyectos
- Mentiras reiteradas
- Intolerancia a la frustración
- fracasos escolares / laborales
- Problemas legales / robos
- Promiscuidad

#### SIGNOS CLÍNICOS ASOCIADOS AL CONSUMO, SEGÚN TIPO DE SUSTANCIAS

- Disminución de peso: cocaína, anfetaminas, MDMA (éxtasis)
- Hipertensión arterial: cocaína, anfetaminas, MDMA
- Ojo rojo, inyección conjuntival: marihuana
- Miosis: Benzodiacepinas, alcohol, opioides
- Midriasis: cocaína, anfetaminas, MDMA, atropina y alucinógenos
- Dolor torácico: cocaína y derivados anfetamínicos, hidrocarburos
- Hemoptisis: pasta base e inhalantes
- Sibilancias: pasta base e inhalantes
- Huellas de punción: uso endovenoso de sustancias

### Hábito de fumar

- ¿Fuma? ¿Cuánto fuma?
- ¿A qué edad comenzó?

## Consejo conductual breve para cesación tabáquica

Una vez identificado el fumador, el simple consejo de dejar de fumar, incrementa las tasas de cesación, constituyéndose en una estrategia muy sencilla que demanda poco tiempo.

### Intervenciones en los fumadores que no están listos para dejar de fumar



- Proveer información sobre buenas razones para dejar de fumar e intentar conectarlas con los síntomas que presenta el paciente.
- Resaltar aquellos riesgos relevantes para el fumador; se debe informar sobre el riesgo agudo y en el largo plazo; el riesgo para el medioambiente y para los convivientes.
- Señalar los beneficios del cese de tabaquismo, jerarquizando las prioridades del paciente.
- Evaluar los obstáculos para abandonar, ofreciendo respuestas y alternativas de solución al temor al fracaso, al exceso de peso, a la pérdida del placer de fumar, etc.
- Indagar sobre intentos anteriores de cesación y causas de fracaso.

### Intervenciones en los fumadores que están listos para dejar de fumar



- La intervención psico-social (al menos en un formato breve) es eficaz para la cesación y debe ofrecerse al 100% de los fumadores listos para dejar de fumar.
- Puede ser brindada por cualquier profesional de la salud.
- Demandan poco tiempo de la práctica clínica asistencial: 3 a 5 minutos por consulta.
- Puede utilizarse con toda la población fumadora independientemente del sexo, edad y nivel de adicción a la nicotina.
- Están constituidas por 5 componentes:
  - ▶ Conocer el estatus de fumador, registrarlo y actualizarlo en cada consulta.
  - ▶ Realizar consejo antitabáquico claro.
  - ▶ Evaluar el nivel de motivación (o etapa de cambio de la dependencia).
  - ▶ Elaborar un programa de tratamiento
    - Fecha de abandono
    - Intervención psicossocial
  - ▶ Elaborar un plan de seguimiento
- La adolescencia es una contraindicación para la intervención farmacológica.

Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.



[www.msal.gov.ar/hm/site\\_tabaco/info-prof.asp](http://www.msal.gov.ar/hm/site_tabaco/info-prof.asp)

Al igual que con la entrevista, el orden y la amplitud con que se explore cada sistema deben ser modificados según las circunstancias y el motivo de consulta.

## a) Aspecto general

Deberá observarse:

- **Biotipo.**
- **Piel y mucosas:** palidez, acné, manchas hipo o hiperocrómicas, infecciones, presencia de cicatrices, piercings y tatuajes.
- **Vello:** distribución, características.

## b) Crecimiento

La evaluación del crecimiento se realiza mediante la valoración del peso, talla, índice de masa corporal y velocidad de crecimiento, con sus respectivos percentilos. Se utilizarán como referencia los gráficos de percentilos elaborados por el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría.



<http://www.sap.org.ar/prof-percentilos.php>

### Peso

Evaluación en balanza con pesas, con el/la adolescente descalzo, y con la menor cantidad de ropa posible (tener en cuenta el pudor de algunos adolescentes).

### Talla

Evaluación con el adolescente descalzo, con pies juntos, erguido y de espaldas al estadiómetro, con los hombros relajados y en inspiración profunda.

### Velocidad de crecimiento de talla

Se medirá en dos consultas sucesivas con intervalo no menor de 3 meses y no mayor de 18 meses.

Se calcula según la fórmula:  $V = e / t$

Donde:

**V:** velocidad de crecimiento expresado en cm/año.

**e:** diferencia de cm entre dos estaturas correspondientes a dos mediciones separadas por un intervalo igual o mayor a tres meses.

**t:** intervalo de tiempo transcurrido entre dos mediciones, calculado en términos de decimales de año.

La velocidad de crecimiento se considera normal cuando se ubica entre los percentilos 10 y 90 de las tablas de referencia.



A través de ella se observa un rápido crecimiento en los primeros años de vida, luego un crecimiento más lento desde los 4 años hasta el empuje puberal, en que vuelve a acelerarse el crecimiento para luego ir disminuyendo hasta



llegar a la estatura final.

#### Ejemplo:

Paciente varón que nació el 14/ 09/ 90.

Primera medición del 5 de diciembre de 2.004 = 152,5 cm.

Segunda medición del 27 de junio de 2005 = 156,5 cm.

La edad decimal se calcula restando la fecha decimal del día de nacimiento a la fecha decimal del día de control. A partir del año 2.000, los años se denominan 2.000 = 100; 2.001 = 101; los años anteriores al 2.000, para simplificar los cálculos, se denominan por sus últimas dos cifras, esto es 1.998 = 98. Para obtener las fechas decimales se usa como número entero el año calendario correspondiente y, como fracción de año, las cifras del cuadro adjunto correspondientes al mes y día considerados. (Ver Anexo)

Edad de la primera medición expresada en términos decimales de año =  $2.004,926 - 1.990,701 = 14,225$  años (o bien:  $104,926 - 90,701$ )

Edad de la segunda medición =  $2.005,425 - 1990,701 = 14,724$  años.

El tiempo transcurrido entre ambas mediciones es de 0,499 año.

La diferencia entre ambas mediciones es de 4 cm.

Como  $V = 4 / 0,499$ , la velocidad de crecimiento es de 8,01 cm/ año.

**Esta velocidad de crecimiento debe graficarse en la tabla correspondiente en la edad central respecto de las dos mediciones, esto es 14,47 años.**



Si el valor de la talla del adolescente coincide con su carril genético, y de la clínica no surgen datos positivos que obliguen a estudiar otros aspectos, su crecimiento se evaluará como normal.

## Baja Talla

Se define así cuando el valor de la Talla/Edad se encuentra por debajo de -2DS o <percentilo 3, de la media para edad y sexo. Existen variantes normales: Talla Baja Familiar y Retardo Constitucional del Crecimiento. Será patológico cuando el valor de la Talla/Edad sea -3DS de la media.

### Variantes Normales

- **Baja Talla Familiar**
  - ▶ Antecedentes familiares de talla baja.
  - ▶ Adolescente sano, con proporciones armónicas.
  - ▶ Talla normal al nacimiento.
  - ▶ Velocidad de crecimiento: en niveles bajos hasta los 3 años, y luego normal.
  - ▶ Edad Ósea acorde con Edad Cronológica (EO=EC).
  - ▶ Inicio de la pubertad a edad normal
  - ▶ Talla final baja, consistente con la talla de los padres (Talla genética).
- **Retardo Constitucional del Crecimiento**
  - ▶ Antecedentes familiares de retardo de crecimiento y pubertad tardía en los padres, más frecuente en los varones.
  - ▶ Talla normal al nacimiento.
  - ▶ Retardo del crecimiento longitudinal hasta los 2 años, luego normal bordeando los -2DS de la media.
  - ▶ Velocidad de crecimiento normal durante la infancia.
  - ▶ Retardo en la maduración ósea (EO<EC) y dental.
  - ▶ Inicio tardío de la pubertad (mayor a 13 años en mujeres, y 14 en varones).
  - ▶ Alcanza una talla adulta a edad tardía, en la mayoría de casos normal, con retraso de 2-4 años respecto a la media.

