

6° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria



¿Porqué consultan las adolescentes?

Diana Pasqualini, Médica Pediatra y Especialista en Adolescencia

Ex - Coordinadora Clínica y Docente - Adolescencia – HNRG
Directora de 2 Posgrados Presencial y Virtual en
Salud y Abordaje Integral del Adolescente en Facultad de Medicina UBA
Miembro Titular de la SAP

Noviembre 2014



las consultas

varían según la edad

según circunstancias sociales



varían según la edad

En la *adolescencia temprana*

- telarca y el volumen mamario
- flujo
- retraso puberal
- Dolores
- menarca

cambios en la conducta

rápidos cambios corporales

apropiarse imagen corporal

masturbación

mejores amigos

En la *adolescencia media*

- peso y aspecto corporal
- trastornos menstruales
- mastalgia
- dismenorrea
- Sexualidad

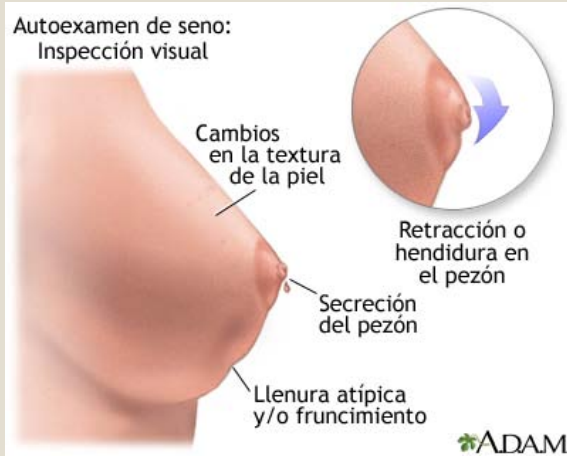
La **telarca**, primer signo de desarrollo, aparece el 95% de las veces entre los 8 y 13 años de edad (10,8 años).

- Algunas con el inicio de la pubertad se sienten «diferentes», incómodas, pueden volverse muy tímidas.
- Otras, contentas con su nueva apariencia y asumen roles adolescentes rápidamente.



Si bien la educación sexual empieza mucho antes de la aparición de los cambios puberales, es aconsejable, con la aparición de la telarca, dialogar de aspectos referidos a la higiene, la menstruación y los diferentes aspectos de la sexualidad.

Autoexamen de mamas



inspección visual para advertir cambios de contorno o textura

inspección manual, de pie y recostada, para observar protuberancias o engrosamientos inusuales



Flujo vaginal o leucorrea fisiológica

Alrededor de la menarca

- secreción de las células que recubren el conducto cervical .
- transparente y filante o de color blanquecino.
- cantidad, transparencia y fluidez aumentan en la ovulación.
- no pica, no arde, es blanco o transparente en el papel higiénico, amarillo si se deja secar en la bombacha, no tiene olor a pescado.

Es el momento de explicar como higienizarse...

- Lavarse, diariamente, con agua y jabón neutro
- Enjuagarse y secarse con toalla limpia y seca
- No usar desodorante en aerosol
- No abusar del bidet; secarse, toalla propia y limpia
- Secarse de adelante hacia atrás
- No usar toallitas diarias ni ropas ajustadas
- Bombacha de algodón; cambiarla si el flujo la moja



Pubertad precoz

Aparición de los caracteres sexuales secundarios en una edad cronológica inferior en más de 2,5 desviaciones standard (DS) a la media de la población

- la telarca tiene lugar antes de los 8 años

activación temprana del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal

aumenta velocidad de crecimiento y maduración esquelética

talla final disminuida si no se trata

- En los afroamericanos a los 8,87 años (+/- 1,93)
- En los caucásicos 9,96 (+/- 1,82) (Herman, Giddens, col.)



