

6° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria
Ciudad de Buenos Aires
2014



Los adolescentes vienen marchando:
su salud integral es tema de todos

La entrevista con el adolescente:
un diálogo posible ¿por qué consultan?

La consulta con el adolescente

Dr. Alfredo Llorens

Pediatra y Especialista en Adolescencia

Jefe del Servicio de Adolescencia del Hospital
Militar Central

Modelos de atención

Modelo Pediátrico

- Enfoque en el crecimiento y desarrollo.
- Centrado en la familia.
- En general multidisciplinario.
- Prescriptivo.
- Requiere de la dirección y consentimiento de los padres.

Modelo del Adulto

- Enfocado en la enfermedad.
- Centrado en el paciente.
- En general a cargo de un único médico.
- Descuenta la autonomía y habilidades del paciente.

Entrevista

- En la entrevista conjunta, inicial, indagar antecedentes personales y familiares aportados por el acompañante o adolescente.
- El adolescente debe tener su tiempo de entrevista a solas.
- En el cierre de la consulta el profesional puede discutir los temas que preocupan a la familia.

La comunicación

- Establecer rapport: especialmente con un adolescente poco comunicativo u hostil.
- Asegurar confidencialidad y sus límites.

Evitar el rol de “padre subrogante” y funcionar como adulto imparcial.

Permitir que el adolescente arribe a sus propias conclusiones.

La comunicación

- Escuchar con atención.
- Emitir opiniones que reflejen los sentimientos del paciente.
- Instar al adolescente a clarificar pensamientos y emociones.
- Preguntas abiertas e introspectivas.
- Reaseguro.

Apoyo y empatía



Paraconsulta

Muchas veces los adolescentes no expresan sus verdaderas preocupaciones.

- Prestar atención a señales no verbales.
- Hacer preguntas disparadoras.

En ocasiones la demanda principal del adolescente aparece al final de la entrevista a solas.

- Escuchar es la clave para una relación empática.
- Tratar de comprender la perspectiva adolescente.
- Enfatizar sus aspectos positivos.
- Instalar el tema de la responsabilidad sobre su autocuidado y conductas.
- Mostrar interés y preocupación.

Frecuencia y características de las consultas

- El adolescente tiene derecho a recibir una consulta de salud preventiva al menos dos veces por año hasta completar el desarrollo puberal.
- Completado el desarrollo puberal: consulta anual.
- En la consulta es necesario contemplar aspectos biomédicos y psicosociales y realizar un examen clínico completo en cada período de la adolescencia.

Consultas de varones

¿Consulta el varón?

De 10 consultas:

➤ 3 son de varones.

➤ 7 de mujeres.

Motivos de consulta

- Del adolescente
- De sus padres
- ¿Que debemos investigar?

HISTORIA CLÍNICA

CLAP/SMR-OPS/OMS		HISTORIA DEL ADOLESCENTE		ESTABLECIMIENTO		H.C. Nº	
APELLIDOS Y NOMBRES							
DOMICILIO							
LOCALIDAD							
LUGAR DE NACIMIENTO							
COBERTURA Y PROTECCIÓN SOCIAL							
CONSULTA PRINCIPAL							
ESTADO CIVIL							
ETNIA							
ACOMPANANTE							
Motivos de consulta según adolescente:							
Motivos de consulta según acompañante:							
Descripción de motivo de consulta							
ANTECEDENTES PERSONALES							
ACCIDENTES							
INTOXICACIONES							
CIRUGIA HOSPITALIZAD.							
USO DE MEDICAMENTOS							
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS							
VIOLENCIA							
EDUCACIÓN PREESCOLAR							
JUDICIALES							
OTROS							
Observaciones							
ANTECEDENTES FAMILIARES							
DIABETES							
OBESIDAD							
CARDIOVASC.							
ALERGIA							
INFECCIONES							
CANCER							
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS							
ALCOHOL, DROGAS Y OTROS							
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR							
MADRE VIO PAREJA ADOLESCENTE							
JUDICIALES							
OTROS							
Observaciones							
FAMILIA							
VIVE							
NIVEL DE INSTRUCCIÓN							
DIAGRAMA FAMILIAR							
CONVIVE CON							
TRABAJO							
Apoyo social o subido							
PERCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE SOBRE SU FAMILIA							
Observaciones							
VIVIENDA							
ENERGÍA ELÉCTRICA							
AGUA							
EXCRETAS							
NACIMIENTO							
Observaciones							