**Índice de masa corporal (IMC):**  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$

### Circunferencia de cintura

Es una medida indirecta de adiposidad de distribución central. Se debe medir toda vez que el Pc de IMC sea igual o mayor a 85. Para su medición se debe contar con cinta métrica inextensible y flexible.

**Técnica de medición:** El paciente se debe encontrar con el torso desnudo, de pie y con los brazos relajados al costado del cuerpo. El médico se ubicará frente al paciente y lo rodeará con la cinta métrica a nivel del borde superior de cresta ilíaca, obteniendo el resultado en centímetros.

El resultado se cotejará con las tablas de percentilos que se adjuntan en Anexos.

### Utilidad:

- Evaluar respuesta terapéutica al tratamiento de la obesidad en adolescentes conjuntamente con el peso corporal.
- Evaluar el riesgo de síndrome metabólico.

**Bajo Peso:** se define así cuando el percentilo de IMC es <10.

**Sobrepeso:** cuando el percentilo del IMC se encuentra entre 85 y 94.

**Obesidad:** cuando el percentilo de IMC es >95.

### c) Desarrollo puberal



La pubertad es el proceso en que los niños se transforman en personas sexualmente maduras, capaces de reproducirse. Comienza con los primeros cambios puberales y finaliza con la adquisición de la capacidad de reproducirse y con el cese del crecimiento somático.



Existe una gran variabilidad en el inicio, duración y culminación de los eventos, sin embargo, la secuencia de los mismos sigue un patrón común.



#### PUBERTAD EN LAS MUJERES

- Ocurre entre los 8 y 16 años aproximadamente.
- Primer hito: aparición del botón mamario (M 2 de Tanner )
- Luego y/o al mismo tiempo, el vello pubiano (VP 2 de Tanner.)
- Aceleración del crecimiento (Tanner M 2). Pico máximo de crecimiento alrededor de los 12 años (intervalo: 10-14 años) precediendo a la menarca en 6 meses.
- Menarca Tanner M 3- 4 (Promedio: 12,5) o a los 2 después de la telarca.
- Desaceleración del crecimiento (Tanner M 4). Luego de la menarca pueden crecer entre 3 y 7 cm más en los tres años subsiguientes.

Para que la menarca tenga lugar, las mujeres necesitan que un 17% de su peso corporal este constituido por masa grasa y, para una ovulación adecuada, necesitan un 22% de grasa corporal. Es importante conocer este dato para no fomentar dietas a adolescentes que no las necesitan.



#### PUBERTAD EN LOS VARONES

- Ocurre entre los 9 y los 17 años aproximadamente.
- Primer hito: Aumento del volumen testicular ( $\geq 4\text{cc}$ ) (Tanner G 2) (entre los 9,5 y 13,5 años. Promedio: 11,5).
- Luego crece el pene y aparece el vello pubiano (VP 2 de Tanner).
- Sigue la primera eyaculación (espermarca) (Tanner G 3-4) (entre los 12 y 16 años aproximadamente).
- La aceleración del crecimiento coincide con Tanner G 4.

### Información para los y las adolescentes

- Tranquilizar a la/el adolescente en cuanto a la normalidad de de los eventos puberales que presenta.

- Brindar información acerca de los cambios psicológicos y sociales que acompañan los cambios puberales,
- Explicar en qué momento del desarrollo está y la normalidad de los cambios observados
- Anticipar los cambios que faltan para completar el desarrollo.
- Señalar que no todas las personas crecen ni se desarrollan a la misma edad ni al mismo ritmo, por lo cual las diferencias en la talla y aspecto físico deben interpretarse de acuerdo al momento del desarrollo en el que se encuentra cada uno y su genética.
- Brindar oportunidad de formular preguntas.
- Recomendar la continuidad de los controles. Si se han detectado alteraciones se le explicará la necesidad realizar una evaluación adicional y en qué consiste la misma.

### Evaluación: Estadios de Tanner

Para cada sexo se evalúa por separado mamas (M) y vello púbico (VP) en las mujeres, y genitales (G) y vello púbico (VP) en los varones.

Tabla 1. Estadios de Tanner en mujeres		
Estadio	Vello pubiano (VP)	Mamas (M)
I	Preadolescente. No hay vello púbico.	Preadolescente. No hay mama.
II	<b>Pubarca:</b> aparece vello escaso, ligeramente pigmentado, lacio, en el margen medio de los labios mayores.	<b>Telarca:</b> aparece el <b>botón mamario*</b> ; areola y pezón se elevan ligeramente. <b>Inicio de pubertad en mujeres.</b>
III	Vello más oscuro, comienza a rizarse, aumenta en cantidad y grosor.	La mama y la areola crecen, no existe separación de contornos.
IV	Burdo, rizado, pigmentado, abundante, no llega hasta cara interna de muslos.	Areola y pezón forman una elevación secundaria con respecto al resto de la mama.
V	Triángulo femenino de adultas, límite superior horizontal, lateralmente llega hasta raíz de miembros inferiores.	Mamas adultas. La areola integra el contorno de la mama, el pezón se proyecta sobre la mama.

*Modificado de referencia 5 Chipkevitch E. Clinical assessment of sexual maturation in adolescents. J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (Supl. 2): S135-S142.*

*\*Se detecta inicialmente solo por palpación.*

Tabla 2. Estadios de Tanner en varones

Estadio	Vello pubiano (VP)	Genitales (G)
I	Preadolescente. No hay vello púbico.	Preadolescente
II	<b>Pubarca:</b> aparece vello escaso, ligeramente pigmentado, lacio, en la base del pene.	<b>Gonarca:</b> testículos aumentan de tamaño ( <b>volumen &gt;4ml</b> )*, escroto rosado (por aumento de vascularización), inicio de aspecto rugoso. <b>Inicio de pubertad en varones.</b> <b>Pene:</b> similar a estadio prepuberal.
III	Vello más oscuro, comienza a rizarse, aumenta en cantidad y grosor.	<b>Escroto</b> aumenta rugosidad, comienza pigmentación (oscurecimiento de la piel escrotal). Aumento testicular. <b>Pene:</b> aumenta de tamaño a predominio de su longitud
IV	Burdo, rizado, pigmentado, abundante, no llega hasta cara interna de muslos.	Aumenta aún más la rugosidad y pigmentación del escroto. <b>Aumento testicular.</b> <b>Pene:</b> el tamaño aumenta en diámetro, se desarrolla el glande.
V	Distribución tipo adulto, lateralmente llega hasta raíz de miembros inferiores.	Desarrollo completo de genitales, apariencia adulta.

Modificado de referencia 5 Chipkevitch E. *Clinical assessment of sexual maturation in adolescents. J Pediatr (Rio J)* 2001; 77 (Supl. 2): S135-S142.

\*Se detecta inicialmente solo por palpación.

### Volumen testicular

Se utilizará el orquidómetro de Prader que permite comparar el volumen en centímetros cúbicos, con un modelo de madera u otro material. El volumen testicular se utiliza para evaluar maduración sexual en varones (es complementario al EMS de Tanner) y para diagnóstico o control en pacientes con patología testicular, por ejemplo: varicocele, tumor testicular, orquidopexia. Se deben medir ambos testículos. Cuando no se dispone de orquidómetro se puede realizar medición con regla del eje mayor del testículo. En la Tabla 3 se muestran la relación entre EMS, volumen testicular y medición de eje mayor del testículo.

**Tabla 3.** Correlación entre Estadios de Maduración Sexual (EMS), volumen testicular y medición del eje mayor de los testículos en varones.

EMS	Volumen testicular	Medición de eje mayor de los testículos
G I	< 4 ml. Estadio prepuberal	< 2 cm
G II	4-6 ml. 4 ml = inicio de pubertad en varones	≥ 2,5 cm = inicio de pubertad en varones
G III	> 6 y < 10 ml	≥ 3 cm
G IV	> 10 y < 15 ml	≥ 4 cm
G V	> 15 ml	≥ 5 cm

Modifica referencia 7- IMAN Servicios: Normas de Atención de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades. Capítulo: Formularios y Tablas: 194-209. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2005.



En los casos en que se sospeche alteración del desarrollo puberal se completará la evaluación inicial con la solicitud de Edad ósea.