El comienzo tardío de la pubertad

ausencia de cambios puberales a una edad cronológica superior a 2 DS respecto de la media de la población:

- una niña presenta **retardo puberal** si es mayor de 13 años y aún no tiene características sexuales secundarias
- es mayor de 16 años y no ha tenido su menarca

- detención del desarrollo puberal en Tanner 5 de más de 1 año y no ha tenido su menarca
- más de 5 años desde la telarca y no ha tenido su menarca.

deprivación emocional, desnutrición , enfermedades crónicas...

El aspecto corporal

En la adolescencia temprana, los cambios en peso, altura, musculatura y caracteres sexuales secundarios provocan cambios en la autoimagen. Por lo cual tienden a compararse...







El aspecto corporal es fuente de preocupación:

- rápido crecimiento y desarrollo
- dificultad de integrar estos cambios a la imagen corporal
- no-aceptación de ser diferente a lo socialmente aprobado.

Es un trabajo psíquico apropiarse de su esquema e imagen corporal.

La menstruación

ciclo menstrual: período entre el comienzo de una menstruación y el inicio de la siguiente; fase folicular, ovulación, fase lútea.

- Fase folicular:  FSH lleva a la maduración folicular y los estrógenos a la hiperplasia e hipertrofia endometrial.
-  LH - Ovulación.
- Fase lútea: cuerpo lúteo,  progesterona y estrógenos favorecen estabilidad endometrial y la fase secretora.
- Alrededor del día 23 del ciclo  el cuerpo lúteo y la secreción de esteroides - Menstruación.



Ritmo menstrual: La mayoría de los ciclos menstruales tiene una duración de 21 a 35 días (28 +/- 7 días).

- El sangrado menstrual dura entre dos y siete días.
- La cantidad total del sangrado suele ser de 50 ml a 150 ml.
- Si supera los 150 ml, cambio de seis o más toallitas empapadas en sangre por día, es necesario valorar qué está sucediendo.
- Los trastornos menstruales: alteraciones del ritmo menstrual o cantidad del sangrado se presentan en el 50% de las adolescentes.
- Se normalizan a los 3 a 5 años de edad ginecológica en forma espontánea (edad postmenarca).

Sin embargo, conviene aclarar que muchos de los ciclos son ovulatorios para no descuidar la prevención del embarazo.

- Es aconsejable dialogar, sobre **la menstruación**.
 - ¿Qué conocimientos tiene de la anatomía y fisiología del aparato genital?
 - ¿Cuáles son sus vivencias con respecto a su propio desarrollo?
 - ¿Dialoga con su madre u otro adulto significativo sobre este tema?
 - En la escuela, ¿se charla de los cambios corporales y de la sexualidad? ¿Qué sabe del desarrollo de sus compañeras?
 - ¿Está preocupada por su aspecto y por su desarrollo? ¿Puede hablar de ello?
 - ¿Tiene conocimientos sobre la prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual?



La metrorragia uterina disfuncional

- Es un término no específico que se refiere a un **sangrado uterino anormal**, abundante, prolongado o frecuente de origen uterino que no es causado por embarazo o enfermedad pélvica o sistémica reconocible, suele ser indoloro.
- Se asocia frecuentemente a ciclos menstruales anovulatorios por inmadurez del eje hipotálamico-hipofisario-ovárico.



Diagnósticos diferenciales

- **Complicaciones del embarazo**, emb. ectópico y amenaza de aborto, aborto.
- **Enfermedades hematológicas**, púrpura trombocitopénica idiopática, enfermedad de Von Willebrand, leucemias.
- Cualquier enfermedad que cause **pérdida de peso o estrés emocional**.
- **Trastornos tiroideos**: El hipotiroidismo se asocia a metrorragia disfuncional y agrava los trastornos de coagulación.
- **Hiperprolactinemia**.
- **Síndrome de ovario poliquístico**: hiperandrogenismo, acné, oligomenorrea.
- **Traumatismo o lesión genital**.
- **Infecciones**: enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), HPV.
- **Sangrado por medicamentos**: ácido acetilsalicílico, AINE, anticoagulantes, hormonas.
- Si bien es infrecuente a esta edad, no debe ignorarse la posibilidad de **patología oncológica** (tumores germinales de ovario y sarcoma uterino cervicovaginal).