EDUCACIÓN		NIVEL		GRADO CURSO		AÑOS APROBADOS		PROBLEMAS EN LA ESCUELA		AÑOS REPETIDOS		VIOLENCIA ESCOLAR		DESERCIÓN/EXCLUSIÓN		EDUCACIÓN NO FORMAL					
Observaciones																					
TRABAJO		ACTIVIDAD		EDAD INICIO TRABAJO		TRABAJO PRECARIO		TRABAJO FORMAL		HORARIO DE TRABAJO		RAZÓN DE TRABAJO		TRABAJO LEGALIZADO		TRABAJO INSALUBRE		TIPO DE TRABAJO			
Observaciones																					
VIDA SOCIAL		ACEPTACIÓN		PAREJA		AMIGOS		ACTIVIDAD FÍSICA		JUEGOS Y REDES VIRTUALES		OTRAS ACTIVIDADES									
Observaciones																					
HABITOS/CONSUMOS		ALIMENTACIÓN		COMIDAS POR DIA		TABACO		ALCOHOL		FRECÜENTE		OTRAS SUSTANCIAS		CONDUCE VEHICULO		SEGURIDAD VIAL					
Observaciones																					
GINECO-UROLOGICO		MENARCA/ESPERMARCIA		FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN		CICLOS REGULARES		FLUJO PATOLÓGICO		ITS/VIH		EMBARAZOS		HUOS		ABORTOS					
Observaciones																					
SEXUALIDAD		PAREJA SEXUAL		EDAD INICIO REL. SEX.		DIFÍCIL EN REL. SEX.		ANTICONCEPCIÓN		ACÓ		CONSEJA		ACÓ de EMBARAZOS							
Observaciones																					
SITUACIÓN PSICO-EMOCIONAL		IMAGEN CORPORAL		ESTADO DE ANIMO		REFERENTE ADULTO		VIDA CON PROTECCIÓN DE APDO		REDES SOCIALES DE APDO		REFERENTE ADULTO									
Observaciones																					
EXAMEN FÍSICO		ASPECTO GENERAL		PESO (kg)		Certi. presión		MC		PIEL, FANERAS Y MUCOSA		CABEZA		AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		SALUD BUCAL		CUELLO Y TIROIDES	
TORAX Y MAMAS		CARDIO-PULMONAR		PRESIÓN ARTERIAL		ABDOMEN		GENITO-URINARIO		TANER		COLUMNA		EXTREMIDADES		NEUROLOGICO					
Observaciones																					
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL																					
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																					
Responsable																					
Fecha primera visita																					

¿Porqué consultan los varones?

Control: apto físico, crecimiento y desarrollo.

Preocupación por el aspecto corporal.

Infecciones.

Dolores.

Traumatismos.

Trastornos escolares: conducta, aprendizaje.

Conductas antisociales.

Trastornos en los vínculos familiares.

Apto físico

Antecedentes familiares y personales

Antropometría

Evaluación cardiovascular

Examen físico

ECG

Antecedentes familiares

Muerte cardiovascular prematura antes de los 50 años en por lo menos un familiar

Incapacidad debida a enfermedad cardiaca en por lo menos un familiar con menos de 50 años de edad

Historia familiar de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de QT prolongado o arritmia significativa

Antecedentes personales

- Dolor/ malestar torácico de esfuerzo
- Síncope-casi síncope no explicado
- Cansancio de esfuerzo excesivo o disnea no explicada
- Soplo cardíaco
- Elevación de la presión arterial sistémica
- Antecedentes de asma bronquial o alergia
- Antecedentes de epilepsia o convulsiones
- Antecedentes de diabetes
- Antecedentes de alguna enfermedad crónica

Examen físico

- Soplo cardíaco
- Disminución de los pulsos femorales
- Fenotipo del Síndrome de Marfan
- Elevación de la presión arterial