### Ateraciones del desarrollo puberal

**♀ PUBERTAD TARDÍA EN MUJERES**

- Ausencia de botón mamario (Tanner 2) en una adolescente mayor de 13.3 años.
- Ausencia de menarca a los 16 años.
- Luego de 5 años de iniciados, los cambios puberales no se han completado.

**♂ PUBERTAD TARDÍA EN VARONES**

- Ausencia de crecimiento testicular (Tanner 2) en varón mayor de 13,5 años.
- Luego de 5 años de iniciados los cambios puberales no se completan.

**PUBERTAD PRECOZ**

- Desarrollo de las características sexuales secundarias antes de los 8 años de edad en la mujer y antes de los 9 años en el varón.

### d) Cabeza, boca y cuello

**Bucodental:** Estado de encías y piezas dentarias, implantación dentaria, maloclusión, tipo de respiración.

**Palpación de la tiroides, cadenas ganglionares de cuello y supraclavicular.**

## e) Ojos y oídos

### VALORACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL MEDIANTE LA PRUEBA DE SNELLEN (LETRAS Y NÚMEROS)

El paciente debe estar sentado a 3 metros de distancia de la tabla. Si usa anteojos debe ser evaluado con ellos. Se debe asegurar la oclusión total del ojo no evaluado por medio de un parche o sostenido por el examinador. Se considera correcto si nombra cuatro de seis símbolos de cada línea.

Se considera normal una agudeza visual de 9-10/10 en ambos ojos. Si la visión es menor en alguno de ellos o existe 2/10 de diferencia entre ambos, se debe derivar al oftalmólogo.

**Fondo de ojo, en los casos que esté indicado.**

**Valoración de la agudeza auditiva. Otoscopía.**

## f) Tórax y abdomen

**Ap. Respiratorio.**

**Ap. Cardiovascular:** Detección de arritmias, soplos, desdoblamiento del 2R, presencia de III R o clicks; palpación de pulsos radiales y femorales; medición de la tensión arterial y percentilado de resultados.

Es conveniente tomar la TA en ambos brazos en la primera entrevista. En caso que no se pudiera medir en el brazo derecho se aconseja dejar constancia para volver a repetir la medición y no subdiagnosticar coartación de aorta.<sup>2</sup>

Para el percentilado se utilizan las tablas que correlacionan sexo, edad y TA de la Academia Estadounidense de Pediatría (Task Force), basadas en la medición de TA en niños sanos.

### SE RECOMIENDA QUE LOS ADOLESCENTES CUYOS VALORES DE TA SEAN MAYORES O IGUALES A 120/80 MM HG SE CONSIDEREN PREHIPERTENSOS.

- **Normotensión:** cuando el promedio de TA sistólica y/o diastólica es menor al percentilo 90 para edad, sexo y talla.
- **Hipertensión arterial:** cuando el promedio de tensión arterial (TA) sistólica y/o diastólica es mayor o igual al percentilo 95 para edad, sexo y talla en 3 ocasiones o más.
- **Prehipertensión:** cuando el promedio de TA sistólica y/o diastólica es mayor o igual al percentilo 90 y menor al percentilo 95 para edad, sexo y talla en 3 oportunidades o más.

### Columna

#### PESQUISA DE ESCOLIOSIS

- Visualizar simetría escapular y de la talla.
- Maniobra de Adams: paciente de espaldas en bipedestación, realiza una flexión del tronco hacia delante, a nivel de las caderas, con las rodillas extendidas y los miembros superiores relajados. Se evalúa la aparición de una giba dorsal o asimetría lumbar (rotación de cuerpos vertebrales).
- Prestar especial atención en el período de aceleración de la talla.
- Evaluar vicios posturales.

### g) Extremidades

**Examen de las articulaciones:** Dolores en los sitios de inserción tendinosa, estabilidad de la rodilla

**Trastornos de apoyo de extremidades inferiores.**

**Pesquisar asimetrías de miembros y alteraciones de los ejes.**

### h) Neurológico

**Examen neurológico completo**

### i) Examen genital

Cuando no sea estrictamente necesario para establecer un diagnóstico y/o el adolescente se encuentre reticente para su realización y/o no se cuente con el personal médico capacitado, se puede postergar su realización a una consulta posterior hasta lograr las condiciones ideales. Es necesario buscar un delicado equilibrio entre la no-agresión y la pérdida de oportunidad para el diagnóstico y tratamiento de riesgos para la salud.

- Explicar a los y las adolescentes el por qué del examen y cada aspecto del mismo.
- Cubrirlos. No es preciso que estén totalmente desvestidos.
- Usar guantes.
- Cerciorarse de tener a mano todos los elementos necesarios.
- Realizar el examen con suavidad, respetando su pudor y sus tiempos.

En las mujeres, luego de generadas las condiciones adecuadas de confianza y privacidad, se debe realizar la inspección genital. La posición mejor aceptada es la supina, con rodillas flexionadas. Tener en cuenta:

- Analizar el aspecto general de la vulva, cuál es su higiene, presencia de esmegma, hipertrofias de labios menores o asimetrías, signos de inflamación vulvar o flujo anormal.



- Observar el himen, y sus características normales.
- En casos de molestias vulvares e infecciones, en adolescentes que no iniciaron actividad sexual, no es habitualmente necesario el examen con espéculo.
- Una vez iniciada la actividad sexual, el examen ginecológico debe ser completado con especuloscopia si el motivo de consulta lo amerita. Esta práctica podrá realizarla el médico adecuadamente entrenado o deberá derivarse a ginecología.

En los varones además de realizar la inspección de genitales externos se debe recordar realizar palpación testicular y de los epididimos y cordones espermáticos, momento oportuno para explicar el autoexamen.

### Pruebas de laboratorio

Las pruebas de laboratorio que se deben solicitar a los y las adolescentes en el contexto de un control en salud son mínimas.

Se sugiere realizar dosaje de hemoglobina o hematocrito (Hb o Htc) dada la frecuencia de anemia debido al rápido crecimiento, pobre nutrición y los sangrados menstruales.

La solicitud de otros laboratorios debe estar guiada por la presencia de síntomas o factores de riesgo (antecedentes familiares de dislipemias, trastornos tiroideos, etc).

#### Cribado de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

##### El cribado de ITS consiste en:

- Solicitud de serología para sífilis.
- Prueba de Elisa para VIH previo consentimiento informado.
- Solicitud de otros estudios de acuerdo a etiología sospechada.

##### El mismo deberá solicitarse ante:

- Relaciones sexuales vaginales, anales u orales hetero u homosexuales sin protección
- Transfusión u otro contacto con sangre o hemoderivados no controlados.
- Uso compartido de jeringas o cualquier otro elemento cortante o punzante.
- Sospecha de transmisión vertical
- Presencia de signos y síntomas sugestivos de alguna ITS o sus complicaciones
- Solicitud del paciente

*Para consulta en relación al manejo sintomático y diagnóstico etiológico por patología remitirse a la Guía de manejo de las ITS elaboradas por la Dirección de SIDA e ITS del Ministerio de Salud de la Nación Argentina.*



[www.msal.gov.ar/sida/pdf/info-equipos-salud/Guia-de-manejo-de-las-ITS.pdf](http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/info-equipos-salud/Guia-de-manejo-de-las-ITS.pdf)

## Historia Clínica: Diagnósticos

- Se debe realizar un planteo diagnóstico integral jerarquizando el diagnóstico principal. Recordar no sólo las enfermedades físicas, sino también, los problemas hallados en el área psíquica, familiar, social, del aprendizaje y del comportamiento.
- En la creación del plan de acción es necesario evaluar los factores y comportamientos de riesgo que aparecen como cuadros amarillos en la historia clínica del adolescente
- Puede ocurrir que los diagnósticos no se relacionen con el motivo de consulta. En ocasiones surgen del relato del adolescente, acompañantes y del examen físico.
- Cuando esto ocurre es fundamental, no sólo medicar u orientar en relación al diagnóstico principal, sino dar respuesta al motivo de consulta original del adolescente y/o del acompañante.