Tratamiento

Cohibir la hemorragia:

Hospitalización. Considerar transfusión.

Ambulatorio.

Medicación hormonal.

Corregir la anemia. Ferroterapia.

Evitar la recidiva.



Diferentes situaciones clínicas

En caso de hemorragia grave y anemia, $Hb \leq 7$ g/dl, Hto < 25% o Hb entre 7 y 9 g/dl con cambios ortostáticos, **hospitalizar** y considerar **transfusión**. Medicación **hormonal IM y por VO**.

Si Hb entre 7 y 9 g/dl sin compromiso hemodinámico ni cambios ortostáticos evaluar hospitalización o tratamiento ambulatorio, **caso por caso**. Instituir tratamiento hormonal .

Hemorragia moderada con Hb mayor de 9 g/dl, tratamiento **ambulatorio**. Si presenta hemorragia actual, indicar medicación **hormonal por VO**.

Hemorragia leve, sin o leve anemia, hemorragia dentro del primer o segundo año ginecológico, en ausencia de antecedentes patológicos y con examen físico normal, estrategia **conservadora**.

Medicación Hormonal

- 250 mg de caproato de 17 alfa-hidroxiprogesterona + 10 mg de benzoato de estradiol , **Primosiston IM** * en una dosis
- asociado con 2 mg de acetato de noretisterona + 0,01 mg de etinilestradiol **Primosiston comprimidos*** Vía oral (VO).
- 4 comprimidos los 2 primeros días, 3 los 2 días subsiguientes y, posteriormente, 2 por día hasta completar 22 días.
- Al interrumpir la medicación, aparece hemorragia un poco más abundante que la habitual que dura cinco días.



Seguimiento

Si hemorragia grave o moderada indicar desde el ciclo menstrual siguiente 10 mg de acetato de medroxiprogesterona ó **10 mg de acetato de noretisterona** (Primolut Nor*) por día, vía oral, desde el día 16 al 25 del ciclo inclusive, durante 3 a 6 meses.

También, se puede indicar **progesterona micronizada 100 mg** (Progest*) 10 días VO.

En algunas circunstancias, se indican anticonceptivos orales combinados (estrógenos-progestágenos), especialmente, si la adolescente tiene relaciones sexuales.

En caso de coagulopatía, dar anovulatorios (asociación de levonorgestrel 0,15 mg y etinil-estradiol 0,03 mg) vía oral durante 6 ciclos, asociado al tratamiento hematológico específico.



Alteraciones en la duración del ciclo menstrual

- **Amenorrea primaria:** no ha tenido su menarca a los 16 años o cinco años después de la aparición de la telarca.
- **Amenorrea secundaria:** Ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos o falta de menstruación por seis meses.
- **Polimenorrea:** Ciclos de menos de 21 días.
- **Oligomenorrea:** Ciclos de más de 45 días y menos de 90 días.

Alteraciones en la cantidad de sangrado menstrual

- **Hipermenorrea o menorragia:** Hemorragia menstrual excesiva - más de 150 ml y/o más de 7 días.
- **Hipomenorrea:** Hemorragia escasa - menor de 50 ml y/o menos de 2 días.
- **Metrorragias:** Hemorragia uterina a intervalos irregulares. Cualquier pérdida de sangre uterina excluida la menstrual.



La *amenorrea* es frecuente

- *excesiva actividad física*: gimnastas, bailarinas, corredoras
- *dieta*: déficit de nutrientes, excesivo gasto de energía, disminución del peso y del porcentaje de grasa corporal
- *estrés emocional* con malnutrición y/o aumento del cortisol
- *cambios en la alimentación*: aumento exagerado de fibras y disminución de la ingesta de grasas sumada a actividad física diaria, en mujeres con peso normal y amenorrea.