En la adolescencia se indica al menos un ECG

Baja talla

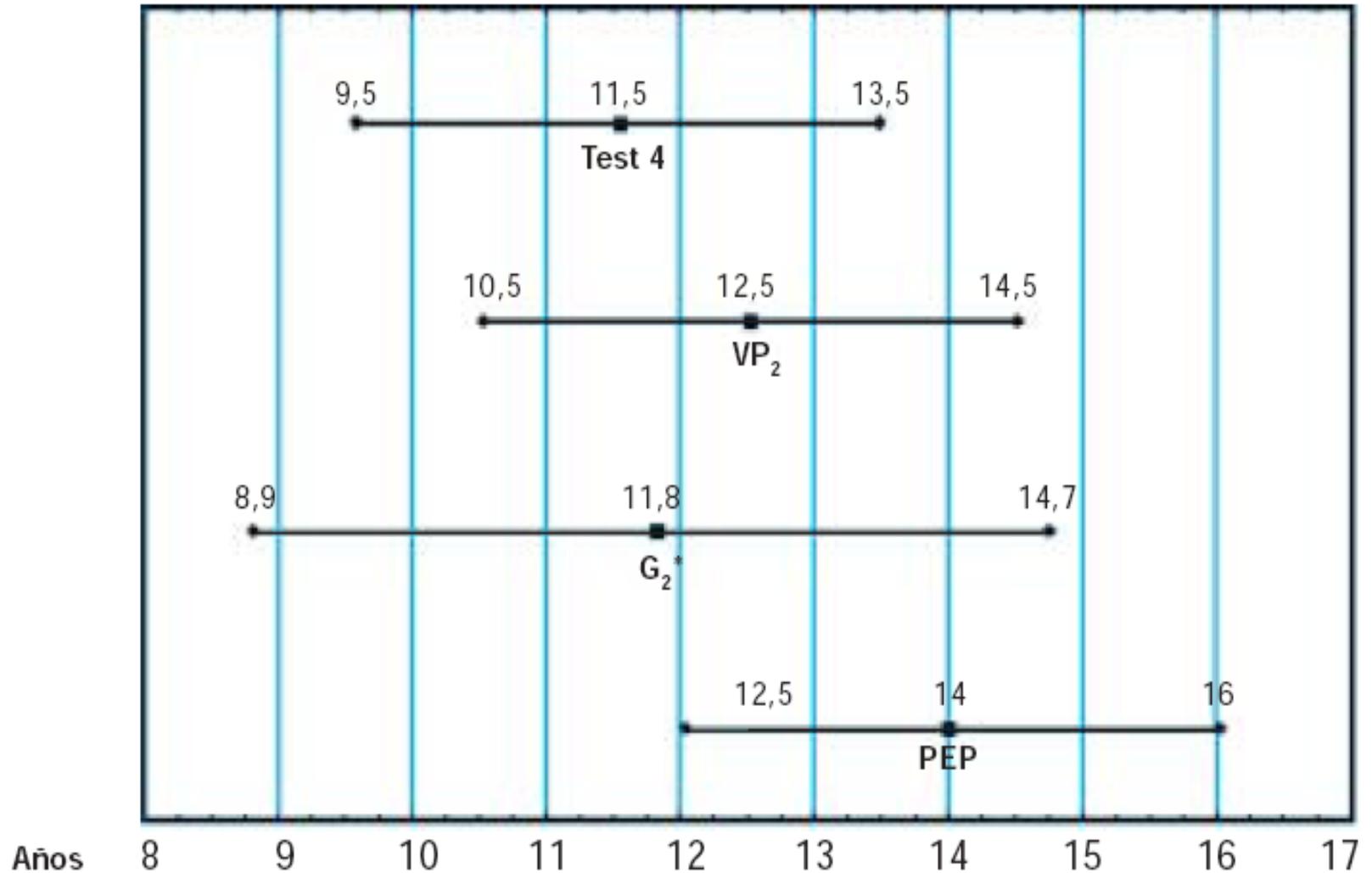
La consulta por baja talla es muy frecuente y la mayoría de las veces representa una variante normal.

El 80% presenta por partes iguales baja talla familiar y maduración lenta.

Un 20% de los niños con talla por debajo de -2 DS tiene causa patológica.

Una talla por debajo de -3 DS nos inclina a pensar en baja talla patológica.

SECUENCIA DE EVENTOS PUBERALES. VARONES*





Evaluación de la baja talla

Exámenes complementarios:

Iniciales: hemograma, urea, creatinina, orina completo, parasitológico de materia fecal, anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomiso tipo IgA, IgA total, pH en sangre y EAB, T3-T4 y TSH, Rx silla turca, Rx edad ósea.