## Cierre de la consulta

- Pregunte sobre dudas previas o que hayan surgido a lo largo de la consulta.
- Escriba las recomendaciones.
- Resalte la importancia de los controles periódicos como un lugar de escucha, orientación y de promoción de la salud. El objetivo es que el/ la adolescente identifique este espacio como un recurso propio al que puede recurrir siempre que lo desee o necesite.
- En el caso de requerir una interconsulta con otro profesional establezca el contacto para asegurar el acceso a la misma y, en lo posible, realice una derivación personalizada.
- Brinde información sobre accesibilidad a la atención, forma de comunicación personalizada y la oportunidad del próximo encuentro.



### RECUERDE

**Escuchar** con atención y dar todo el tiempo que sea necesario para cada adolescente.

**Orientar** sobre todo lo que crea conveniente y no creer que los/ las adolescentes saben todo o no saben nada. No prejuzgue sobre el grado de conocimiento.

# Consultas frecuentes a tener en cuenta

## Ginecomastia fisiológica



Es el aumento de la glándula mamaria (uni o bilateral) en el adolescente varón, por el incremento del estroma y del tejido glandular secundario a un desbalance entre andrógenos y estrógenos y a una mayor sensibilidad del tejido mamario.



**Incidencia:** alta. Supera el 20% de los adolescentes.

**Pico de prevalencia:** 14 años. Coincide con los estadios III/IV de Tanner, Vol. Testicular de 12 ml, y con el momento de mayor velocidad de crecimiento. Remite espontáneamente 12 a 18 meses posteriores a su aparición.

### Examen físico

Debe incluir el examen testicular.

### Diagnósticos diferenciales

**Seudoginecomastia:** Agrandamiento de la región mamaria en los adolescentes obesos.

### Ginecomastia patológica (Secundaria)

- Tumores (linfangioma, lipoma, cáncer).
- Alteraciones cromosómicas.
- Falla o falta testicular.
- Enfermedades hepáticas crónicas.
- Ingesta de fármacos (dilantin, ketoconazol, cimetidina, isoniacida) o drogas (marihuana).

### Exámenes complementarios

Se deberán solicitar laboratorios y/o imágenes cuando:

- No remita espontáneamente 12 a 18 meses posteriores a su aparición.
- Se trate de ginecomastias mayores a 4 cm.
- Se trate de ginecomastias que aparecen en estadios prepuberales o luego de haber completado su desarrollo puberal.

Se solicitarán de acuerdo a la clínica y sospecha diagnóstica:

- Estudios hormonales
- Rutina de laboratorio
- Rx de silla turca
- Cariotipo
- Ecografía testicular, etc.

### Información para los adolescentes

- Lo fundamental es tranquilizar al adolescente, reafirmando su normalidad.
- Explicar que es un proceso normal del desarrollo del varón y que tiende a desaparecer en 18 meses, aproximadamente.
- No significa que vaya a tener ningún problema en su vida sexual actual o futura.
- Explicar que se debe a cambios hormonales (ginecomastia) o a un aumento del tejido graso (seudoginecomastia) según corresponda.
- Aconsejar la realización de controles cada seis meses para ver la evolución.
- El ejercicio y el cuidado del peso pueden mejorarlo cuando se trata de una pseudoginecomastia.

Si no evoluciona en la forma y el tiempo esperados, orientar al adolescente con respecto a los tratamientos disponibles.

## Consultas relacionadas con el ciclo menstrual



**Hemorragia uterina disfuncional (HUD):** Hemorragia uterina anormal, por lo general, asociada a ciclos menstruales anovulatorios por inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal.

- Se caracteriza por sangrados prolongados, irregulares (con momentos de pérdidas excesivas y escasas) e indoloros.
- No tiene causa local o sistémica que la genere, es funcional.
- Se presenta en los primeros 2 años después de la menarca, tiene tendencia a la recidiva, y curación espontánea al alcanzar la madurez del eje.
- Es un diagnóstico de exclusión y siempre deben descartarse otras causas.

### Diagnóstico

Interrogatorio, con el acompañante y luego a solas:

- Edad de menarca, ritmo menstrual, características del sangrado, acompañado de síntomas.
- Antecedentes personales de enfermedades sistémicas, endócrinas, medicamentos, uso de anticonceptivos, etc.
- Antecedentes familiares de coagulopatías, Síndrome de poliquistosis ovárica, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, enfermedad tiroidea, etc.
- Estrés físico, social o familiar, cambios de peso, uso de sustancias, cefaleas, alteraciones visuales.
- Inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, método anti-conceptivo utilizado, presencia de flujo. Pesquisar presencia de factores de riesgo y/o síntomas de infecciones de transmisión sexual, antecedentes obstétricos: embarazos y abortos, situaciones de abuso sexual.

### Examen físico

- Frecuencia Cardíaca, tensión arterial, coloración de mucosas, presencia de otros signos de sangrado.
- Peso, Talla, BMI, grado de desarrollo sexual con grados de Tanner, signos de estrogenización de mamas.
- Palpación de tiroides.
- Presencia de signos de hiperandrogenismo (acné, hirsutismo, etc.)
- Estrías, acantosis nigricans, distribución de la grasa.
- Examen abdominal y de genitales externos.
- Presencia de galactorrea.

### Exámenes complementarios

- Hemograma con plaquetas.
- Coagulograma completo.
- Ecografía pelviana ginecológica.
- Si ha tenido relaciones sexuales: test rápido de embarazo si aplica. Según evaluación, cultivos ( para gonococo y chlamydia).
- Si hay signos físicos de endocrinopatías, dosajes hormonales.
- Si hay antecedentes familiares de enfermedad tiroidea, TSH, T4 total y T4 libre (aún en ausencia de síntomas).
- De acuerdo a historia clínica, función hepática.

### Diagnósticos diferenciales

#### Relación entre características clínicas y diagnósticos

- Sangrado con antecedente de retraso menstrual e inicio de relaciones sexuales: Complicaciones del embarazo: embarazo ectópico, mola, amenaza de aborto, aborto.
- Infecciones: Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), HPV.
- Sangrado importante desde la menarca, con o sin petequias, equimosis, epistaxis o sangrado de encías: coagulopatías (frecuencia 20%): PTI, enf. de Von Willebrand.
- Historia de traumatismo genital, lesión coital, abuso, aborto inseguro: traumatismo o lesión genital.

- Sangrado con ingesta de AAS, AINE, anticoagulantes, hormonas: sangrado por medicamentos.
- Presencia de tumoración uterina, cervical, en vagina o vulva en el examen físico o ecografía: tumor benigno o maligno de genitales internos o externos.
- Sangrado con presencia de tiroides palpable, hirsutismo, acné, estrías, galactorrea. Trastornos endócrinos: PCO (poliquistosis ovárica).
- Hiperprolactinemia; hipo/hipertiroidismo, Hiperplasia suprarrenal congénita, Enfermedad de Cushing.
- Sangrado con antecedentes de estrés, alteraciones nutricionales y alimentarias: Inhibición hipotálamo-hipofisaria.

Una vez descartadas otras causas de sangrado, se podrá diagnosticar HUD.

### **Tratamiento inicial y de mantenimiento según la intensidad de la hemorragia**

#### **Leve o Grupo I: Irregularidad menstrual sin sangrado excesivo, con Hb >12 g%:**

- Prevenir anemia. Reforzar dieta y prescribir actividad física normal.
- Valorar calendario de menstruaciones.
- De no producirse nueva hemorragia, control en 3 a 6 meses.
- Si se repite el episodio instituir **tratamiento hormonal regulador**:
  - ▶ Acetato de medroxiprogesterona 10 mg/d o Acetato de noretisterona 5 mg/d desde el día 14 del ciclo durante los últimos 10 días, de 3 meses a 6 meses.
  - ▶ Si tiene vida sexual activa optar por anticonceptivos orales combinados con dosis de Etinil Estradiol de 0,03.

#### **Moderada o Grupo II, irregularidad menstrual con pérdidas abundantes y prolongadas con Hb entre 10 y 12 g%**

**Frenar metrorragia** con Primosistón comprimidos (2mg de acetato de noretisterona + 0,01mg de etinilestradiol), vía oral, 1 comprimido cada 6 hs hasta que ceda el sangrado, luego 1 comprimido cada 8 hs durante 2 días y posteriormente 2 diarios hasta completar 21 días.