Densitometría, alimentación adecuada, vitamina D y calcio.

Tratamiento psicológico y evaluación psiquiátrica.

Se duda de los estrógenos exógenos.



densitometría

Absorciometría radiológica de doble energía (DEXA) mide densidad mineral ósea DMO

Interpretación de los resultados en una densitometría: La puntuación T (T-Score) mide la desviación estándar (DE) de los resultados del paciente en relación con la DMO media de una población adulta joven (30 años). Como en las primeras décadas de la vida se incrementa la DMO, este valor no se puede utilizar en pediatría. Con respecto a la puntuación Z (Z-Score), compara la DMO con los valores medios de DMO y DE con un grupo de población de similares características a las del paciente en cuanto a edad y sexo. Es la puntuación que se debe utilizar en pediatría. Se considera osteopenia cuando el valor Z está situado entre -1 y -2,5 y osteoporosis cuando dicho valor es menor de -2,5.

Como medio de seguimiento terapéutico, rara vez, está indicada a intervalos inferiores a un año.

Prevención de la osteoporosis

Impedir la pérdida de masa ósea y alcanzar el máximo nivel en la niñez y la adolescencia

- La densidad ósea alcanza el máximo a la edad de 25-30 años para el hueso trabecular y de 35-40 para el cortical.

La edad pico del acumulo mineral óseo ocurre un año más tarde del PVM -13 años.

- A partir de los 35 años, se inicia una pérdida lenta y progresiva, ligada al envejecimiento, que en la mujer se acelera tras la menopausia.



La dismenorrea

- La dismenorrea primaria se define como dolor crónico cíclico asociado al flujo menstrual sin evidencia de enfermedad orgánica, 45% a 60% de las adolescentes la refieren; 10% refieren síntomas discapacitantes y obligan al reposo.
- En la dismenorrea secundaria, el dolor aparece en el período menstrual y se asocia a una enfermedad orgánica.