Ginecomastia

Ginecomastia puberal

Agrandamiento mamario en los varones, no mayor a 4 cm. de diámetro, que aparece en el estadio de Tanner II / III.

No persiste más de 6 meses a un año.

Frecuencia: alrededor del 60 %. Diferenciar con lipomastia.

Ginecomastia patológica:

Por drogas: hormonas, psicofármacos, agentes cardiovasculares, antagonistas de la testosterona, tuberculostáticos, agentes citotóxicos, drogas ilegales y alcohol.

Endocrinopatías: hipogonadismos (Klinefelter, defectos enzimáticos, etc.).

Tumores.

Enfermedades crónicas.

Formas familiares.

Diagnóstico diferencial

Ginecomastia puberal

Comienzo a los 10 a 18 años.

Historia familiar de ginecomastia transitoria.

Sin enfermedad genital.

Pubertad normal y anterior a la ginecomastia.

Ex. Físico: bien nutrido, testículos aumentados de tamaño (Tanner II a IV).

Glándula mamaria centrada y debajo de la areola.

Ginecomastia patológica

Comienzo antes de los 10 años.

Ginecomastia permanente.

Orquitis, trauma testicular, criptorquidia, hipospadias.

Pubertad precoz o posterior a la ginecomastia.

Mal nutrido, bocio, testículos pequeños o asimétricos.

Masculinización insuficiente.

Glándula mamaria dura, asimétrica, no centrada.

Evaluación clínica

La ginecomastia puberal no excede los 4 cm de diámetro , parece al estadio de Tanner 2 de mamas de las mujeres.

Examinar testículos: tamaño, consistencia, asimetrías o nódulos, y la concordancia con estadio de Tanner.

Corroborar el estado de salud general y nutricional.

Investigar la presencia de signos de enfermedad hepática, tiroidea o renal.

Buscar signos de feminización: distribución del vello corporal, la grasa y el tono de voz.

Evaluación clínica

Diferenciar entre ginecomastia y pseudo ginecomastia o lipomastia.

Macroginecomastia:

desarrollo mamario semejante a estadios medios y tardíos de Tanner de mujeres

glándulas mamarias que exceden los 5 cm de diámetro

en ocasiones con proyección de la areola y pezón semejante a estadio de Tanner 4 de mujeres

Ya sea variante extrema de la normalidad o por proceso patológico es improbable que retrograde.

Laboratorio (variantes patológicas)

Solicitar LH, FSH, Testosterona (T0), Estradiol (E2), SHBG, Prolactina, Gonadotropina Coriónica, Alfa-fetoproteína, Antígeno Carcinoembrionario.

Si existe aumento de FSH, considerar Síndrome de Klinefelter y otras disgenesias gonadales (realizar cariotipo).

Si se encuentra aumento del estradiol y/o la testosterona, descartar tumor suprarrenal, entre otras patologías.

Motivos de consulta relacionados con aspectos de los testículos

Testículos pequeños

Síndrome de Klinefelter:

Generalmente no sobrepasan los 8 ml y tienen consistencia aumentada a la palpación (por hialinosis y fibrosis de los túbulos seminíferos).

Las proporciones corporales adquieren apariencia eunucoide.

Ginecomastia en el 50%.

Mal desempeño escolar con pobre rendimiento verbal.

El desarrollo del vello puberal es normal.

Testículo grande unilateral

- El macroorquidismo unilateral puede ser el resultado de una hipertrofia compensadora en varones que presentan un testículo no descendido o rudimentario contralateral.
- También puede corresponder a una neoplasia (tumor sólido más frecuente a esta edad).

Testículos grandes bilaterales

El macroorquidismo bilateral nos hace pensar en el síndrome X frágil (o síndrome de Martin Bell).

Presentan trastornos cognitivos y del área del lenguaje, y coeficiente intelectual disminuido.

Pueden tener otros estigmas físicos, como orejas grandes.

En el estadio de Tanner 5, tienen testículos de más de 25 ml pudiendo llegar hasta 120 ml.

Aunque menos frecuente, el agrandamiento bilateral, puede corresponder a recidiva local en pacientes que han presentado leucemia en la infancia

Manchas de Fordyce



Varicocele

Diagnóstico clínico (criterios de la OMS)

Varicocele grado III: cuando el plexo venoso es claramente visible en el escroto y palpable.