#### **Seguimiento con tratamiento hormonal regulador**

- Acetato de medroxiprogesterona 10 mg, Acetato de Noretisterona 5 mg o Progesterona micronizada 100mg desde el día 5 del ciclo durante 20 días, o desde el día 14 del ciclo, los últimos 10 días durante 6 meses, para madurar el endometrio.
- Si tiene vida sexual activa optar por anticonceptivos orales combinados con dosis de Etinil Estradiol de 0,03.
- En pacientes con coagulopatías, dar anovulatorios (asociación de levonorgestrel 0,15 mg y etinil-estradiol 0,03 mg) vía oral durante 6 ciclos, asociado al tratamiento hematológico específico.

**Grave o Grupo III, sangrado severo con Hb <10 g% o cambios ortostáticos.**

**Si requiere hospitalización**

- Evaluar compensación hemodinámica con hidratación EV o transfusiones
- Indicar Primosistón IM (250 mg de caproato de 17 alfa-hidroxiprogesterona + 10 mg de benzoato de estradiol), hasta que ceda la hemorragia.
- Antieméticos.
- Rotar a Primosistón vía oral ( 2 mg de acetato de noretisterona + 0,01 mg de etinilestradiol) cuando se logre tolerancia oral siguiendo el esquema antes descrito.

**Si no requiere hospitalización**

Frenar metrorragia con Primosistón comprimidos (2mg de acetato de noretisterona + 0,01mg de etinilestradiol), vía oral, 1 comprimido cada 6 hs hasta que ceda el sangrado, luego 1 comprimido cada 8 hs durante 2 días y, posteriormente, 2 por día hasta completar 21 días.

Otras opciones son:

Anticonceptivos orales combinados con dosis de Etinil Estradiol de 0,03 mg 4 comprimidos durante 3 días; 3 durante 3 días; 2 durante 3 días hasta completar 1 comprimido / día durante 21 días con antiemético.

Acetato de Noretisterona 1 comprimido cada 4 hs hasta que ceda y luego 1 comprimido cada 6 hs durante 4 días; 1 cada 8 hs durante 3 días ; 1 cada 12 hs durante 2 días y 1 comprimido hasta completar 21 días sin sangrado.

Este grupo requiere hierro desde el inicio del tratamiento hormonal hasta 3 meses de regularizado el cuadro.

**Tratamiento hormonal regulador**

Durante 6 meses con progesterona desde el día 5 del ciclo durante 20 días durante 3 meses y, luego desde el día 14 del ciclo, los últimos 10 días durante 3 meses más.

Otra opción si tiene vida sexual activa: anticonceptivos orales combinados con 0,03 de Etinil Estradiol.

En pacientes con coagulopatías, dar anovulatorios (asociación de levonorgestrel 0,15 mg yetinil-estradiol 0,03 mg) vía oral durante 6 ciclos, asociado al tratamiento hematológico específico.

**Ferroterapia** dosis profilaxis o tratamiento.

De existir la posibilidad de una consulta ginecológica, es conveniente aconsejarla.



## Amenorrea: Ausencia de flujo menstrual.

Amenorrea Primaria
<p>Debe considerarse amenorrea primaria cuando</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una adolescente que llegó a los 16 años no menstruó nunca.</li> <li>Una adolescente de 14 años no menstruó y carece de caracteres sexuales secundarios.</li> <li>Una adolescente no presenta menarca un año después de haber alcanzado un Tanner mamario 5.</li> <li>Una adolescente no presenta menarca 5 años después de haber iniciado el desarrollo mamario.</li> </ul>
Amenorrea Secundaria
<p>Se considera cuando hay:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia de menstruación por tres meses o más en una adolescente con ciclos regulares.</li> <li>Ausencia de menstruación por seis meses en una adolescente con ciclos irregulares, ambos casos en ausencia de embarazo.</li> </ul>

### Anamnesis

- Historia familiar de crecimiento y desarrollo sexual (edades de la menarca de la madre, abuela, tías, hermanas).
- Historia del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios de la paciente.
- Historia menstrual de la paciente.
- Síntomas de embarazo.
- Historia de adelgazamiento marcado, trastornos alimentarios (bulimia, anorexia).
- Excesivo nivel de actividad física (atletismo, competencias de alto nivel).
- Alteraciones emocionales (estrés). Cualquier tipo de estrés físico, psíquico y emocional.
- Uso de medicación y/o sustancias psicoactivas: (uso de hormonas, anticonceptivos, glucocorticoides, antipsicóticos, etc).
- Síntomas y signos asociados: cefaleas, trastornos visuales, palpitaciones, taquicardia, aumento del vello corporal, acantosis nigricans, estrías, galactorrea.

### El examen físico (EF) es el que aporta la máxima cantidad de información

- Evaluar el hábito corporal global, altura, peso, BMI, contextura física.
- Percentilar.
- Estadios de Tanner.
- Olfato.
- Descartar embarazo.
- Examen genital. Buscar malformaciones del aparato genital (agenesia de útero o vagina, himen imperforado).
- En mamas, buscar galactorrea.
- Elementos de virilización.

- Adelgazamiento u obesidad extrema.
- Signos físicos de hipotiroidismo.
- Signos físicos compatibles con Síndrome de Turner.

### Exámenes complementarios

- Estarán orientados por los hallazgos del examen físico y del interrogatorio.
- Descartado el embarazo o la imperforación himeneal, se solicitará (si se dispone) en el primer nivel, de los siguientes exámenes: LH, FSH, prolactina, TSH, y ecografía.
- Según resultados y examen físico se puede requerir de un cariotipo para diagnosticar disgenesia gonadal.
- Ante la incapacidad de efectuar los exámenes indicados, y con evaluación clínica normal, se puede realizar la prueba de progesterona, que orientará sobre ubicación de falla o lesión: nivel hipotálamo-hipofisario, gonadal o uterino.

### Prueba de progesterona

Indicar **Acetato de medroxiprogesterona** 10 mg/d durante 10 días (VO) ó **Acetato de norestisterona** 5 mg/día durante 10 días; ó **100-200 mg/d de Progesterona micronizada** 5 días y esperar la respuesta para evaluar como positiva o negativa la prueba.

- Prueba de la progesterona sangrado positivo
  - ▶ Útero y vagina normales.
  - ▶ Ovarios que producen estrógenos.
  - ▶ ¿Falla inicial de la ovulación?
  - ▶ ¿Poliquistosis ovárica? Etapa inicial.
- Prueba de progesterona sangrado negativo
  - ▶ Agenesia uterina o alteración del tracto de salida.
  - ▶ Insuficiencia ovárica.
  - ▶ Falla hipotalámica.
  - ▶ Falla hipofisaria.

Con la excepción de embarazo o de enfermedades médicas tratables en el primer nivel, se derivará a la adolescente al especialista correspondiente.

Cuando la amenorrea es prolongada, hay mayor riesgo de descalcificación para la adolescente. Es importante indicar una dieta rica en calcio y vitamina D, estimular los ejercicios y continuar el seguimiento con especialistas.



**Oligomenorrea:** *Es una causa frecuente de consulta, y se caracteriza por la aparición de la menstruación cada 45 a 90 días (el ciclo menstrual normal está entre 25 y 34 días). En algunas adolescentes representa un motivo de preocupación.*

### Causas y diagnósticos diferenciales

Disfunción fisiológica del eje hipotálamico-hipofisiario-gonadal, frecuente en los primeros 2-3 años posteriores a la menarca.  
 Etapa inicial de la poliquistosis ovárica.  
 Falla ovárica prematura.  
 Otras alteraciones endócrinas (tiroideas, diabetes).  
 Gran pérdida o aumento de peso.  
 Desequilibrios emocionales. Situaciones de estrés o cambios importantes.  
 Actividad física aumentada

### Conducta

Siempre debe descartarse el diagnóstico de embarazo.  
 Cuando la oligomenorrea persiste después de dos años, la evaluación y el tratamiento son semejantes a los de la amenorrea.



**Dismenorrea:** Es el dolor que se produce durante las menstruaciones; motivo habitual de consulta y su frecuencia va aumentando a medida que transcurren los meses, luego de la menarca.

El interrogatorio y el examen estarán destinados a identificar si se trata de una dismenorrea primaria o secundaria, ya que el tratamiento es diferente en

### Dismenorrea primaria

Es el tipo más común en adolescentes, y coincide con el inicio de los ciclos ovulatorios y regulares que, en general; son más frecuentes después de dos años de la menarca.