Sexualidad

Con los cambios hormonales no solamente cambia el cuerpo

aparece la necesidad de atraer, de gustar

aumenta la relación con pares

identificaciones y desidentificaciones

autodescubrimientos y ensayo de roles

creatividad, entusiasmo por el arte, los deportes, la cultura

despertar místico - admiración por la belleza

elección de nuevos objetos amorosos

fantasías - ensayo para iniciar relaciones

cambios de humor y sensaciones





Motivaciones para iniciar relaciones sexuales

SI

Amor – Placer 70%

Curiosidad 3%

Porque todos lo hacen

Porque el quiso 8%

Porque se dio 17%

NO

Falta de pareja

Falta de oportunidad

Temor

No me siento madura/o

No es mi interés actual

Religiosos

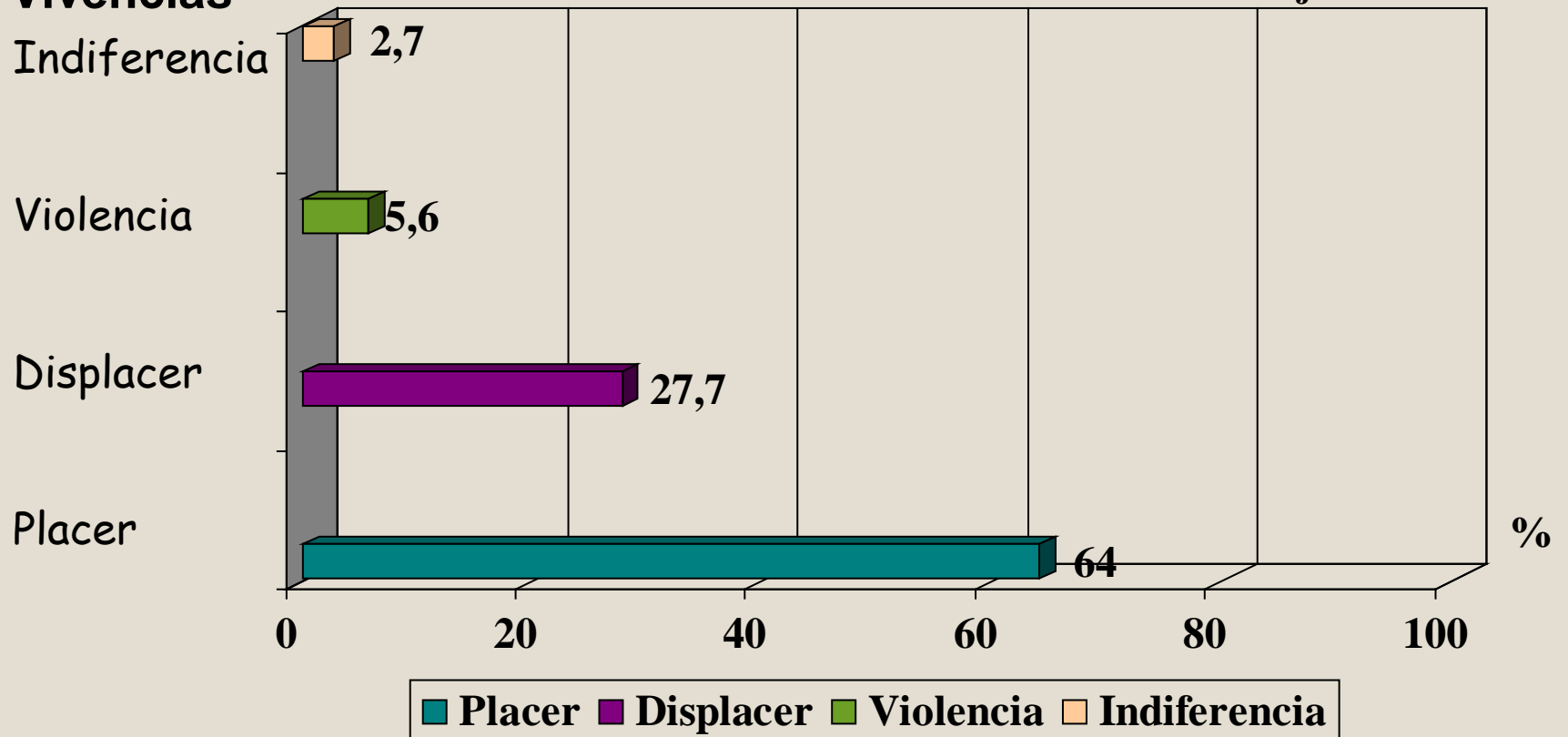
VIVENCIAS DE LA PRIMERA RELACIÓN

Servicio de adolescencia

HNRG

Vivencias

n = 36 mujeres adolescentes





Son factores de riesgo

Personales

- Fracaso escolar
- Ausencia de un proyecto
- Baja autoestima
- Depresión (enfermedad mental)
- Uso de alcohol y tabaco
- Imágenes de género tradicionales

Familiares

- Poco dialogo con la madre
- Violencia

➤ Coerción sexual

Acto de forzar por la violencia, las amenazas, la insistencia verbal, el engaño, las expectativas culturales o las circunstancias económicas, a participar en una conducta sexual contra su voluntad.

Es expresión de la asimetría de género ya sea por diferente control de los recursos o por imágenes que devalúan a la mujer frente al hombre o frente a sí misma.

Refieren algunas mujeres...