Varicocele grado II: cuando el plexo distendido es palpable, pero no visible.

Varicocele grado I: no se ve ni se palpa, excepto cuando efectúa la maniobra de Valsalva.

Varicocele subclínico: cuando solo es evidenciado por ecografía con Doppler.

Tratamiento

En caso de varicocele asintomático, sin alteraciones del trofismo testicular, realizar control periódico.

Indicación quirúrgica

- Varicocele sintomático.
- Varicoceles bilaterales.
- Varicocele prepuberal o en Tanner II.
- Varicocele con hipotrofia testicular significativa (más de 2 ml de diferencia de volumen entre ambos testículos).

No se realiza espermograma.

Otros motivos de consulta

Cansancio

Es habitual que los padres se quejen del cansancio de sus hijos.

Puede deberse a altas expectativas de los padres o a exceso de actividades del adolescente sin el adecuado descanso.

Puede ser señal de un conflicto en los vínculos familiares



Cansancio

Es motivo frecuente de consulta. Hasta el 70 % refiere somnolencia diurna.

Muchas veces forma parte de un grupo de síntomas sin causa orgánica, “síntoma mórbido mal definido”.

La mayoría de las veces obedece a un déficit en las horas de sueño.

Distinguir aquellos que requieren un reaseguro de normalidad y orientación en modificación de los hábitos de otros en los cuales es necesario descartar patología orgánica, psiquiátrica o Síndrome de Fatiga Crónico.

Adolescencia y sueño

La causa más común de cansancio es sueño insuficiente. La duración total del sueño disminuye de 10.1 hs a los 9 años a 8,1 hs a los 16 años.

La mayoría duerme más los fines de semana que durante los días de semana. Y en promedio duerme 2 hs menos los días de semana durante el año escolar que durante los días de verano.

Hasta un 50% refiere quedarse dormido durante el viaje a la escuela y un 25% en el camino de regreso.



Tiempo libre

Videojuegos

Forma de entretenimiento para el 98% de los adolescentes.

La mitad reconoce que le altera su vida cotidiana. Uso diario entre una y cuatro horas.

Un 15% está en riesgo, juega todos los días más de cuatro horas; se irritan si los interrumpen; dejan de lado salidas con los amigos, la familia o los deportes para sentarse frente a la pantalla; sienten que no pueden dejar de jugar.

El 21% apuesta -dinero real o virtual, en forma de "vidas" en el juego, al menos una vez al año. Habitual entre varones cuando se encuentran en sesiones de juegos de consola.

Consumos

Alcohol

Evaluación de riesgo (AUDIT C)

Frecuencia, cantidad y episodios de CEEA.

Registrar: black-outs, ingresos, riesgo de suicidio, embarazo.



Orientación para el uso del preservativo

El varón debería saber que:

si lo usa correctamente, el preservativo es la única manera de prevenir las enfermedades de transmisión sexual

demorar el inicio de actividades sexuales o espaciarlas si ya las inicio hasta alcanzar una mayor madurez es una buena manera de evitar enfermedades y embarazos no deseados

tomar bebidas con alcohol o consumir drogas puede hacer olvidar los cuidados necesarios para su protección.

La protección es una responsabilidad compartida.

Por qué los varones no se cuidan

Tener sexo sin preservativo es considerado prueba de virilidad. Muchos se creen “vivos” porque probaron sin.

Así como el **preservativo** aparece como una prerrogativa masculina, las pastillas anticonceptivas son "cosa de mujeres". Pero no de todas las mujeres: Sólo toman pastillas anticonceptivas cuando están de novias, cuando están en una relación estable. Si toman pastillas no estando de novias está mal visto.

Por qué los varones no se cuidan

Hay dos clases de chicas, sostienen los adolescentes argentinos: las "rápidas" y las "serias".

Las "rápidas" son las que se cuidan a la hora de tener sexo, las que piden a su pareja que use **preservativo** o lo aportan ellas mismas.

La "serias" piden que él se cuide pero no se lo exigen ni muestran que saben cómo cuidarse . Es él el que decide si usa o no **preservativo**.

**Salud y Bienestar
de los Adolescentes
y Jóvenes:
Una Mirada Integral**

Dra. Diana Pasqualini
Dr. Alfredo Llorens
compiladores



**Facultad de Medicina Virtual-
UBA
Curso Abordaje Integral del
Adolescente**