#### Características del dolor de la dismenorrea primaria

- Premenstrual e intramenstrual, difuso, bilateral y de corta duración.
- Puede acompañarse de cefaleas, tensión mamaria, náuseas, vómitos y diarrea.

#### Causas

- No bien determinadas pero están relacionadas a la acción de las prostaglandinas.

### Dismenorrea secundaria

Es causada por una patología específica como enfermedad inflamatoria pelviana, malformaciones congénitas, endometriosis, quistes ováricos; o menos frecuente por várices pélvicas, tumores, adenomiosis, pólipos, miomas, uso de DIU o estenosis cervical.

#### Características del dolor de la dismenorrea secundaria

- Dolor progresivo, que no siempre tiene relación con la menstruación. Puede ser después de la menstruación.
- Puede acompañarse de dispareunia.

## Diagnóstico

La anamnesis y el examen físico pueden ser suficientes, eventualmente ecografía ginecológica.

En caso de dudas diagnósticas o de falta de respuesta al tratamiento, hacer interconsulta con especialista.

## Tratamiento

Tratamiento sintomático, dirigido a calmar el dolor		
<b>Ibuprofeno</b>	800 mg (VO)	400 mg (VO) c/8 hs.
<b>Naproxeno sódico</b>	550 mg (VO)	275 mg (VO) c/6 hs.
<b>Ácido mefenámico</b>	500 mg (VO)	250 mg (VO) c/6 hs.

Lo mejor es comenzar el tratamiento ante la primera señal de la menstruación o premenstruo.

### Medidas recomendadas

- No ingerir xantinas (café, chocolates, etc) y realizar ejercicios físicos.
- A veces mejoran con antiespasmódicos.
- Si la dismenorrea no mejora con AINE, se pueden indicar anticonceptivos orales combinados, como tratamiento de segunda línea.

### Tratamiento etiológico

- Dependerá de la patología de base; en caso de enfermedad inflamatoria pelviana, intentar tratamiento en el primer nivel con antibióticos y anti-inflamatorios.
- En las otras circunstancias, derivar a un especialista.

## Información para la adolescente

- Si es una dismenorrea primaria, explicarle que es un fenómeno habitual producido en el comienzo de los ciclos ovulatorios. Debe informársele que la evolución tiende a la mejoría espontánea; que no se verá alterada su sexualidad ni su fertilidad.
- Orientar acerca de la necesidad de volver a consultar, si no hay respuesta favorable al tratamiento indicado.
- En caso de dismenorrea secundaria, los mensajes se ajustarán en función de la etiología.
- En todos los casos, se deberá informar claramente acerca del tratamiento a realizar, dosis, duración y efectos indeseables.

# Botiquín de anticonceptivos para adolescentes. Recomendaciones de uso

“ Ante un/a adolescente que no desea embarazarse la anticoncepción es una respuesta adecuada y teóricamente simple. ”

Las siguientes recomendaciones se refieren a los métodos anticonceptivos más utilizados por las adolescentes del país. Para ampliar la información referida a otros métodos puede consultar la página.



[www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/AHE\\_guia\\_profesionales%5B2%5D.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/AHE_guia_profesionales%5B2%5D.pdf)



[www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia\\_de\\_metodos\\_anticonceptivos.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf)

## Consideraciones generales

- Los/ las adolescentes en general no tienen contraindicaciones para utilizar cualquier método anticonceptivo y deben tener acceso a una variedad de opciones. La edad por sí misma no constituye una razón médica para no otorgar métodos a una adolescente.
- Las inquietudes con relación a algunos métodos deben ser comparados contra las ventajas de evitar un embarazo.
- Los criterios utilizados para mujeres adultas, referentes a patologías, se aplican también a mujeres jóvenes.
- Los factores sociales y de comportamiento constituyen aspectos importantes a considerar en la elección del método.
- No existe un método anticonceptivo ideal, sino grupos ideales de adolescentes para un determinado método anticonceptivo.
- La elección del método debe ser libre e individual.

“ La consulta por anticoncepción en la adolescencia es una urgencia, por lo que debemos siempre dar una respuesta anticonceptiva. ”

### En la entrevista se deberá evaluar

- Conocimiento/uso de anticonceptivos y el grado de motivación.
- Si tiene o no pareja estable y su actitud ante la anticoncepción.
- Frecuencia de relaciones sexuales y conducta sexual (edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas, edad de la pareja).

- Conductas de riesgo (actitud, grado de exposición a ITS, adicciones, alcoholismo, drogas).
- Pautas culturales, hábitos de vida.
- Actitud de la familia frente a la sexualidad de sus hijos.
- Antecedentes clínicos y tóco ginecológicos.
- Antecedentes familiares.



### Recuerde

La abstinencia periódica no es un método recomendable para este grupo etario. Los ciclos menstruales irregulares, frecuentes en este grupo, determinan su baja eficacia. Este método no protege contra las ITS ni contra el VIH.

## Métodos recomendados

### a) Preservativo masculino

- Es necesario instruirlos/os para un uso correcto del mismo.
- Se debe concientizar a los/ las adolescentes acerca de la necesidad del preservativo y de su derecho a exigirlo.
- Se debe informar sobre la anticoncepción de emergencia (AHE) como método de respaldo cuando el preservativo se rompe o se desliza. Recomendamos entregarla junto con el preservativo.

Preservativo Masculino	
VENTAJAS	DESVENTAJAS
Bajo costo	Alta motivación
Fácil acceso	Aceptación de la pareja
Protege de las ITS/VIH	Edad de la pareja
No requiere de la participación del médico	Interfiere en el coito
	Poco confiable en las primeras relaciones sexuales
	Alergia al látex (tanto de la mujer como del hombre)



### Uso correcto

Los preservativos masculinos están enrollados sobre sí mismos y diseñados para aplicarse desde la punta del glande y desenrollarse a lo largo del pene erecto hasta cubrirlo completamente.

### Los pasos a seguir son:

- Observar la fecha de vencimiento.
- Abrir el envase con los dedos y no con los dientes porque se puede dañar el preservativo.
- Colocarlo en el pene inmediatamente después de alcanzar la erección y antes de cualquier contacto con la vagina o el ano de la pareja.
- Al colocarlo, es importante apretar la punta para que no quede aire y se pueda contener ahí el semen eyaculado.
- El pene se debe retirar después de la eyaculación, cuando todavía está erecto. Debe sostenerse el preservativo por su base para que éste no se salga (el preservativo queda grande cuando el pene se va desentumeciéndose), tratando de que no se derrame esperma.
- Hacer un nudo al preservativo y estirarlo para corroborar que no se haya roto.
- Los preservativos son desechables, no se deben volver a usar.

### b) Anticoncepción Hormonal

Los anticonceptivos hormonales orales combinados constituyen junto con el preservativo uno de los métodos más utilizados por las/ los adolescentes.

- Se los llama “hormonales” porque están compuestos por derivados de las hormonas femeninas: estrógeno y/o progesterona.
- El mecanismo de acción fundamental es la inhibición de la ovulación. Si no hay óvulos, no hay fecundación y por lo tanto no hay embarazo.
- Son altamente eficaces en la prevención de un embarazo.
- Son reversibles, al suspenderlo, se recupera la fertilidad en forma inmediata.
- No protegen contra el VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual.
- Para comenzar a utilizar un método hormonal, la OMS sólo recomienda realizar una historia clínica y control de tensión arterial. No hace falta ningún estudio adicional.



Por el riesgo y vulnerabilidad que presentan las/ los adolescentes frente a las ITS y dado que el condón es el único método que puede brindar protección se recomienda el uso del “doble método” (anticonceptivo hormonal + preservativo).

#### Controversias en el uso de métodos anticonceptivos hormonales

- **Edad ginecológica mínima para su indicación.** No hay trabajos en la bibliografía que apoyen la existencia de un probable perjuicio. No obstante con un criterio flexible se considera su indicación preferentemente a partir del 2 año de edad ginecológica.
- **Talla:** Los anticonceptivos hormonales utilizados actualmente no interfieren en el crecimiento.