➤ Presión:

- Insistencia verbal: "*Insistió tanto...*"
- Provocación o seducción: "*Me tocaba todo el tiempo...*"
- Amenaza de abandono: "*Me dijo que me iba a dejar...*"
- Mitos:
 - "*Me había esperado mucho y se iba a buscar a otra....*"
 - "*Sentí la obligación de hacerlo para que me amara más, para agradarle, para no lastimarlo...*"

➤ Violencia:

Fuerza física: "Acepté que me acariciara y después no respetó mi deseo de parar"

De 1030 adolescentes, 34,4% se
iniciaron sin protección

OIZEROVICH, S., D. DALDEVICH, M. SALVO, A. SCHULMAN, S. VÁZQUEZ y H. SANTOS.
«Investigación exploratoria sobre características de crecimiento desarrollo y
cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente». En: Sociedad
Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil, *Rev. SAGIJ*, vol. 3, 2004

Las mujeres que no se protegieron en la primera experiencia sexual refieren

- "el no quería"
- falta de información
- "la primera relación sexual no embaraza"
- relación inesperada
- quería embarazarse
- violación
- no contesta

¿Porqué la primera experiencia es de interés para la salud pública del país?

18% de la población es adolescente.

15% de los nacidos vivos del país tiene madres menores de 19 años (80% son pobres).

Más de la mitad de las madres mayores de 15 años había abandonado la escuela.

Causas frecuentes de muerte de la población juvenil:

Accidentes y suicidios, causas maternas (abortos) y sida.

Las consultas varían según las circunstancias sociales.



- Más de la mitad tiene relaciones antes de los 20.
- 1 de cada 3 mujeres se embaraza por mal uso de los MAC.
1/5 tiene lugar en el primer mes luego del debut y la mitad en los seis meses siguientes.
Aproximadamente 1 de 3 termina en aborto.
- La primera visita ginecológica suele tener lugar un año más tarde del debut.
- Un cuarto adquiere una ITS c/año.
- 12% de los infectados por HIV lo adquiere antes de los 24a.
50% de las niñas no reciben educación sexual en su hogar.

La vulnerabilidad de los adolescentes está relacionada con relaciones no esperadas e inaccesibilidad a servicios de SS y SR.

La salud sexual

implica el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.



Naciones Unidas
Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. 1994

Consejería

Su fin es revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos y en sus relaciones entre sí, más allá de la relación de pareja.

Favorecer un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo como elemento de autoestima y de sustento del autocuidado de la salud.

Promover la adopción de conductas sexuales placenteras, conscientes, responsables y libres, hacia uno mismo y hacia los demás.

Propiciar la comunicación en la pareja, proponiendo relaciones equitativas y horizontales. Incentivar en la pareja criterios de responsabilidad compartida tanto en la anticoncepción como en la prevención de la transmisión de ITS.

El pedido de un método anticonceptivo es una consulta de urgencia

- Nada se da por sobreentendido.
- Evitar prejuicios.
- Respetar creencias y valores.
- Informar ventajas y desventajas.
- *No hay edad mínima (2º año de EG, no excluyente)*
- Densidad de la masa ósea: <20 años - 30mcg EE
- **Desterrar mitos...**

tener conocimiento del desarrollo sexual y madurativo del joven, de cómo éste se vincula con su medio, de los métodos anticonceptivos y de la forma en que se podrán adquirir.



Las consultas varían según las circunstancias sociales

- Enfermedad respiratoria estacional
- TCA y otros problemas nutricionales
- Consultas ginecológicas
- Dolores
- Asma y rinitis alérgica
- Comportamientos de riesgo
- Trastornos en los vínculos familiares
- Trastornos de ansiedad
- Intento de suicidio
- Abuso sexual

relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales

Deserción escolar
migración traumática
maltrato y abuso
trastornos en los vínculos familiares
embarazo no deseado - ITS
fuga del hogar
adicciones
comportamiento autoagresivo
conducta sexual de riesgo
dietas inapropiadas...