Una adecuada consejería ayudará a la utilización correcta del método y a una mayor adhesión al mismo.



#### Consejería

- Orientar sobre el uso correcto
- Explicar qué hacer en caso de omitir una dosis
- Anticipar posibles efectos secundarios (cambios en las características de sangrado menstrual, mastalgia)

Las contraindicaciones absolutas y relativas del método no difieren de las que presentan las mujeres adultas (ver Criterios de elegibilidad de la OMS)

[www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9789241563888/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html)

En este grupo etéreo se sugiere realizar un seguimiento que excede las necesidades reales del método:



El primer control se realizaría al mes, para evaluar su uso correcto y conocer las posibles dificultades y/o efectos colaterales. Con criterio flexible, espaciar estos controles a lapsos de 3 – 6 meses.

#### Clasificación Anticonceptivos Hormonales según la vía de administración

##### Orales

- Anticonceptivos orales combinados (AOC)
- Anticonceptivos orales sólo de progestágenos
- Anticoncepción de emergencia

##### Inyectables

- Combinados
- Sólo de progestágenos

##### Implantes

##### Transdérmicos (parches)

##### Anillos vaginales

##### Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU)



Los más utilizados en adolescencia son los métodos hormonales orales y los inyectables.



### b.1) Anticonceptivos orales combinados (AOC) (pastillas anticonceptivas)

Anticonceptivos orales combinados (AOC) (pastillas anticonceptivas)	
VENTAJAS	DESVENTAJAS
Altamente eficaz	Obligatoriedad de la toma diaria
Menstruaciones regulares y confortables	No protege de las ITS
Desvinculado del coito	Spotting
	Mastalgia

En la actualidad, se indican los anticonceptivos denominados de baja dosis, con concentraciones de Etinilestradiol (EE) que varían entre 35, 30, 20 o 15 microgramos ( $\mu\text{g}$ ). Las dosis más utilizadas en adolescentes son las de 30 o 20  $\mu\text{g}$ . Se prefiere la dosis de 30  $\mu\text{g}$ , para protección de la masa ósea.<sup>1</sup>

Las nuevas formulaciones, minimizan la dosis de estrógeno e incorporan nuevos gestágenos que permiten ir alejando en el “consenso popular” muchos temores asociados a su uso como el aumento de peso, del vello y del acné. (Ver recomendaciones de uso en Anexo)

### b.2) Anticonceptivos orales sólo de progestágenos

#### Indicaciones

- Cuando exista contraindicación para el uso de estrógenos (trombofilias, lactancia, etc.)
- Ante la imposibilidad de instrumentar otros métodos anticonceptivos satisfactoriamente.

Son más estrictos con el margen de olvido (no mayor a 2 hs); deben tomarse todos los días a la misma hora. Al principio, generan sangrados irregulares y con el tiempo, falta de sangrados.

### b.3) Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)

- Método anticonceptivo que se utiliza posteriormente a una relación sexual sin protección o cuando falló el método que estaba usando.
- Última alternativa anticonceptiva para evitar un embarazo. Por eso se llama de emergencia.

*1- Masa Ósea: El potencial impacto que los anticonceptivos hormonales podrían ejercer en esta etapa crítica del desarrollo de la masa ósea, es controvertido, debiendo discriminarse entre los anticonceptivos hormonales combinados en sus diferentes formulaciones y los anticonceptivos hormonales conteniendo sólo progestágenos. Al finalizar la adolescencia la densidad de la masa ósea alcanza a un 90%, el 10% restante se completaría durante la tercera década de la vida. Por ello la importancia de la interferencia que podrían jugar en este proceso los anticonceptivos hormonales sobre la calidad final de la masa ósea.*

- Es un método seguro, efectivo y simple de utilizar.
- En caso que el embarazo ya se haya producido, la AHE no lo interrumpe, es decir que no provoca un aborto.
- Si la mujer ya está embarazada, la AHE no afecta al embrión en formación.
- Pueden ser eficaces si se las toma hasta cinco días después del acto sexual sin protección. Deben comenzar a usarse lo antes posible; mientras más pronto mayor es su eficacia
- Cualquier mujer puede tomar la AHE sin riesgos, incluso aquellas que no pueden utilizar métodos hormonales de manera constante, ya que la dosis de hormonas es pequeña y se utiliza por un corto tiempo.
- No es necesario realizar examen físico ni análisis de laboratorio previamente.

#### Indicaciones

- Aquella adolescente que haya tenido una relación sexual no protegida dentro de los 3 días previos.
- Ante un uso incorrecto o accidente con otro método anticonceptivos.<sup>2</sup>
- Ante una violación, si la adolescente no está usando algún método regularmente.
- Ante sospecha de embarazo sin posibilidad de realizar una prueba para confirmarlo. No hay pruebas de que causen daño a la mujer ni a un embarazo existente.

#### Mecanismo de acción

- Impide o retrasa la ovulación.
- Provoca espesamiento del moco del cuello del útero, lo que dificulta el ascenso del espermatozoides a las trompas de Falopio, sitio donde se produce la fecundación.

Estos dos mecanismos intentan evitar el encuentro óvulo- espermatozoide, evitando así el embarazo.

**Criterio de elegibilidad: 1** (no tiene contraindicaciones).

#### b.4. Anticonceptivos Inyectables combinados

Las ampollas de los anticonceptivos inyectables tienen la dosis exacta por lo que, al purgar la jeringa, es muy importante no perder medicamento. La aplicación debe ser intramuscular profunda.

---

*2- La mujer omitió 3 o más píldoras anticonceptivas orales combinadas, o comenzó un nuevo paquete con 3 o más días de demora.*

*El DIU se salió de sitio.*

*La mujer tiene 2 semanas o más de demora en la inyección de repetición que contiene sólo progestágeno, o más de 7 días de demora en la inyección de repetición mensual.*

## Normas de Administración

Aplicar la primera dosis entre el primero y el quinto día de la menstruación. Luego, UNA vez cada treinta días. Recordar el día en que se aplicó la primera inyección, y en los meses sucesivos, aplicar las siguientes en esa misma fecha. Tener en cuenta la fecha calendario, y no cuando viene la menstruación.

Se puede adelantar o retrasar la inyección hasta 3 días, pero es mejor tratar de hacerlo siempre el mismo día.

El sangrado menstrual suele suceder entre los 15 y 20 días posteriores a la aplicación de la inyección. El sangrado posterior a la primera aplicación (que debe realizarse preferentemente el primer día de menstruación) se adelantará.

## Efectos adversos

- Cambios en los patrones de sangrado: los primeros 3 meses sangrado irregular o prolongado y al año ausencia de menstruación o sangrado infrecuente.
- Aumento de peso
- Cefaleas
- Mareos
- Mastalgia (Dolor mamario)

## Riesgos y Beneficios

Similares a los que proporcionan los AOC.

### b.5. Inyectable sólo de progestágeno

- Contiene acetato de medroxiprogesterona.
- Es de uso trimestral.
- Tendría un impacto negativo en la formación de masa ósea.

## c. Dispositivo Intrauterino (DIU)

Método que puede utilizarse en adolescentes nuligestas, debiéndose siempre realizar la consejería.

### Se recomienda su uso en:

- Adolescentes expuestas a un embarazo no buscado,
- Adolescentes que no se adaptan a otros métodos o presentan contraindicaciones a los mismos.

---

*2- Si se utilizó incorrectamente el condón, éste se salió, deslizó o rompió.*

*Si se desplazó el diafragma*

*La pareja utilizó incorrectamente un método natural de control de la fertilidad (por ejemplo, omitió abstenerse o usar otro método durante los días fértiles).*

*El hombre no se retiró, como estaba previsto, antes de eyacular.*

- Adolescentes con antecedentes obstétricos (gestas previas).
- Adolescentes discapacitadas mentales.

El DIU brinda seguridad, alta eficacia y confort al no exigir otra motivación mas allá de la relacionada con su inserción desvinculada del coito. Es de uso permanente y continuo, y demanda un seguimiento relativamente espaciado.

### **Criterios de elegibilidad de los anticonceptivos OMS**

La OMS crea los criterios de elegibilidad:

- Considerando la inclusión de las condiciones de salud relevantes.
- Evaluando las condiciones basadas en la evidencia científica.
- Incluyendo las etapas de la vida que pueden afectar la elección del anticonceptivo.
- Incluyendo los aspectos relacionados con los servicios necesarios.