	Clínica	Psicopatología	Psicopedagogía	Social	Total	Porcentaje
Enfermedad respiratoria estacional	70				70	18,6%
<u>Trastornos de la conducta alimentaria</u>	25	22		1	48	12,7%
Control clínico y apto físico	30				30	8,0%
Problemas de conducta	5	21	1		27	7,2%
Problemas de aprendizaje		3	21		24	6,4%
Dolor y síntomas vagos	22				22	5,8%
<u>Enfermedades ginecológicas</u>	20				20	5,3%
Trastornos de los vínculos familiares	2	14			16	4,2%
Asma, rinitis alérgica y otras alergias	16				16	4,2%
Episodio psicótico		9			9	2,4%
<u>Abuso sexual</u>		6		2	8	2,1%
Retraso madurativo		6	2		8	2,1%
Enfermedades osteoarticulares	7				7	1,9%
<u>Trastornos de ansiedad y depresión</u>	5	7			12	3,2%
<u>Intento de suicidio</u>	0	6			6	1,6%
Intervenciones sociales y judiciales				5	5	1,3%
Enfermedad crónica en psicopatología		3	1		4	1,1%
Otras enfermedades clínicas	24				24	6,4%
Otros trastornos psicológicos	8	13			21	5,6%
Total	234	110	25	8	377	

Hoy en día, la crisis en salud se expresa por mayor número de

- embarazos no deseados
- ITS incluyendo la infección por el VIH
- abuso de tabaco, alcohol y drogas
- TCA y otros trastornos mentales.



Múltiples factores sociales inciden en el aumento de la violencia y sus consecuencias, y en la mortalidad de los jóvenes.

Malos hábitos alimentarios y el sedentarismo han provocado un incremento de la obesidad.

Contaminantes ambientales favorecen enfermedades como el asma.

se hace necesario un programa de promoción de la salud y prevención sostenido por la comunidad y por los gobiernos, no solamente por el sector salud.

Adolescencia tardía

la **capacidad de intimar** permite un mayor compromiso afectivo con la pareja

mayor **introspección** y habilidad para postergar la gratificación
desarrollo del **proyecto de vida** y de los propios **valores**



MUCHAS GRACIAS!!!!!!

- ▶ ARDITI Z, ZORRILLA P, LAMY P y PASQUALINI D. Sexualidad adolescente: Información y riesgo. Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, 2004, 46: 203-208.
- ▶ DOLTO F y DOLTO-TOLITCH C. Palabras para Adolescentes o el Complejo de la Langosta. Buenos Aires: Atlántida, 1992.
- ▶ E-medicine. Dysfunctional Uterine Bleeding in Pediatrics.
- ▶ ESCOBAR M E, PIPMAN V, ARCARI A, BOULGOURDJIAN E, KESELMAN A, PASQUALINI T, ALONSO G y BLANCO M. Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia. Arch Argent Pediatr 2010; 108 (4):363-369.
- ▶ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, COMITÉ DE ESTUDIOS PERMANENTES DE ADOLESCENCIA - SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA (SAP) Y UNICEF ARGENTINA. Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. 2012.
- ▶ NEINSTEIN, L. S. Adolescent Health Care: A Practical Guide, 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2009.
- ▶ OIZEROVICH S, DALDEVICH D, SALVO M, SCHULMAN A, VÁZQUEZ S y SANTOS H. Investigación exploratoria sobre características de crecimiento desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente. En: Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil, Rev. SAGIJ, vol. 3, 2004.
- ▶ PANTELIDES E A, GELDSTEIN R N, CALANDRA N y VÁZQUEZ S. Iniciación sexual bajo coerción. Rev. Soc. Arg. Ginecol. Inf. Juv., 1999, 6: 109-116.
- ▶ PAPPOLLA R. 50 preguntas frecuentes en adolescencia. SAP. PRONAP. 2013.
- ▶ PASQUALINI D, LLORENS A. Salud y Bienestar de los adolescentes y jóvenes: Una mirada integral. OPS/OMS - Facultad de Medicina//Universidad de Buenos Aires. Agosto 2010.
- ▶ SOCIEDAD ARGENTINA DE GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL . Manual de Ginecología Infanto Juvenil . 2ª edición.