La elegibilidad médica para cada método anticonceptivo, con excepción de la esterilización quirúrgica femenina y masculina (ligadura tubaria y vasectomía), se clasificó según las cuatro categorías siguientes:

- **1=** una condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivos
- **2=** una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados;
- **3=** una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método;
- **4=** una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Las dos primeras categorías pueden ser manejadas por personal no médico.

Para ubicar a una persona en estas categorías es esencial realizar una completa y cuidadosa historia clínica.

Para obtener más información y todo el material buscar:



[http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_RHR\\_08.19\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_08.19_spa.pdf)

Sugerimos tenerla en forma accesible para ser utilizada durante la consulta.

# Inclusión de la práctica del test de embarazo rápido en la consulta de Adolescentes

## Fundamentos:

La realización del test de embarazo rápido en la consulta de adolescentes aumenta la posibilidad de un diagnóstico temprano. Habilita la contención y seguimiento adecuados y tiene como objetivo final incidir sobre las causas evitables de muerte materna y neonatal.

### Consultas ante las cuales se deberá realizar test rápido de embarazo

- Atraso menstrual.
- Sangrado irregular: escaso, marrón, a destiempo de su ciclo.
- Pérdida hemática por genitales externos.
- Falla del método usado: ruptura del preservativo, o utilización de coito interruptus o Billings, olvido de toma del anticonceptivo oral, toma del anticonceptivo con antibióticos, o habiendo tenido vómitos o diarrea, toma del anticonceptivo de emergencia a destiempo luego de las 72 hs.
- Cualquier duda expresada en relación a un posible estado de gravidez.
- Toda vez que el profesional sospeche posible estado de embarazo, aún cuando la paciente no lo haya traído como motivo de consulta (no manifiesto) y aún si refiriera no haber iniciado relaciones sexuales.

En todos los casos se deberá ofrecer la prestación a la paciente sin ejercer ningún tipo de presión y asegurando total confidencialidad.

### En la práctica se debe tener en cuenta que:

- La adolescente tiene derecho a la confidencialidad de la misma manera que una mujer adulta. No obstante es importante explorar las redes de apoyo familiares, sociales e institucionales que le puedan ofrecer contención, acompañamiento y protección.
- Los servicios de salud donde requiera atención un adolescente, deben garantizar el acceso a los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial, y de rehabilitación de acuerdo a su grado de desarrollo, sin requerir obligatoriamente la autorización o la compañía de un adulto, la que se debe propiciar pero nunca exigir (contemplado en las Leyes N° 26.529 y N° 26.061)

- La generación de un buen vínculo entre el profesional de la salud y la usuaria es de vital importancia.
- En la consulta se debe notificar el derecho de la adolescente a la confidencialidad.
- Evitar expresar valoraciones personales o morales.
- Brindar información en lenguaje claro y sencillo.
- Mostrar una actitud abierta y de escucha comprensiva que le brinde confianza y seguridad de consultar frente a cualquier tipo de problemática vinculada al embarazo.
- Explorar los sentimientos de la joven respecto a un posible embarazo antes de la administración del test.
- Detectar y evaluar factores de riesgo como situaciones de violencia, consumo problemático de sustancias, patologías médicas o psicológicas.
- Evaluar el contexto en el que se dieron las relaciones sexuales (especialmente si se trata de una menor de 15 años) teniendo en cuenta que puede tratarse de relaciones no consentidas. De evaluarse situación de abuso sexual debe procederse de acuerdo al protocolo de abordaje y seguimiento del Ministerio de Salud de la Nación (Abuso Sexual InfantoJuvenil (ASIJ) Protocolo de abordaje y seguimiento para los equipos de salud).
- Observar las reacciones de la usuaria con su pareja, con el entorno familiar y afectivo así como su realidad socioeconómica.
- Indagar acerca de la postura de la pareja o co-gestante respecto al embarazo, si está enterado o no, si apoya, impone su decisión o se desentiende.
- Indagar acerca del uso previo de métodos anticonceptivos.

### **Frente a un test de embarazo negativo**

- Indagar acerca del voluntad/deseo de un embarazo.
- Brindar información sobre métodos anticonceptivos incluyendo la anticoncepción de emergencia (AHE).
- Ofrecer/entregar un método anticonceptivo a elección de la usuaria e incorporarla al Programa de Salud Reproductiva cuando no exista deseo/voluntad de un embarazo.

### **Frente a un test de embarazo positivo y reacción de aceptación**

- Derivación para seguimiento y control prenatal. Consejería.
- Estimular participación de la pareja y familia en el cuidado prenatal.
- Promover la continuidad educativa de la adolescente embarazada.

- Indagar sobre consumo tabáquico y otras drogas. Aconsejar el cese en caso de consumo actual.
- Solicitud de grupo y factor.
- Consejería en anticoncepción.

### **Frente a un test de embarazo positivo y reacción de no aceptación**

- Indagar acerca de las causas que motivan la no aceptación del embarazo.
- Plantear la conveniencia de incluir a la pareja/familia en la reflexión, siempre aclarando que la decisión última corresponderá autónomamente a la adolescente, libre de presiones de terceros.
- Evaluar el caso en el marco del art. 86 del Código Penal que establece las situaciones de aborto no punibles. Si el caso se inscribe dentro sus causales, se dará una respuesta institucional de acuerdo a la “Guía de Atención Integral de los Abortos no Punibles desarrollada por el Ministerio de Salud de la Nación”



([www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf))

- Brindar asesoramiento en todas las opciones que la paciente puede llegar a considerar, para disminuir cualquier tipo de riesgo en situación de embarazo no deseado, incluyendo la adopción, aceptación del embarazo o su interrupción, entendiendo que no se trata de decisiones sencillas y que requieren meditación y análisis. Son frecuentes los sentimientos encontrados, la incertidumbre, la duda, la culpa y el temor. El asesoramiento no debe ser disciplinante para la mujer sino que debe habilitarla para la toma de decisiones autónomas informadas.
- En caso de aceptación del embarazo se deben explorar las posibles redes de apoyo familiar e institucional para acompañar a la adolescente.
- En caso de optar por adopción, se debe articular con áreas de trabajo social y salud mental para brindar información y acompañamiento durante el embarazo y luego del parto.
- En caso de que exprese su decisión de interrumpir la gestación, el equipo de salud debe mantener su actitud de no juzgar y ofrecer una escucha objetiva, priorizando la reducción de riesgos y daños, contribuyendo a evitar que recurra a métodos que pongan en riesgo su vida.
- Indagar acerca de la información con que cuenta la paciente y brindarle la orientación necesaria para que decida con responsabilidad, con el mayor conocimiento, evitando y/o minimizando conductas de riesgo.
- Comunicar que, aunque existen obstáculos legales para llevar adelante su decisión, el equipo de salud está dispuesto a cuidarla y atenderla independientemente de la decisión que adopte. El equipo tiene obli-

gación de brindar información y asesoramiento pero en ningún caso puede indicar un método o conducta. Esta consejería se enmarca en el derecho a recibir información científicamente respaldada y de dominio público, el derecho a la salud y a la autonomía de las personas.

- Se evaluará cada caso de acuerdo a los siguientes parámetros:
  - ▶ Examen clínico general, ginecológico y de laboratorio en busca de factores de riesgo que aumenten las posibilidades de complicaciones.
  - ▶ Estudio ecográfico para diagnóstico de edad gestacional, normoimplantación y descartar patología embriofetal (embarazo ectópico, huevo muerto, etc).
  - ▶ Determinación de factor Rh para informar sobre la necesidad de la inmunoprofilaxis en caso de ser Rh negativa.
- Ofrecer seguimiento y anticoncepción en el caso de una interrupción respetando la confidencialidad de la usuaria.

# Retiración de Contratapa

“

*Tus derechos  
son mis derechos,  
pidamos que se respeten  
y se cumplan  
todos por igual!!!*

”

Leyenda extraída de los encuentros de Adolescentes y Salud “Nada sobre nosotr@s sin nosotr@s” realizados durante 2011 en Jujuy y Santiago del Estero, Argentina.